



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

ABRIL - MAYO

2024

NO ES UN MILAGRO

LEVÁNTATE Y ANDA

/
POR
JOHANN GROLLE
/

EN SUIZA, UN EQUIPO DE NEUROCIÉNTÍFICOS ESTÁ IMPLANTANDO EN EL CEREBRO DE LOS PARAPLÉJICOS CHIPS QUE SE CONECTAN A UNOS ELECTRODOS EN SU MÉDULA ESPINAL Y LES PERMITEN DAR UNOS PRIMEROS PASOS. ES SOLO EL COMIENZO. PERO «ESTÁ AMANECIENDO UNA NUEVA ERA», ASEGURAN.

EN SUEÑOS, Gert-Jan Oskam puede caminar. Sus piernas se mueven sin esfuerzo, por sí solas. Cuando se despierta, suele tardar un momento en reparar que su movilidad no existe. Que, por mucho que lo intente, sus piernas apenas se moverán. Una a una tiene que subirlas con las manos al reposapiés de su silla de ruedas. Oskam está parapléjico.

En Nieuwendijk, en el sur de los Países Bajos, Gert-Jan tiene una casa adaptada para personas con discapacidad y vive allí con Marley, su bulldog francés. En la cabeza, Oskam lleva algo que parecen dos conchas del tamaño de la palma de su mano. Son unos sensores que reciben las señales de dos chips que fueron colocados en sus meninges. Luego esta información

es enviada a la médula espinal a través de su ordenador portátil. Esto hace que Oskam pueda volver a caminar: es la primera persona con paraplejía en el mundo a la que se le 'cura electrónicamente' su lesión de la médula espinal.

Sin embargo, los intentos de caminar son arduos y los avances, pequeños. Oskam lleva unos chips en su médula desde hace ocho años y le insertaron otros en su cerebro cinco años después, en 2021. Y ha trabajado mucho. A base de esfuerzo, ahora puede cruzar la habitación e incluso subir algunos escalones. Sin embargo, todavía no se atreve a andar sin ayuda.

Al comienzo tardaba más de cinco minutos en recorrer diez metros. Hoy puede recorrer esa distancia en un minuto, «cinco →



**ESTA ES LA PRIMERA
PERSONA CON PARAPLEJIA
QUE CAMINA**

Gert-Jan Oskam lleva tres años con los chips insertados en su cerebro y su médula. Al inicio tardaba más de cinco minutos en recorrer diez metros. Hoy los recorre en un minuto. Y va a más.



veces más rápido», dice con orgullo. Pero sigue siendo diez veces más lento que en una silla de ruedas.

La lesión de Oskam se encuentra en la zona inferior del cuello, a la altura de los segmentos C5 y C6 de la médula espinal. Fue el resultado de un accidente en 2011 que no recuerda. Tenía 29 años, trabajaba en China e iba en bici. Al despertar, solo le quedaba cierta movilidad en brazos y manos.

Tan pronto como pudo volver a mover un dedo, ya de vuelta en Holanda, escribió en el buscador de su ordenador: «ensayos clínicos». Se dio cuenta de que no existía tal cosa para los paraplégicos. La medicina no ofrecía cura alguna... ni esperanza.

UN EQUIPO INSEPARABLE

Cinco años más tarde, la cosa cambió. Su terapeuta le habló de un grupo de investigación en Suiza. Buscaban a pacientes paralizados para implantarles electrodos en la médula. Su objetivo: estimular las células nerviosas latentes y analizar los resultados. Oskam no lo dudó: se fue a Suiza en su autocaravana.

Grégoire Courtine y Jocelyne Bloch son neuroingenieros y trabajan en el Instituto Federal Suizo de Tecnología en Lausana. Reconocen que empatizan con el excéntrico empresario Elon Musk. La empresa que fundó, Neuralink, quiere desarrollar dispositivos



que comuniquen el cerebro con los ordenadores y logró generar un repentino interés internacional por la neurotecnología. «La competencia es buena», afirma Courtine. El problema es que Musk, aseguran estos dos investigadores, genera falsas expectativas. En Lausana no tratan ni de leer la mente ni de conectar el cerebro a Internet. «Solo ayudar a los paraplégicos», dice Courtine, a quien *The New York Times* elogió ya en 2012 por sus experimentos con ratas paralizadas a las que enseñaba a caminar de nuevo mediante estimulación eléctrica de sus células nerviosas. Por entonces, Courtine buscaba médicos dispuestos a realizar experimentos similares en personas. Y Jocelyne Bloch se apuntó. Desde entonces forman un equipo de investigación inseparable.



EL PUENTE DIGITAL

«Hemos creado un 'puente digital' entre el cerebro y la médula espinal, mediante una interfaz cerebro-ordenador, que transforma el pensamiento en acción con algoritmos de inteligencia artificial», resume Courtine.

En el centro de regeneración neuronal trabajan 60 científicos: fisiólogos, informáticos, biólogos moleculares... Para curar la paraplejia, la electrónica y la biología deben unirse

CÓMO FUNCIONA EL DISPOSITIVO

1. AGUJEREAR EL CEREBRO

La neurocientífica Jocelyne Bloch hizo dos agujeros circulares, de cinco centímetros de diámetro, a cada lado del cráneo de Gert-Jan Oskam en la zona donde se ubican las regiones involucradas en el control del movimiento.

Luego insertó dentro del cerebro dos implantes que transmiten las señales eléctricas que genera este órgano cuando pensamos en caminar. Es decir, los implantes 'registran' las intenciones de Gert-Jan y las transfieren a dos sensores colocados en un casco.

2. UN ALGORITMO QUE 'TRADUCE'

Esos sensores se comunican con un ordenador, que se puede llevar en una mochila. En el ordenador, un algoritmo -desarrollado

expresamente por el equipo suizo- interpreta las señales cerebrales de Gert-Jan y las convierte en instrucciones para mover, a través del sistema nervioso, los músculos de las piernas y los pies.

3. CONEXIÓN CON LA MÉDULA

Esas instrucciones llegan al sistema nervioso a través de un segundo implante insertado cerca de la médula espinal de Gert-Jan, implante que se había realizado dos

años antes y que la neuroingeniera conectó a las terminaciones nerviosas relacionadas con el movimiento en las piernas.

4. ENTRENAR

Después de unas semanas de entrenamiento, Gert-Jan podía ponerse de pie y caminar con la asistencia de un andador. Su movimiento es lento, pero equilibrado. ●



La paraplejia es un cuadro clínico complejo. Se lesiona la médula espinal, una parte del sistema nervioso central, que transmite órdenes del cerebro para el movimiento de las manos, los brazos, el estómago y las piernas. Si se corta la médula espinal, por ejemplo en un accidente, las células

nerviosas que se encuentran más abajo de esa sección quedan aisladas del cerebro. Si la médula espinal se interrumpe en la zona de las cuatro cervicales superiores, el diafragma también se ve afectado y, a menudo, los pacientes ya no pueden respirar por sí solos. Si se dañan segmentos inferiores de la

médula cervical, los brazos y las piernas pueden quedar paralizados. Si afecta a la médula espinal en la zona lumbar, los músculos de las piernas se ven afectados.

También ocurre que, en muchas fracturas, la médula espinal se lesiona, pero no llega a cortarse por completo. Dependiendo de qué fibras nerviosas queden ilesas, los efectos pueden variar drásticamente. Algunos pacientes sufren trastornos motores leves; otros quedan completamente paralizados. Estos pacientes a menudo ya no pueden controlar sus intestinos y su vejiga y, como resultado, sufren mucho.

El objetivo de los neuroingenieros es reactivar esas células nerviosas que han quedado aisladas del cerebro. Para ello, Bloch implanta tiras de electrodos de unos diez centímetros de largo sobre la médula espinal del paciente. Esas tiras se pueden controlar desde el exterior y pueden despertar a las células nerviosas, de modo que envíen de nuevo estímulos a los músculos.

Los pacientes experimentan una ligera sensación de —————→



CADA PASO CUENTA

En la sala de entrenamiento del Instituto de Lausana, los neuroingenieros Grégoire Courtine y Jocelyne Bloch ayudan a los pacientes a los que han intervenido a dar los primeros pasos. Es una rehabilitación dura y exigente, pero esperanzadora.

hormigueo, pero no tienen un efecto inmediato. Lo que sigue son extenuantes semanas de entrenamiento. Los estímulos de los electrodos y las contracciones musculares deben coordinarse durante un largo periodo de tiempo. A los pacientes del experimento se los ata con cintas que cuelgan del techo y se los ayuda con andadores. Si todo va según lo previsto, tratarán de dar algunos pasos. Cada paso se controla mediante sensores infrarrojos. Cada movimiento de cadera, rodilla o tobillo, por pequeño que sea, cuenta.

El entrenamiento es duro y no siempre agradable. Lo que resulta especialmente extraño para los

pacientes es que ellos mismos no controlan sus movimientos. Los electrodos están controlados por un ordenador y sus piernas se mueven como muñecos. Incluso después de meses de práctica, mantener el equilibrio es casi imposible. Esto resulta frustrante para muchos, pero, a pesar de ello, entre los investigadores de Lausana reina el optimismo. «Está amaneciendo una nueva era», asegura Courtine. Lo que importa es que, por primera vez, hay esperanzas de mejora para las personas con una lesión en la columna.

MUCHO MÁS QUE VOLVER A ANDAR

En Lausana han creado un centro de regeneración neuronal con 60 científicos. Fisiólogos, informáticos y biólogos moleculares y celulares trabajan mano a mano. Para curar la paraplejía, electrónica y biología

deben unirse, dice Courtine.

En 2014 también crearon una nueva empresa: Onward Medical. Actualmente emplea a más de 100 personas. Quieren desarrollar productos electrónicos comercializables para estimular el tejido nervioso. Está previsto que el primer producto llegue al mercado este otoño: un dispositivo que puede mejorar la movilidad de los brazos de personas paralizadas. Se espera que cueste 30.000 euros.

Lograr que los lesionados vuelvan a andar perfectamente está claro que llevará tiempo, pero hay otras cosas más urgentes: poder mover mejor las manos hace mucho más fácil la vida de los pacientes. Un dedo es suficiente para utilizar un teléfono móvil o una tableta. El agarre en pinza puede significar la diferencia entre ser alimentado o comer de forma autónoma.

La empresa también ha puesto su mirada en los intestinos y la vejiga. Si esos músculos pudieran volver a ser controlados por los pacientes, sería un gran alivio: tener que pasar dos horas al día en el baño resulta humillante. Los investigadores también estudian el control de la presión arterial. Gran parte de los parapléjicos la tienen baja, lo que conlleva debilidad o desmayos. Y muchos médicos subestiman a veces cuánto puede afectar esto a la calidad de vida.

Oskam ha mejorado el control de sus movimientos desde que le hicieron dos agujeros circulares en la cráneo para insertarle los sensores, aun así el esfuerzo físico y mental sigue siendo enorme. Frustrado, se pregunta entonces si los pocos pasos que da con el andador merecen ese esfuerzo. Pero no quiere renunciar a su sueño de vivir sin silla de ruedas. Y una cosa es segura: cuando el equipo de Lausana planifique el próximo experimento, él volverá a estar disponible. ■

Un dispositivo para la movilidad de las manos les cambia la vida: un dedo es suficiente para usar un móvil, el agarre en pinza marca la diferencia entre ser alimentado y ser autónomo al comer

SORIA

SANIDAD

El gasto farmacéutico en la provincia crece un 3,4% hasta los 25,4 millones

El incremento es constante desde el año 2013 con subidas anuales en la Comunidad que rondan los 70 millones, y se achaca al aumento de la edad media de la población

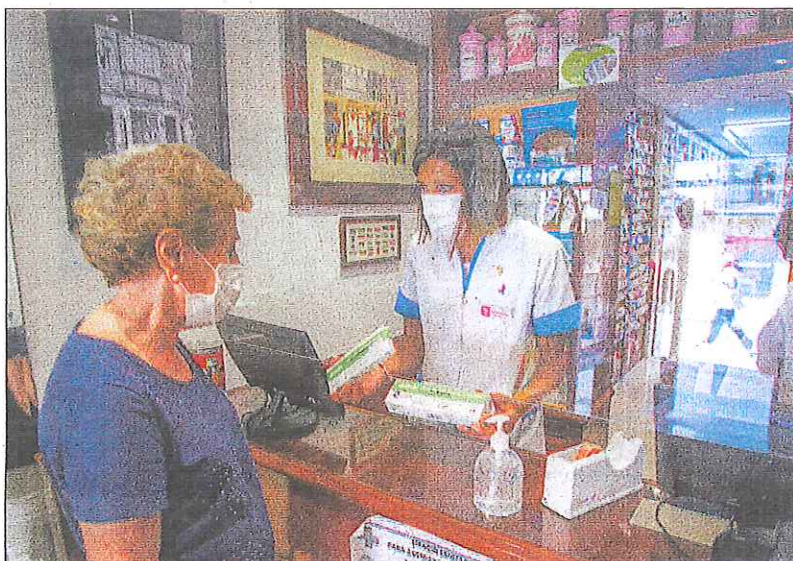
SORIA

El gasto farmacéutico a través de receta suma y sigue y su tendencia al alza no tiene freno. El último año volvió a batir récord con una factura de 743,73 millones de euros en la Comunidad, lo que se traduce en un incremento superior al 41 por ciento en la última década, cuando anotó 527 millones de euros. En el caso de Soria, con los datos de 2023, el gasto farmacéutico creció un 3,4 por ciento, hasta los 25,4 millones de euros, según datos de la Consejería de Sanidad.

El año 2013 fue de contención, ya que se cerró un 6,19 por ciento menos que en el ejercicio anterior. Desde entonces, la curva no se ha vuelto a romper, y anota subidas anuales medias de cerca de 70 millones, según ponen de manifiesto los últimos datos de Sacyl, informa Ical. En el año 2018 la factura superó la barrera de los 600 millones y en cinco más, en 2022, la de los 700, con 720,55 millones, lo que indica con el dato cerrado de 2023, que en cinco años ha crecido un 20 por ciento. En el último, un 3,22 por ciento.

Las razones del crecimiento de este gasto, que tensiona siempre los presupuestos sanitarios de Castilla y León y del resto de autonomías, hay que buscarlos en el incremento de la edad media de la población, los perfiles pluripatológicos, la cronicidad y la aparición de nuevos principios activos en el mercado, muy caros pero que el sistema debe asumir.

Este gasto representa la cuantía que se financia de todos los medicamentos prescritos y dispensados en



La venta de medicamentos sigue creciendo año tras año. MARIO TEJEDOR

receta del conjunto de Sacyl. En 2023, el gasto al mes por persona protegida, que incluye el reintegro de gasto por aportación, fue de 26,50 euros (hace diez años, en 2013 era de 18,28), lo que implicó una factura de 313 euros anuales, por encima de los 219,37 de hace diez años, y con repunte del 3,27 por ciento sobre el dato de 2022.

Por lo que respecta al gasto medio por receta, durante 2023 el importe medio fue de 11,99 euros, un 0,49 por

ciento superior al del año anterior. Hace diez años eran 10,97 euros.

Por provincias, se observa que más del 68 por ciento del gasto total farmacéutico se produce en las provincias de León, Valladolid, Salamanca y Burgos. La primera cerró el año con una factura de 160,1 millones, el 21,53 por ciento del total de la Comunidad y un repunte del 21,53 por ciento, mientras que la segunda alcanzó los 135,41 millones, el 18,21 por ciento del gas-

to autonómico y con un repunte del 3,74 por ciento.

Mientras, Salamanca consumió, con 109 millones, el 14,6 por ciento del total, al experimentar una subida del 3,78 por ciento, y Burgos, 102,74 millones, el 13,81 por ciento, y un repunte del 3,08.

El gasto más bajo se observó en la provincia de Soria, con 25,4 millones (el 3,43 por ciento del total) y una subida del 2,45 por ciento; se-

guida por Ávila, que facturó 58,7 millones, el 7,89 por ciento, y creció un 3,17 por ciento.

Por su parte, la provincia de Palencia anotó un gasto de 50,33 millones, un 2,53 por ciento más, lo que representó el 6,7 por ciento de la factura de la Comunidad. Mientras, Segovia anotó 40,3 millones de gasto, que con una subida del 4,39 por ciento, representó el 4,42 por ciento del total de la Comunidad.

Si bien, si se analiza el gasto por persona protegida, las provincias de Zamora (32,41), Ávila (31,27) y León (30,92) fueron las que generaron un mayor gasto, al superar los 30 euros por persona, mientras que

Soria es el territorio que más contiene la subida porcentual

El sistema nervioso, el más afectado de grupos terapéuticos

Valladolid fue la que tuvo menor gasto, con 21,65 euros. En Burgos fue de 24,26; en Palencia, de 27,59; en Salamanca, de 27,98; en Segovia, de 22,26, y en Soria, de 23,55.

Respecto al año anterior, se incrementó el gasto por persona protegida en todas las provincias, con repuntes que varían entre el 2,04 por ciento de Soria y el 3,78 por ciento de Segovia. Los grupos terapéuticos que supusieron mayor gasto en medicamentos en 2023, al igual que años anteriores, fueron los del sistema nervioso (22,06 por ciento); tracto alimentario y metabolismo (22,07 por ciento), y sistema cardiovascular (17,94 por ciento). Entre los tres representaron más del 60 por ciento del gasto.

Satse Soria demanda «reconocimiento» y poder desarrollar sus competencias «sin límites»

El sindicato celebra el Día Internacional de la Enfermera y reclama 'respeto profesional'

SORIA

El sindicato de Enfermería Satse Soria, con motivo del Día Internacional de la Enfermera, ha demandado un mayor reconocimiento a su trabajo y más ámbitos de actuación profesional para poder seguir «marcando la diferencia» en la mejora de la salud de la población.

Bajo el lema «Marcamos la diferencia», Satse señala que ha recabado a lo largo de la semana los testimonios de profesionales de todas las comunidades autónomas para poner en valor su trabajo y preguntarles por las mejoras que entienden necesarias para avanzar en el ámbito profesional y laboral.

Enfermeras asistenciales en centros de salud u hospitales, urgencias,

centros educativos, especialistas, investigadoras, docentes, gestoras o cargos públicos... son algunos de los distintos perfiles de profesionales que han puesto voz «al conjunto de la profesión para resaltar que trabajan de manera autónoma liderando intervenciones que buscan sociedades más sanas y una sanidad más sostenible».

Entre otras demandas, las enfermeras reclaman puestos de trabajo adecuados a sus conocimientos y habilidades específicas, además de más espacios y ámbitos profesionales en los que poder desarrollar los conocimientos y competencias adquiridos tras su formación universitaria de Grado, formación de posgrado y especialización.

El gran reto, el aumento de la cronicidad y las pluripatologías

Rechazan que se pueda fomentar o posibilitar el intrusismo

Recuerdan que el aumento de la cronicidad, las pluripatologías y la dependencia constituyen el gran reto a afrontar en los próximos años y estos son espacios fundamentales del cuidado, los cuales deben ser li-

derados por las enfermeras.

En el Día Internacional de la Enfermera, estas profesionales defienden también su espacio competencial y poder avanzar desarrollando todas sus funciones «sin límites ni barreras». Al respecto, insisten en pedir respeto profesional y que no se posibilite ni fomente el intrusismo por cuestiones económicas o de oportunidad empresarial.

Otro aspecto resaltado en los testimonios recabados por Satse es lograr «un mayor reconocimiento social y político» que posibilite que las enfermeras puedan decidir sobre su profesión y también participar en la toma de decisiones que afectan al funcionamiento del sistema de salud y al conjunto de la sociedad.

También consideran «necesarias» estrategias dirigidas a defender entornos de trabajo positivos para la práctica de su profesión en los que sean escuchadas y donde les proporcionen los recursos necesarios para hacer su trabajo de forma adecuada, segura y eficaz.

Unos entornos de trabajo que «favorezcan unas condiciones laborales adecuadas, que resulten atractivas y capaces de favorecer la retención y motivación de las enfermeras». Exigen «acabar con la fuga del talento enfermero y con el abandono de la profesión por factores como la precariedad laboral y la excesiva temporalidad que sufre el colectivo», apuntan.

En definitiva, las enfermeras y enfermeros demandan poder desarrollar «todo su potencial para garantizar así el derecho a la protección de la salud de todas las personas desde el convencimiento de que su trabajo «marca la diferencia» dentro del sistema sanitario y la comunidad».

> SALAMANCA

El 112 de los marcapasos

El Complejo Asistencial es el primer hospital del mundo que demuestra la importancia de tener un equipo listo 24 horas los 7 días de la semana para implantar estos dispositivos en un máximo de tres horas. Por **É. Lera**

Salvan vidas. Y lo hacen de manera oculta y silenciosa. Los marcapasos llegan a la vida de muchos pacientes para tratar un descenso de la frecuencia cardíaca. Estos dispositivos se colocan debajo de la piel, cerca de la clavícula y estimulan el corazón según sea necesario para que siga latiendo con regularidad. En España, alrededor de 40.000 personas son operadas cada año para sumar a su vida este aliado que ayuda a restablecer el ritmo normal de los latidos y alivia síntomas producidos por las bradicardias, como son mareos, dificultad para respirar, desmayos, falta crónica de energía, entre otros.

Este pequeño aparato mejora la supervivencia. Además, con el paso de los años está evolucionando mucho. A las nuevas tecnologías se suman técnicas que exprimen al máximo todas sus funcionalidades, a la vez que mejoran el postoperatorio y la calidad de vida. En esta línea el servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca tiene mucho que decir. Se ha convertido en el primer centro del mundo que ha demostrado la importancia de tener un equipo listo 24 horas los siete días de la semana para implantar marcapasos en un máximo de tres horas.

¿Por qué? Javier Jiménez Candil, jefe de la Unidad de Electrofisiología y Arritmias, lo tiene claro: «Supone un cambio en la manera de enfocar el proceso de tratamiento de los pacientes con bradicardias agudas y sintomáticas, haciendo hincapié en lo relevante que supone reducir el

tiempo de espera hasta el implante del marcapasos permanente. Cuanto antes tenga lugar, menos problemas tendrá el paciente». En este punto, recuerda que los destinatarios de este dispositivo suelen ser personas de avanzada edad, en ocasiones, dependientes y con otras patologías, en los que el retraso en la terapia definitiva «les inestabiliza o agrava su condición previa». Además, agrega, son personas en las que prolongar la estancia en el hospital les incrementa el riesgo de sufrir un síndrome confusional con agitación o desorientación.

Por lo general, tal y como explica, estos enfermos tienen un debut clínico súbito, con frecuencia en forma de pérdida de conocimiento, y suelen ser diagnosticados de la dolencia tras acudir a Urgencias. «Cuando se objetiva el problema y se indica el implante de un marcapasos, la estrategia habitual consiste en implantarlo dentro del horario laboral normal, sin reparar en la demora», expone para, a continuación, añadir que lo innovador del proceso clínico que realizan es que disponen de un equipo de alerta 24 horas/7 días a la semana, lo que les permite que cuando surge un caso de implante se pueda llevar a cabo tan pronto como sea posible, con una media de retraso de solo tres horas.

En esta línea, Jiménez Candil sostiene que este tiempo de demora es necesario para estudiar al paciente mediante una adecuada historia clínica, un análisis de sangre y un electrocardiograma transtorácico, con el fin de

excluir causas productoras de bradiarritmias que puedan ser reversibles, es decir, que no exigirían el implante de un marcapasos, y para conocer si existe alguna otra patología adicional que requiera un estudio más pormenorizado.

Para el jefe de la Unidad de Electrofisiología y Arritmias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca este proyecto es innovador por dos motivos; primero, por su base teórica y conceptualización: en personas con bradiarritmias sintomáticas agudas «el tiempo hasta el implante del marcapasos definitivo cuenta y se paga en forma de complicaciones», y, en segundo lugar, han reformulado el proceso clínico para que disponiendo de un equipo de guardia localizada sea posible ofrecer un servicio rápido y eficiente.

Esta investigación, que ha sido publicada en la *Revista Española de Cardiología*, ha demostrado que la nueva técnica de marcapasos urgente reduce un 50% la morbilidad de los pacientes, al disminuir las complicaciones que ocurren en el tiempo de espera hasta el implante del dispositivo definitivo; permite que la mayoría de los beneficiarios de estos aparatos se puedan ir a casa con tan solo ocho horas de estancia en el hospital, lo que se traduce en una disminución promedio de dos días de hospitalización por enfermo; reduce la necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, y disminuye los costes directos.

Todo esto es posible, según Javier Jiménez Candil, porque la hi-



pótesis de partida se ha cumplido y porque implantar un dispositivo de urgencia por personal experto es igual de eficaz y seguro que realizarlo dentro del horario laboral normal. «Esta información no se conocía al no existir programas similares», apostilla.

Este proyecto arrancó durante la pandemia provocada por la COVID-19, cuando evitar horas de hospitalización en las personas, en especial, las de más edad, era prioritario. Más tarde, después de analizar los datos que iban recopilando y la evidencia

BLOG OPINIÓN

Conectando ideas con mercados

BORJA FERNÁNDEZ VILLAR

En el vibrante panorama de la innovación y la investigación y desarrollo (I+D), donde las ideas florecen y la creatividad se encuentra con la tecnología, el desarrollo de negocio emerge como el puente esencial entre el potencial teórico y la realización práctica. En el Centro Tecnológico CARTIF, reconocemos que este puente es un componente integral que determina el éxito y la sostenibilidad de nuestras innovaciones en el mercado.

El desarrollo de negocio en el contexto de I+D+i no se limita a la búsqueda de oportunidades comerciales para productos o servi-

cios existentes; es una integración estratégica que comienza desde la concepción misma de la investigación. Significa alinear desde el inicio los objetivos de la investigación y el desarrollo con las necesidades del mercado.

La valorización de la innovación, proceso en el cual el conocimiento tecnológico se transforma en aplicaciones de mercado viables, requiere una comprensión profunda del ecosistema empresarial. En CARTIF, nos esforzamos por entender las dinámicas de mercado, las tendencias de la industria y las necesidades de los consumidores, lo que

nos permite no solo anticipar los cambios sino también ser parte de la fuerza que los impulsa, asegurando que nuestras innovaciones sean tanto relevantes como revolucionarias.

El desarrollo de negocio también implica la creación y el mantenimiento de una red sólida de contactos, incluyendo socios industriales, académicos y financieros, colaboraciones cruciales para el éxito de la I+D+i. Al encaminarnos a crear modelos de negocio para las empresas basados en los resultados que les transferimos, no solo aportamos valor a nuestro trabajo, sino que también maximizamos las posibilidades de negocio para nuestros clientes. Este enfoque dual asegura que no solamente estamos transfiriendo tecnología, sino que estamos activamente participando en la creación de oportunidades económicas sostenibles para las empresas que colaboran con nosotros.

Una de las principales ventajas de este enfoque integrado es la minimización del riesgo para las empresas que invierten en nues-

tra tecnología, ya que ofrecemos a nuestros clientes un camino claro hacia el retorno de su inversión, esencial para fomentar una cultura de innovación audaz, donde las empresas se sienten empoderadas para adoptar nuevas tecnologías sabiendo que tienen un modelo de negocio sólido detrás que respalda su éxito.

El desarrollo de negocio es, sin duda, el catalizador que permite que las ideas de innovación se conviertan en realidades comerciales exitosas. En CARTIF, entendemos que la integración de estrategias de desarrollo de negocio en el proceso de I+D+i no es solo una opción, sino una necesidad. Al poner el desarrollo de negocio en el corazón de nuestra estrategia de I+D+i, nos aseguramos de que el puente entre la teoría y la práctica no solo sea sólido sino también transitado, llevando la innovación desde el concepto hasta la comercialización con éxito.

Borja Fernández Villar es responsable de Desarrollo de Negocio en la División de Energía de CARTIF.



Miembros del servicio de Cardiología en las instalaciones del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ENRIQUE CARRASCO

previa que vinculaba el retraso en el implante a una mayor incidencia de complicaciones, tomaron una decisión estratégica: tenía sentido seguir, aunque la pandemia estaba bajando niveles. «El entusiasmo y el empuje del jefe de servicio Pedro L. Sánchez

fue vital. La complicidad con el resto del servicio, fundamental», admite. Así que con estos miembros lograron el respaldo de las autoridades médicas y administrativas del Hospital Universitario de Salamanca. «El resto es una historia de compromiso y es-

fuerzo de mis compañeros de la Unidad de Arritmias».

El servicio de implantes de marcapasos 24/7 está vigente desde marzo de 2020. En todo este tiempo han tratado a más de 1000 pacientes, sobre todo, personas de avanzada edad, con una media

de 81 años, y en torno al 15% con más de 90. Y son los más ancianos, recalca el jefe de la Unidad de Electrofisiología y Arritmias, los más beneficiados de acortar la estancia en el centro.

De cara al futuro, avanza que la investigación, la innovación y

la traslación a la práctica clínica exige continuar mejorando los procesos clínicos. «Este proyecto tiene margen de mejora», afirma. De hecho, quieren perfeccionarlo con la meta innegociable de tratar mejor a los enfermos.

En su opinión, en Castilla y León, existe una red excelente de profesionales comprometidos con la inmensa tarea de mejorar el estado de salud de los ciudadanos y de generar información útil para que pueda ser trasladada a la práctica clínica. Es más, asegura que en investigación clínica se dispone de grupos pioneros, con especialidades diversas, que son reconocidos a nivel nacional e internacional.

Para Jiménez Candil, en asistencia sanitaria e investigación biomédica, la Comunidad ocupa un lugar preferente en el contexto nacional. «Hace tiempo que se rompió el eje Madrid-Barcelona como líderes de talento, excelencia e innovación. En la mayoría de los campos podemos competir en igualdad de condiciones», defiende y subraya que esto es el resultado «de un trabajo conjunto de la administración, de las instituciones, de los profesionales y del resto de la sociedad». No obstante, a su parecer, queda mucho por hacer, por lo que recomienda no caer en el conformismo ni en la autocomplacencia.

Preguntado por si la sociedad premia la innovación y el talento, manifiesta que prefiere pensar más que en premios y remuneraciones en compromiso y retorno para mejorar la salud de los ciudadanos. En este sentido, tiene la receta mágica: «implicación, talento y compromiso».

Es evidente, reconoce, que parece existir un retroceso en las condiciones de vida que afectará a los más jóvenes, si bien confía en que las nuevas generaciones que vienen acompañadas de empuje y talento sean capaces de revertir los problemas económicos, climáticos y sociales que se arrastran desde hace tiempo y que repercutirán en el futuro.

BLOQUE OPINIÓN

El mensaje de la industria alimentaria

CRISTINA RAMÍREZ DE LARA

Merece la pena insistir, porque quizás no ha llegado suficientemente nítido este mensaje a la sociedad: la industria alimentaria de Castilla y León es seña de identidad regional, sector estratégico de nuestra Comunidad, motor del desarrollo social y alma de la ansiada recuperación del mundo rural.

No en vano, las más de 2.800 empresas del sector se distribuyen capilarmente por toda la geografía de nuestra extensa

región, dando empleo a más de 47.000 personas.

Arraigada en el territorio, con una cifra de negocio superior a los 14.300 millones de euros, nuestra industria alimentaria representa el 28% del total de la industria de Castilla y León y ocupa el tercer lugar a nivel nacional, tras Cataluña y Andalucía.

Así que, trabajar, como hacemos en Vitartis, por fortalecer este sector, es traba-

jar para impulsar el desarrollo económico y social de la Comunidad. Y muy especialmente el desarrollo en el medio rural.

Este es el mensaje que queremos transmitir a la sociedad. Esta es la razón última por la que Vitartis lleva 15 años impulsando la innovación y las nuevas tecnologías en las industrias agroalimentarias.

Y es, en fin, el propósito del III Congreso de la Industria Alimentaria de Castilla y León, que se celebrará en Burgos los días 23 y 24 de mayo, bajo el lema 'Crecer haciendo crecer': promover el crecimiento del sector y ponerlo en valor ante la sociedad.

Será punto de encuentro y foro de debate del sector -nacional y autonómico- para reflexionar sobre esas líneas de gestión que deben crecer armónicamente y lograr el fortalecimiento de todo el sector, en la convicción de que, al mismo tiempo, cabe insistir, estamos impulsando el desarrollo social de nuestro entorno.

Es decir, debatiremos en torno al talento en la mesa redonda 'Creciendo en las personas', sobre las estrategias de innovación en la mesa 'Creciendo en innovación y tecnología', acerca de la confianza que aportan las marcas de calidad en 'Creciendo en marcas de calidad', además de otros aspectos, como el tamaño de las empresas, lo que aportan a las zonas rurales o el valor de la colaboración, palabra clave en Vitartis.

El Congreso, que se celebrará en el Fórum Evolución, cuenta con el apoyo institucional de la Diputación de Burgos, el Ayuntamiento de Burgos y la Junta de Castilla y León, a través de las Consejerías de Economía y Hacienda; de Industria, Comercio y Empleo; y de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural. Colaboran también Santander Agro y Marsh.

Cristina Ramírez de Lara es directora de Vitartis.

> ÁVILA

Los 'ojos' en 3D de los ciegos

Investigadores de la UCAV se alían con la ONCE y Universidad FASTA de Argentina para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad visual / Buscan proporcionar una experiencia interactiva más allá del tacto. Por E. Lera

Es un lazarillo en tres dimensiones. Las personas ciegas ven a través de todos los sentidos menos del de la vista; descubren el mundo mediante sonidos, olores, caricias... Privados de las imágenes y del color, cuentan con capacidades auditivas mucho mayores. El tacto es otro de sus fuertes. A esto se suman las nuevas tecnologías que les ayudan a enfocar la vida con diferentes perspectivas.

En esta línea, se posiciona el proyecto de aplicación de tecnologías digitales para el desarrollo de materiales 3D adaptados a personas con discapacidad visual, impulsado por la Universidad Católica de Ávila (UCAV), la ONCE y Universidad FASTA de Argentina. Estas tres instituciones buscan ofrecer a los ciegos diseños impresos en tres dimensiones sensorizados. «Ayudan a obtener más información de aspectos del día a día», explica Pablo Fernández, vicedecano de la Facultad de Ciencias y Artes de la UCAV, para, a continuación, añadir que «a lo mejor ya tienen su percepción sobre estas cosas, pero puede que no sea tan real».

Y es que, según explica, cuando estas personas tocan el producto se van encontrando una especie de pal-

padore que al activarse reproducen información acústica relacionada con el diseño. «Si estas piezas no estuvieran sensorizadas, sería imposible recibir este tipo de información», confirma antes de asegurar que los usuarios que lo han probado les han comentado que este formato sensorizado transmite mucha más información que el que no lo está.

Su funcionamiento, a su parecer, es sencillo, ya que se trata de una impresión 3D a la que se le incorpora un software de programación, que se llama Scratch, y unos sensores. A partir de ahí funciona solo con la interacción del usuario; a medida que la persona explora el diseño con sus manos, va recibiendo datos adicionales que facilitan la comprensión y percepción de los objetos.

Para Fernández, es un trabajo innovador, puesto que aborda de manera directa las necesidades de las personas con discapacidad visual al brindarles acceso a diseños impresos en 3D que incorporan tecnología sensorizada. «La combinación de impresión 3D y sensores proporciona una experiencia interactiva y enriquecida que va más allá de las percepciones táctiles convencionales, lo cual contribuye significativamente a

mejorar la autonomía y la inclusión de este colectivo».

No hay que olvidar, subraya el vicedecano de la Facultad de Ciencias y Artes de la Universidad Católica de Ávila, que las personas con discapacidad visual generalmente tienen acceso limitado a este tipo de tecnologías y diseños; a menudo solo disponibles en centros especializados. «El valor añadido de nuestro proyecto radica en la sensorización de estos diseños, lo que permite que quienes los exploran reciban información detallada sobre los objetos en 3D mediante el tacto», defiende.

Su enfoque va más allá de solo ofrecer acceso a estos diseños. «Hemos identificado un potencial significativo para implementar esta tecnología en entornos educativos, en especial en colegios. Esto no solo beneficiaría a niños con discapacidad visual, sino que también permitiría que todos, independientemente de su capacidad visual, puedan experimentar y comprender mejor los objetos a través del tacto», argumenta Pablo Fernández.

Es importante destacar, a su parecer, que las personas con discapacidad visual que no han tenido experiencia previa perciben estos diseños de manera diferente a

aquellos que perdieron la visión más tarde. Pone como ejemplo que una persona con discapacidad visual de nacimiento puede tener una percepción táctil más desarrollada que alguien que perdió la visión más tarde. «Esta diferencia resalta la importancia de adaptar los diseños y la información sensorial según las necesidades específicas de cada individuo», apostilla.

En cuanto a las ventajas, incide en que son instrumentos habituales con el valor añadido de la sensorización. «La impresión 3D es una tecnología madura y accesible, que permite generar gran cantidad de diseño sin llevar a cabo una elevada inversión económica. Para las personas con discapacidad visual estas tecnologías son de gran ayuda».

La idea, tal y como relata, surgió del análisis de las necesidades de una persona invidente y de la colaboración internacional, porque fue la Universidad Fasta de Argentina la que transmitió la necesidad de crear algo así en este lugar, ya que en estos países las necesidades son mayores. «Esta Universidad identificó la falta de acceso a tecnologías adaptadas en su país y propuso desarrollar soluciones innovadoras en colaboración con otras institucio-

nes», indica el vicedecano de la Facultad de Ciencias y Artes de la Universidad Católica de Ávila.

Ahora mismo, según avanza, están pensando en escalar el proyecto en dos entornos donde puede resultar de gran utilidad. Por un lado, están valorando la necesidad de hacer llegar este tipo de diseños a entornos rurales y descentralizados, puesto que tienen la sensación de que las personas con discapacidad visual no tienen autonomía ni van a tener la misma percepción ante esos diseños que las personas acostumbradas a los entornos urbanos, y, por otro lado, se plantean extender el trabajo a países subdesarrollados, donde tienen menos recursos.

De cara al futuro, Fernández avanza que sus planes incluyen continuar mejorando los diseños existentes, explorar nuevas funcionalidades y aplicaciones de la tecnología sensorizada y expandir la implementación del proyecto en entornos educativos inclusivos. También están interesados en promover la sensibilización y el entendimiento sobre las necesidades de las personas con discapacidad visual a través de la tecnología, fomentando así una mayor inclusión y autonomía para este colectivo.



Imagen del proyecto de aplicación de tecnologías digitales para el desarrollo de materiales 3D adaptados a personas con discapacidad visual. uca



Estefanía Palacios Mena, especialista en Oncología Radioterápica durante una intervención en el Complejo Asistencial Universitario de León. EL MUNDO

>LEÓN

Hidrogel contra el cáncer de próstata

Profesionales del Hospital de León aplican un protocolo que disminuye las sesiones de radioterapia en este tipo de tumor a cinco días / Colocan este material reabsorbible para una administración más precisa. Por **É. Lera**

Es un nuevo horizonte para los pacientes con cáncer de próstata; un protocolo que permite administrar el tratamiento con una gran precisión y en menos tiempo. Este tumor es la primera causa de muerte desde el año 2000 y el cáncer más diagnosticado en varones en España. Su tasa de incidencia es de 20 a 30 casos por 100.000 habitantes, sobre todo en hombres a partir de los 65-75 años.

La radioterapia junto con la prostatectomía radical son las alternativas para el tratamiento curativo de este tumor cuando está localizado. El objetivo de esta terapia es destruir las células cancerígenas al tiempo que se protege el tejido sano circundante lo máximo posible. En este punto, es importante recordar que, dada la proximidad del recto a la próstata, la radiación que pudiese llegar al recto podría causar un daño potencial no deseado, que puede conllevar a incontinencia fecal u otros efectos secundarios duraderos.

El tratamiento convencional de radioterapia externa en esta enfermedad supone sesiones diarias de unos 5-10 minutos hasta recibir entre 20 y 28 sesiones. Sin embargo, los profesionales del servicio de Oncología Radioterápica del Com-

plejo Asistencial Universitario de León quieren cambiar el rumbo de esta patología. ¿Cómo? Han puesto en marcha un nuevo tratamiento para disminuir el número de sesiones, a la vez que se consiguen administraciones más precisas y menos invasivas.

«Se trata de la aplicación del protocolo de Radioterapia Estereotáxica Corporal, es decir, la administración de altos gradientes de dosis, que aumentan la eficacia de cada sesión y reducen el número total de las mismas a cinco sesiones», explica Estefanía Palacios Mena, licenciada especialista en Oncología Radioterápica del hospital leonés, para, a continuación, añadir que esto es posible gracias a la introducción de una nueva técnica: la aplicación de un hidrogel espaciador radiopaco entre la próstata y el recto, que disminuye la dosis de radiación que pudiera llegar al último tramo del tubo digestivo. Por tanto, «aunque la dosis de radiación por sesión sea cuatro veces superior al tratamiento convencional, los tejidos sanos adyacentes quedan protegidos», confirma.

¿Cómo funciona esta nueva técnica? Indica que cuando se aplica la radioterapia en el cáncer de próstata, uno de los órganos más expuestos es el recto, que se localiza

anatómicamente detrás de la próstata, en especial su pared anterior. «Los espaciadores de hidrogel, compuestos en un 90% de agua y en un 10% de un polímero llamado polietilenglicol, que es el que permite la consistencia de gel, se colocan en forma líquida, que luego se solidifica, en la grasa situada entre la glándula prostática y el recto», detalla.

En este sentido, Estefanía Palacios Mena sostiene que la inserción del gel se realiza mediante control ecográfico transrectal, por vía perineal. El procedimiento se lleva a cabo con anestesia local y sedación del paciente, ya que la técnica requiere precisión para localizar de manera adecuada el espacio entre la próstata y el recto. «Se introduce en el paciente con ayuda de una fina aguja y se inyecta en el espacio entre la próstata y el recto, inicialmente es líquido y una vez dentro del paciente polimeriza a textura gel sólida. La persona no nota nada y tras su inserción puede hacer vida normal».

La inserción del gel se hace de 2 a 3 semanas antes de proceder al tratamiento de Radioterapia Estereotáxica Corporal, puesto que de esta manera se puede aumentar la distancia que hay entre el recto y la próstata, en concreto genera una

barrera de aproximadamente 1,3 centímetros, separación que protege el recto de la exposición a la radiación. «A los 5-7 días de haber colocado el hidrogel, se procede a realizar el TAC de Simulación para llevar a cabo la planificación del tratamiento y permanecer en el organismo mientras dura el tratamiento radioterápico», subraya la licenciada especialista en Oncología Radioterápica del Complejo Asistencial de León, quien puntualiza que al cabo de unos tres meses empieza el proceso de hidrolización vía renal y se elimina por completo del cuerpo a los seis meses.

En su opinión, la introducción de un material biológicamente inerte entre la próstata y el recto para generar una barrera ha dado interesantes beneficios, como «una reducción en un 75% de la cantidad de radiación que llega al recto y la disminución en un 70% de las posibilidades de provocar efectos secundarios como pueden ser el tenesmo rectal, mucosidad, sangrado, diarrea, fistula...», lo que se traduce en una mejor calidad de vida postratamiento para los pacientes que luchan contra el cáncer de próstata.

Otro valor añadido de esta opción terapéutica, en su opinión, es

que es posible administrar una dosis más alta de radiación por sesión, reduciendo el número de visitas al hospital a tan solo 5 días. «Al ser un material radiopaco nos permite identificarlo perfectamente en nuestro TAC de Simulación para poder planificar el tratamiento», apostilla Palacios Mena antes de dejar claro que no todos los pacientes pueden recibir esta técnica, que está destinada a aquellos casos de cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o riesgo intermedio.

Empezaron el pasado mes de abril con tres pacientes y el «éxito ha sido rotundo». Su idea, tal y como avanza, es continuar aplicándolo a más enfermos. De igual manera, comenta que han solicitado la braquiterapia, que es otra modalidad de tratamiento radioterápico para tratar también el cáncer de próstata, así como otro tipo de tumores de otras localizaciones.

En esta misma línea, la licenciada especialista en Oncología Radioterápica del Complejo Asistencial de León adelanta que comenzarán en breve con tratamientos de radiocirugía para tumores cerebrales, con el fin de «ofrecer a los pacientes todas las opciones terapéuticas disponibles para aumentar sus posibilidades de curación».

Por qué no debería ignorar estos síntomas

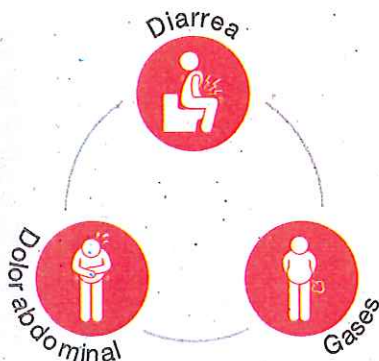
¿Molestias intestinales recurrentes?

Se estima que en España cerca del 20% de la población padece regularmente de diarrea, dolor abdominal, flatulencia o estreñimiento. Lo que muchos no saben: si las molestias se producen de forma recurrente, suele esconderse el síndrome de colon irritable detrás. En este caso, un producto sanitario desarrollado y probado para combatir estos síntomas (Kijimea Colon Irritable PRO, disponible en farmacia) puede ayudar.

Lo que revela la ciencia

Hoy en día, los científicos parten de la base de que una barrera intestinal dañada suele ser la causa de las dolencias intestinales recurrentes. Incluso la más mínima lesión en la barrera intestinal puede hacer que los agentes patógenos y las sustancias nocivas penetren en la pared intestinal, irriten el intestino y causen inflamación. Las consecuencias son múltiples: diarrea recurrente, a menudo acompañada de dolor abdominal, flatulencia y, a veces, estreñimiento.

¿Cómo se manifiesta el colon irritable?



Prevalencia:
casi uno de cada cinco sufre de colon irritable

Síntomas típicos:
diarrea, dolor abdominal o flatulencia

Ayuda eficaz:
Kijimea Colon Irritable PRO, disponible en farmacias

Basándose en estos resultados, los investigadores han desarrollado el producto sanitario Kijimea Colon Irritable PRO. Las bifidobacterias únicas de la cepa HI-MIMBb75 (contenidas exclusivamente en Kijimea Colon Irritable PRO) se adhieren a las zonas dañadas de la barrera intestinal, como un parche protector. La idea es que, bajo este parche, la barrera intestinal puede regenerarse, las molestias intestinales pueden desaparecer.

Lo que demuestra un estudio

Un estudio a gran escala sobre el colon irritable ha demostrado recientemente la eficacia de Kijimea Colon Irritable PRO para tratar la diarrea, el dolor abdominal, la flatulencia y el estreñimiento.

El factor decisivo: la calidad de vida de los afectados también mejoró significativamente, por lo que lo recomendamos. Pruebas científicas concluyentes para una dolencia real muy común.

Kijimea Colon Irritable PRO

- ✓ Con Efecto-Parche PRO
- ✓ Mejora significativamente las molestias intestinales
- ✓ Más calidad de vida

En su farmacia:
Kijimea Colon Irritable PRO
(CN-195962.1)



www.kijimea.es

Anunciado en TV

SORIA

Dos empresas optan al contrato para el acelerador lineal de Soria

Elekta y Varian, especialistas en tratamientos oncológicos, presentaron sus propuestas para una licitación que concluyó el pasado jueves/ La inversión rondará los 3 millones

JOSÉ SOSA SORIA

El procedimiento para dotar al Hospital Santa Bárbara de Soria del ansiado acelerador lineal que permita ofrecer tratamiento a la mayor parte de los enfermos oncológicos de la provincia quema etapas. El pasado jueves finalizó el plazo de presentación de ofertas al concurso público abierto por la Junta y finalmente son dos las empresas que optan a la adjudicación para el suministro y la instalación del citado aparato. El contrato supondrá la inversión de unos 3 millones de euros y cuenta con un plazo de ejecución de 11 meses a contar desde que se produzca la adjudicación.

Tal y como está explicado, las empresas interesadas en el contrato tenían de plazo hasta las 23.59 horas del día 8 de mayo para presentar las ofertas a un concurso con un presupuesto base de licitación de 3 millones de euros, impuestos incluidos. Finalizado ese plazo el día 9 se fijó la apertura del sobre administrativo y según el acta, publicada en la Plataforma de la Contratación. Hay dos ofertas, una presentada por Elekta Medical y otra de Varian Medical System Ibérica.

La documentación ya se ha remitido al servicio de Equipamiento y Alta



Un acelerador lineal en una imagen de archivo. HDS

Tecnología. Para este miércoles, 15 de mayo, está prevista la apertura de los sobres con la oferta técnica. Después se abrirá un tiempo de evaluación antes de designar al adjudicatario. Si no hay ningún incidente en el proceso, la adjudicación debería producirse en el

mes de junio. Cuando se formalice el contrato se iniciará el plazo de ejecución que está ahora fijado en 11 meses.

En el contrato se incluye la llegada del equipo al centro, su montaje por especialistas, formación, pruebas de calibración y puesta a punto precisas

para la obtención de las licencias de instalación e inicio de actividad por parte del Consejo de Seguridad Nuclear, así como las labores de adecuación de la sala específicas que necesita cada tipo de acelerador en su respectivo búnker.

El embalse de Cuerda del Pozo se sitúa en el 86% de su capacidad

SORIA

El embalse de la Cuerda del Pozo contiene actualmente 215,17 hectómetros cúbicos de agua, el 86,47 por ciento de su capacidad total que asciende a 248,776 hectómetros cúbicos. La semana pasada contenía 216,336 hectómetros cúbicos, el 86,96 %.

El año pasado por estas mismas fechas este embalse de la cuenca hidrográfica del Duero recogía 177,640 hectómetros cúbicos de agua, el 71,41 por ciento de su capacidad.

La salida media diaria de agua se sitúa actualmente en 4,50 metros cúbicos por segundo. El balance hídrico de la semana ha sido de -1,219 hectómetros cúbicos, según informó la Subdelegación del Gobierno.

Las precipitaciones registradas durante la pasada semana en la zona del embalse son de 0,40 litros por metro cuadrado.

Por su parte, el embalse de Monteagudo, ubicado en la localidad soriana de Monteagudo de las Vicarías, se encuentra al 57,9 por ciento de su capacidad total que alcanza los 9,7 hectómetros cúbicos. Esta semana, el embalse de Monteagudo, que recoge aguas del río Nágima, un afluente del Jalón, contiene 5,6 hectómetros cúbicos. Son 0,13 hectómetros cúbicos más que la semana pasada. El año pasado por estas fechas recogía 6,3 hectómetros cúbicos. Se encontraba, por tanto, al 65,4 por ciento de su capacidad.

Fallece Ernesto López Gavira, fundador del Festival de las Ánimas

La organización anuncia el adiós al 'alma mater' del evento hace casi cuatro décadas

SORIA

Ernesto López Gavira, fundador de lo que hoy es el Festival de las Ánimas de Soria, ha fallecido. Así lo notificaron desde la propia organización, recordando la figura de quien creó hace casi cuatro décadas los cimientos de un evento que hoy tiene repercusión nacional.

López, junto con Ángel Lorenzo, fue homenajeado por el propio Festival de las Ánimas en otoño de 2019 recordando a dos personas clave en el origen de esta cita. El impacto de aquellos primeros pasos fue tal que la actual programación ya cuenta con la declaración de Interés Turístico Regional por parte de la Junta de Castilla y León desde hace poco más de un año y llega a agotar las entradas a todos sus actos.

Desde la organización se publicó en Facebook que «con gran tristeza, compartimos la noticia del fallecimiento de nuestro querido fundador, Ernesto López Gavira. Hace 39 años, su visión y pasión dieron origen a lo que hoy conocemos como el Festival de las Ánimas. Inspirado por la leyenda de Gustavo Adolfo Bécquer, 'El Monte de las Ánimas', Ernesto creó una actividad literaria

extraescolar que evolucionó hasta convertirse en el vibrante evento que amamos y celebramos cada año».

«Su legado», prosiguen desde el Festival de las Ánimas, «perdurará en cada palabra, en cada tambor y en cada alma que se une en esta festividad. Hoy, honramos su memoria recordando su espíritu visionario y su amor por nuestras tradiciones. Gracias Ernesto», concluyen desde la organización del Festival.



Centro de Reconocimiento Médico

CRUZ ROJA

PERMISOS DE CONDUCIR Y OTROS RECONOCIMIENTOS

Lunes a Viernes:

Mañanas de 09:30 a 13:30 horas.

Tardes de 16:30 a 18:30 horas.

Julio y Agosto: Horario de mañana

C/ Santo Domingo de Silos, 1, Soria

Registro Sanitario JCYL 42-C2510-0001

Registro DGT SO-0001

Agenda: miércoles, de 16:00 a 19:30 horas

Registro sanitario 42-2510-002

Cita previa: 975 212 641

crmsoria@cruzroja.es

5

SORIA

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Domingo 5 de mayo 2024

SUCESOS

RESCATE EN CASTROVIEJO

Una mujer de 63 años fue rescatada en el paraje natural de Castroviejo, en Duruelo de la Sierra, tras una lesión en una pierna. Para ello se movilizó la Asociación Motonieve de Urbión. El aviso entró a las 13.01 horas del mediodía de este lunes. La mujer fue evacuada posteriormente en ambulancia y trasladada al Hospital de Soria.

ORACIÓN AL ESPÍRITU SANTO

Espíritu Santo. Tú que me aclaras todo, que iluminas todos los caminos para que yo alcance mi ideal. Tú que me das el don divino de perdonar y olvidar el mal que me hacen y que en todos los instantes de mi vida estas conmigo, yo quiero, en este corto diálogo, agradecerte por todo y confirmar una vez más que nunca más quiero separarme de Ti, por mayor que sea la ilusión material. E.B.

SORIA

SANIDAD

ACTUALIDAD

La Junta licita la robotización del servicio de farmacia por 532.400€

La modernización incluye dos carruseles horizontales para el aprovisionamiento / Invertirá otros 500.000 euros en las salas blancas para la preparación de los fármacos

MILAGROS HERVADA SORIA

Lo anunció hace un mes el director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, Álvaro Muñoz Galindo, el servicio de farmacia del Hospital Santa Bárbara de Soria tendrá un importante porcentaje de robotización y se consolidará como uno de más punteros en esta área a nivel de los grandes hospitales de Castilla y León. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ya ha comenzado a hacerlo realidad. Ha licitado el contrato de suministro, instalación y puesta en funcionamiento del sistema de automatización del almacén del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Santa Bárbara, por un importe de 532.400 euros, con un plazo de ejecución del contrato de 120 días, iniciándose a partir del 1 de julio o desde de la fecha de su formalización, si fuera posterior.

Según destaca la Gerencia, los nuevos modelos de gestión de farmacia requieren cada vez un mayor control y eficacia en el almacenamiento y dispensación de medicamentos, por lo que se hace necesaria su modernización, y se aprovecha el traslado a la zona nueva del centro hospitalario. Estará en el edificio que alberga también radioterapia, los hospitales de día médico y oncohematológico, diálisis, unidad de pediatría, unidades de hospitalización y almacenes.

Esta innovación permitirá realizar la trazabilidad de todos los procesos, una gestión eficaz del espacio con la instalación de carruseles automatizados horizontales y verticales, la robotización de las tareas manuales de forma que la trazabili-



Edificio en obras donde se instalará el servicio de farmacia ya modernizado. MONTESEGUROFOTO

dad sea automática, lo que evitará errores y riesgos, y obtener ventajas organizativas con reorganización de circuitos.

Dentro del equipamiento a ofertar se incluyen dos carruseles horizontales para la zona de almacén que permitirán, mediante un sistema de contenedores, bandejas y cestas, el aprovisionamiento de los productos de pequeño y gran formato de los diferentes envases clínicos que gestiona el servicio de farmacia. También dos carruseles verticales de almace-

namiento rotativo para la zona de unidades de dicho servicio que permitirán una mejor gestión y trazabilidad de los medicamentos a suministrar a los pacientes del propio Hospital.

Finalmente, la licitación incorpora todo el software necesario para el control de los sistemas de almacenamiento, así como la formación al personal que haga uso del equipamiento.

La Gerencia tiene preparado un segundo pliego, por unos 500.000 eu-

ros, para lo que denomina salas blancas, además de otras partidas, según indicó el gerente, José Luis Vicente. Las salas blancas, donde se preparan fármacos, requieren condiciones de climatización con una atmósfera totalmente exenta de partículas que garanticen los estándares de seguridad en esta actividad.

El servicio de farmacia está previsto que se instale el último en el nuevo edificio, pero en cualquier caso será este año, tal y como confirmó el gerente.

El Instituto de Ciencias de la Salud investiga sobre medicina personalizada

SORIA

El Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León participa en un proyecto de investigación de medicina personalizada de precisión sobre la enfermedad del hígado graso asociado a alteraciones del metabolismo que financia el Instituto de Salud Carlos III, adscrito al Gobierno de España a través del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Para este proyecto, la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León ha adjudicado, por el procedimiento de contratación negociado sin publicidad, los servicios de secuenciación de ácido ribonucleico (ARN) de 210 muestras a la empresa Navarra de Servicios y Tecnología, S. A. por un importe de 60.984 euros y un plazo de ejecución de dos meses.

El proyecto está dotado con 1,6 millones de euros y tiene una duración de cuatro años. Se enmarca dentro del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, financiado con fondos Next Generation EU. Está coordinado por el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) que depende del Instituto de Salud Carlos III y es una iniciativa conjunta en la que participan una decena de grupos de perfiles básicos y clínicos entre los que se encuentra el Complejo Asistencial de Zamora.

Esta línea de ayudas pone en marcha proyectos emblemáticos de salud personalizada de precisión con el fin de mejorar la salud de la población española, empleando como vector el conocimiento científico y la innovación, según informó la Subdelegación del Gobierno. Esta inversión se dedica al PERTE de Salud de Vanguardia.

La enfermedad del hígado graso asociado a alteraciones del metabolismo (MAFLD) está considerada actualmente como la causa más común de enfermedad hepática crónica en los países occidentales, con una prevalencia estimada del 30% en la población general, y una de las principales causas de cáncer de hígado, insuficiencia hepática y trasplante de hígado.

Se trata de un trastorno complejo y heterogéneo que no se limita al hígado, y que se considera actualmente una condición multisistémica cuya progresión puede incluir complicaciones cardiovasculares, metabólicas, neoplásicas o relacionadas con el hígado.

Más de la mitad de los 15 MIR que terminan este año la especialidad quieren quedarse a trabajar en Soria

La convocatoria con todas las plazas se publicará esta semana y se resolverá en un mes

M.H. SORIA

Más de la mitad de los 15 médicos internos residentes que terminan este año la especialidad han mostrado su intención de quedarse a trabajar en Soria, lo que supondría un importante refuerzo, sobre todo en Medicina de Familia y Comunitaria, una especialidad con menor demanda por parte de los MIR y donde más problemas existen para encontrar relevo, por ejemplo en época vacacional.

Según explicó el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente, son «bastantes, más del 50%», los MIR que han trasladado su interés por permanecer en la provin-

cia; en respuesta a una encuesta que realiza Sacyl en toda la Comunidad Autónoma y que arroja en Soria «muy buenas perspectivas». Para concretar sus intenciones habrán de responder a la convocatoria de todas las plazas, de Primaria y Especializada, que saldrá publicada esta semana, avanzó Vicente, y que se resolverá en un mes aproximadamente.

La fidelización de estos residentes será ya en verano para aquellos que deseen quedarse de los cuatro MIR que acaban este mes de mayo. Son los de las especialidades de Urología, Medicina del Trabajo, Medicina Interna y Cuidados Intensivos.

Sin embargo, la Gerencia tendrá que esperar para poder incorporar a aquellos que así lo decidan entre los 11 MIR de Medicina de Familia que terminan pero lo harán en septiembre, lo que imposibilita que sirvan para el necesario refuerzo en verano, para cubrir las vacaciones de los veteranos. El hecho de que finalicen la residencia en septiembre viene motivado por la pandemia de covid, ya que no pudieron comenzar su formación en 2020 en el mes de mayo, como era lo habitual.

Vicente reconoció que la falta de relevo en Atención Primaria «preocupa más» que en el hospital, pero aseguró que los propios médicos se

organizan para mantener la asistencia. «Ellos se ponen de acuerdo. Se organizan a modo de espejo, que cuando se vayan de vacaciones haya otro compañero que cubra sus ausencias. Son bastante responsables y por eso funciona el sistema», destacó el gerente, apostando por ese modelo de autogestión.

Desde la Gerencia se refuerza con médicos de área, algunos procedentes de otras Comunidades Autónomas, con un equipo más o menos estable. «No son contratos basura, cubren lo que ellos pueden. Esos profesionales, una veintena, no quieren incorporarse, sólo cubren las guardias, a 28 euros la hora», matizó.

La revista diaria de EL MUNDO. Jueves, 16 de mayo 2024

PAPÉL

HISTORIA DE
JOSÉ LUIS

25 AÑOS CON
ESCLEROSIS
MÚLTIPLE:
"LO PEOR ES
COMPROBAR
CÓMO
ESCLAVIZAS
A TU PAREJA"

Tiene 60 años, ya solo mueve el meñique izquierdo y todavía da clases de escultura en Bellas Artes. Lo cuenta en su libro 'La vida que no he vivido'. "No deberíamos permitir que esta enfermedad nos mate antes de morir", dice

*Por Pedro Simón (Pinto, Madrid)
Fotografías de Alberto Di Lollo*



PAPEL EN PORTADA

Por Pedro Simón Fotografía de Alberto Di Lollo

No es que fuera un Sansón, pero movía pesadas piedras con las manos. No es que fuera el Geppetto de Pinocho, pero de su imaginación salían unas tallas asombrosas. No es que fuera Vulcano, pero domeñaba los hierros que esculpía. Por eso fue tan llamativo observar cómo la enfermedad fue reduciendo poco a poco a aquel profesor de Escultura de Bellas Artes que pintaba bastante fuerte, cómo lo fue haciendo chiquitito, le quitó los superpoderes y le fue anudando los brazos.

Se llama José Luis Gutiérrez y tiene 60 años. Pero desde 1998 se apellida Esclerosis Múltiple.

Hoy solo mueve el dedo meñique de la mano izquierda. Toda la dignidad de un hombre, toda su fortaleza, toda su esperanza, toda su alegría, todos sus planes, caben ahí, en las tres falanges de un dedo que se niega a rendirse, que se yergue como una bandera ante la invasión de la enfermedad.

Entonces esta es la crónica de un dedo rebelde. Y de una voluntad hercúlea. Y sobre todo es la crónica de un hombre que, cada mañana, nada más levantarse, le echa un descomunal pulso al mundo.

(...)

Antes de la patología, estaba el hombre hiperactivo. Todo era movimiento.

En lo personal –y después de los tres abortos de Aurora, su esposa–, el matrimonio ya había iniciado el proceso de adopción en la India de sus dos primeras hijas (hoy tiene cuatro).

En lo profesional, daba clases de Dibujo en Secundaria, era profesor asociado en la Complutense, amasaba la materia en su propia taller de escultura... Cuando llegabas a un sitio, José Luis ya se había ido. Era el barro que nunca se acababa de secar.

Y entonces se pone a pintar las habitaciones de las niñas que venían de camino de color naranja azafrán y ocurre algo.

«Ya nos habíamos comprado el piso en Pinto y me puse a darle una mano de pintura a las habitaciones... En un momento determinado, al levantar el rodillo para llegar a la parte de arriba, noté una flojera extraña en el brazo derecho. Y eso que yo estaba fuerte, eh... Aquello se sumaba a la visión borrosa de un ojo que llevaba arrastrando y decidí ir al médico de familia».

Todo se acelera. Una cita con el neurólogo. Una resonancia magnética. Un resultado concluyente. Un diagnóstico que escucha pasmado y sentado el 17 de junio de 1998. No ha cumplido todavía 35 años.

Como internet no se ha popularizado en España, José Luis sale de la consulta asustado para ir a la Casa del Libro a comprarse dos obras que hablan de la enfermedad. Las empieza a leer. Hay párrafos como precipicios. No puede acabarlos. Cierra los libros y cierra los ojos.

Así empieza una escalera de caracol que solo lo lleva hacia abajo, que lo aspira a lo más hondo, que lo deconstruye poco a poco.

«Los primeros meses estaba asintomático. Salía a correr porque quería seguir llevando una vida normal. Me caía bastante. Y más que el daño físico de las caídas absurdas, estaba el daño psicológico. Creía que era terapéutico hacer ejercicio, pero la enfermedad es obstinada... Perdía fuerza y precisión dando clases. Yo no quise hacerlo público, porque mi situación laboral era muy precaria como profesor asociado. Solo cuando obtuve la plaza, lo hice público. Y lo hice de la manera más sencilla: al día siguiente, llevé un bastón».

Lo único bueno de la enfermedad, dice, es que su avance es muy lento. Y que esa velocidad de tortuga hace que te dé tiempo a adaptarte, a construir tus parapetos, a buscar modos de seguir adelante.

Empieza con un bastón en la Complutense.

Y, dos años después, al bastón le siguen unas muletas. Y, dos años más tarde, a las muletas le sigue una silla de

ruedas normal. Y, un poco más adelante, a la silla de ruedas normal le sigue una silla de ruedas eléctrica con un joystick delante para que lo maneje José Luis. Y desde hace poco: una silla con el joystick detrás para que lo maneje el que va tras el enfermo.

Pero regresemos al momento en que el diagnóstico todavía está reciente.

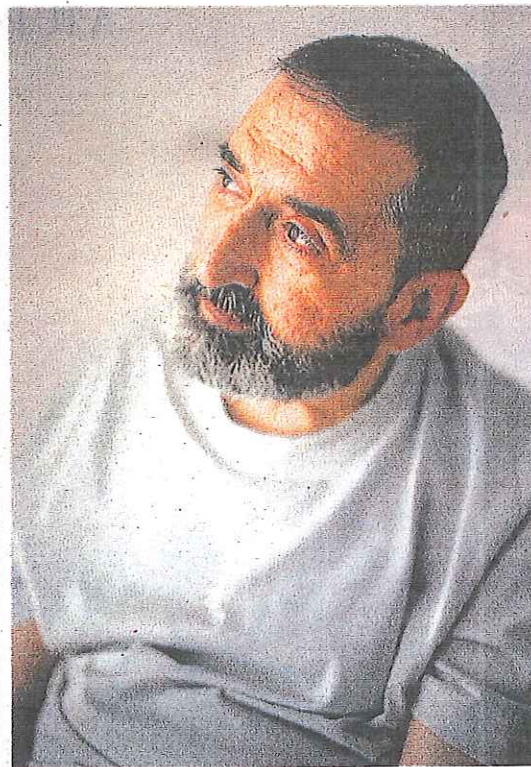
Un buen día, al principio de todo esto, su mujer sopesa aquellos dos libros que José Luis acaba de comprar y que, más que enseñarle a llevar la enfermedad, dinamitan al enfermo. Se deshace de ellos. A la mierda los libros. Y se pone un delantal.

(...)

Lo que están leyendo y lo que van a leer –si es que acaso se quedan hasta el final del reportaje para saber quién corta el bacalao aquí– está escrito (dictado) en *La vida que no he vivido* (Ed. Kailas), que sale a la venta hoy pero que se viene fraguando desde hace 25 años, los que lleva José Luis encerrado dentro del mal.

«Solamente el dedo meñique de mi mano izquierda es

José Luis Gutiérrez fue diagnosticado de esclerosis múltiple en 1998. Tenía 34 años.



“La enfermedad me ha hecho más humilde”, dice sobre la patología que en dos décadas se ha duplicado”

capaz de mover, aunque torpemente, el cursor», escribe hoy. «Es el único soldado que aún resiste ante la ofensiva paralizante que el ejército invasor extiende día a día hacia todas las regiones de mi cuerpo sin mostrar el más mínimo respeto hacia los derechos fundamentales de este ser humano».

Desde el hombre que no para quieto hasta el que sólo puede mover un dedo, hay toda una asunción de la derrota, una trinchera que cada vez cede más terreno, la crónica de una rendición inevitable.

José Luis reconoce que, al principio, cuando no se resignaba a lo que le estaba pasando (esa misma enfermedad que cada año recluta a 4,2 personas por cada 100.000 habitantes en España; esa patología que se ha duplicado en dos décadas; la segunda causa de discapacidad en jóvenes tras los accidentes de tráfico) vivía con una frustración

asfixiante: «Acudía al taller... Cuando llevaba un rato con el mazo en la mano derecha, perdía toda precisión y me enfadaba conmigo mismo, como si yo fuese el culpable... Entonces, lo tiraba todo por el suelo y me marchaba disgustado».

Esa imagen de todo revuelto. De todo destrozado. De mobiliario roto. De rabia y aflicción.

Los pedazos del desastre los fue pegando con el tiempo. Y en la historia del profesor universitario que todavía sigue dando clases, hoy anida el ejemplo del animal que se sabe acorralado desde hace mucho, pero que no se deja cazar.

«Si te soy sincero, y lo quiero ser, la enfermedad me ha derrumbado la vida que tenía programada... Por eso, cada vez que la esclerosis me ha cerrado una puerta, yo he abierto otra. Sabiendo –claro– que esa me la acabará cerrando también».

Solo así se explica que el hombre al que el cuerpo le iba prohibiendo el paso se buscara otros modos de saltarse la valla.

Están sus proyectos de cooperación en India, Nepal y Ecuador entre 2004 y 2017, hasta que no pudo más. Está el profesor que no podía dar clases prácticas y que ahora las da teóricas dos horas a la semana. Está el escultor que luego se hizo pintor porque ese arte requería levantar menos peso. Está el pintor que se ha hecho escritor porque, para todo esto que leen, le basta con hablarle a un micrófono negro.

Para contar la vida que no ha vivido.

(...)

Se llamaba María José Carrasco, tenía esclerosis múltiple como él y –ante la ausencia de una ley de eutanasia– se quitó la vida en abril de 2019 con la ayuda de Ángel, su esposo.

«Ángel preparó la sustancia letal, pero también grabó el momento en un vídeo en el que preguntaba a María José tres veces si quería tomarla; ante su reiterado asentimiento se la acercó y ella la bebió sorbiendo con una pajita».

El libro está dedicado a ellos dos.

«Lo peor es comprobar cómo esclavizas a tu pareja», nos cuenta. Y cita a Ángel de nuevo mientras señala con los ojos a Aurora, que anda trasteando en la cocina: «Él se había visto obligado a pedir una excedencia laboral en 1999 para dedicarse íntegramente a ella, y lo hizo con entrega plena y absoluta durante los siguientes 20 años... Como Aurora».

—Claro que la enfermedad tiene su lado bueno –nos dice de un modo inesperado y nos sorprende.

—El qué.

—Por ejemplo, desambicionar cosas te da un gran sentido de la realidad. La enfermedad me ha hecho más humilde.

Nos lo cuenta José Luis un poco inclinado hacia delante, mientras sorbe su café con una pajita metálica en un extraño equilibrio: una taza apoyada sobre otra taza. Se van a caer, pensamos.

La taza humeante reposa sobre una taza idéntica colocada boca abajo en la base, para que nuestro hombre alcance. Se van a caer, seguimos pensando.

Igual que pasa en esas torres humanas que se hacen en el Levante, uno piensa que se van a caer. Pero no.

—Me va a reír mi mujer, ya verás tú.

—¿Y eso?

—Cuando le pida un tercer café después de comer –sonríe lo mismo que si estuviera haciendo una travesura–. No debería tomar más de dos al día. Pero sí.

«Lo más difícil es asumir que el proceso degenerativo no ha parado. Y que, aunque ahora hable contigo o lea, puede que pasado un tiempo ya no pueda hacerlo», prosigue. «Ahora la dependencia es absoluta. No hay nada que yo pueda hacer por mí mismo. Me levantan a las nueve, me dan el desayuno, me sientan frente al ordenador... Casi me cuesta menos decirte lo que puedo hacer yo solo: dar clase, hablar contigo, leer».

Lo hace de un modo compulsivo: novelas, ensayos, libros de texto... Hasta ocho o diez horas al día.

Aquella jornada en que le invitaron a hablar en un congreso de la Asociación de Esclerosis Múltiple de Madrid, acababa de terminar una obra del filósofo Gabriel Albiac. «No sabía qué contarte y me puse a hablar de lo leído. De que el autor había adoptado hijos como nosotros y que, en una carta, les decía: 'Así pues, nacemos, crecemos y, mucho antes de morir, ya estamos muertos'. Intenté averiguar el sentido de esa frase y creo que lo encontré: Albiac es

CIENCIA PAPEL

admirador de Peter Pan. Él se refería a que, en el proceso de crecer, vamos renunciando los sueños infantiles, a nuestros anhelos, y que, a medida que lo hacemos vamos muriendo. Le dije al auditorio que no deberíamos permitir que esta enfermedad nos matase antes de morir».

Otro libro que cita: *La Metamorfosis* de Kafka.

¿Por qué?

—La transformación de Gregorio Samsa de ser humano en cucaracha cambia sus relaciones con el entorno. Eso lo viví yo. Mucha gente no me vio igual. Muchos desaparecieron. La esclerosis hizo que se distanciaran más de mí.

«Y hay días en que tengo sueños», nos cuenta como quien escribe. «Y en mis sueños, camino. Incluso corro. O nado. Al despertarme hago un esfuerzo por recordar lo soñado. Y quedarme en ese limbo, con los ojos cerrados, un rato más, allí, en el pasado».

(...)

La habitación de matrimonio es una especie de *Nautilus* donde José Luis se sumerge hasta lo más profundo de una pantalla. Solo que, en vez de fondos abisales y de monstruos con antenas, aquí hay mucha luz natural.

Está la cama: cada día la mujer y los hijos se van turnando para acompañarlo. Sus crisis espásticas impiden dormir a cualquiera y a él mismo.

Está su secretaria: un micrófono al que le dicta y que está conectado al ordenador, donde ha instalado un programa de reconocimiento de voz.

Está un espejo pequeño y redondo de tocador: «Un día me vi en el espejo del ascensor y me llamó la atención mi aspecto... Me paso tanto tiempo delante de la pantalla, que me puse un espejo al lado, para mirarme de vez en cuando».

Está su libro: «El día en que me lo trajeron, le pedí a Aurora que me lo pusiera delante de las narices, para oler la tinta y el papel. Ese recuerdo de un mundo antiguo...».

En *La vida que no he vivido* también podría escribir su propio capítulo Aurora. Porque —después del diagnóstico— hubo toda una vida que la esposa decidió no vivir. Dejó su empleo en una empresa de serigrafía en 2002 para cuidarlo. Aparcó sus ambiciones. Y antes viajaba mucho y ya no. Y antes hacía muchos planes y ahora menos. Y antes tenía un empleo fuera de casa y ahora lo tiene de puertas adentro.

Aurora es la que mueve los hilos del muñeco roto que es José Luis: todo lo que hay delante —el hombre aseado, su barba recortada, su ropa planchada— es por ella. Ella es las manos del marido. Y las piernas. Y la cuchara que avanza con pulso firme hacia su boca. Y el peine que avienta sus malos pensamientos. Y la esponja que restriega el cuerpo inerte e inerte. Y la almohada. Y el beso en la frente. Y la última caricia del día. Aurora es la escultora que cada mañana apunta al escultor.

Aquí viene ella de hacer unas albóndigas en la cocina con un delantal azul en el que se lee: «En esta casa yo corto el bacalao».

Y es verdad eso. Corta el bacalao. Y parte la paña. Y pone los puntos sobre la fes. Y sostiene al adolescente del que se enamoró con 17 años.

«Decidí renunciar a todo por él. La verdad es que no tengo vida», concede. «Levantarlo y asearle, lavarle los dientes, vestirlo... Solo eso puede llevarme una hora y media», añade sin paños calientes. «Pero, a pesar de todo, te digo una cosa: en esta casa hay alegría porque no dejamos que todo lo ocupe la enfermedad».

—Cuando leí el final del libro, le dije que si estaba tonto —sonríe la mujer—.

¿Y eso? —preguntamos.

—Pero tú te has leído el final?

Y lo leemos otra vez. Es un final que dice así: «El paso del tiempo juega en mi contra y mis problemas jamás disminuirán, solo pueden aumentar, pese a lo cual me aferraré a la vida con todas mis fuerzas, pero cuando el dolor y el sufrimiento, tanto mío como de Aurora, sean ya insostenibles, me queda el consuelo de que, gracias a personas como María José y Ángel, podré pulsar el botón de apagado».

—¿Pulsar el botón de apagado? ¿Tú te crees? —se pregunta Aurora.

Y después lo mira igual que cuando tenían nada más que 17 años. «Vamos, vamos», añade como quien se persigna. La mujer que corta el bacalao le sonríe y dice que no con la cabeza: «Me niego a eso».

Se anuda el delantal.

El ingeniero valenciano José Miguel Adam posa en su laboratorio de la Universitat Politècnica de València. ARABA PRESS



EL INGENIERO QUE LLEGÓ A LA PORTADA DE 'NATURE' CON UN DISEÑO INSPIRADO EN LOS LAGARTOS

Fundación BBVA. José Miguel Adam empezó con una Beca Leonardo y hoy es una eminencia en la construcción resistente a los desastres

Por Noa de la Torre (Valencia)

Qué científico no ha soñado alguna vez con publicar en la revista *Nature*. José Miguel Adam (Llombai, Valencia, 1975) siempre fantaseó con ver su nombre impreso en la publicación que ha contado al mundo las principales conquistas científicas de la humanidad, desde la secuenciación del genoma humano a la clonación del primer mamífero a partir de una célula adulta (la famosa oveja Dolly). El problema de Adam, sin embargo, es que su campo de investigación es la construcción. Así que las lagartijas sirvieron a este ingeniero para convencer a los editores de hacer historia con una primera portada dedicada a eso: a algo tan aparentemente poco apasionante como un nuevo método de diseño de edificios.

La revista *Nature* lleva hoy a su portada los últimos resultados de una innovadora propuesta para construir edificios ultrarresistentes. Edificios que, básicamente, puedan aguantar sin derrumbarse frente a desastres naturales y fenómenos extremos como riadas, terremotos, deslizamiento de tierras... ¿Cómo? Operando como si fueran lagartos. Y esta es justamente la idea que protagoniza la portada: «Control de daños. Un diseño inspirado en lagartos afila fallos para prevenir el colapso total del edificio». El artículo lo firman Adam y sus compañeros

en el laboratorio del Instituto de Ciencia y Tecnología del Hormigón (ICITECH) de la Universidad Politècnica de Valencia: Nirvan Makoond, Andri Setiawan y Manuel Buitrago. Pero fue el ingeniero valenciano de Caminos, Canales y Puertos al que se le ocurrió la idea de contactar con los editores de una revista que siempre había admirado. Y, sobre todo, el que encontró en el modo de supervivencia de los reptiles la fórmula para hacer entender a quienes no sabían nada de construcción la trascendencia de su método.



«Ha sido el trabajo más apasionante de mi vida, porque me ha supuesto tener que escribir fuera de mi zona de confort», confiesa Adam. Este ingeniero con vocación de físico pasó el pasado mes de agosto encerrado en casa trabajando: «Estaba solo y se me ocurrió

contactar con los editores, que me animaron a presentar el artículo». Con el inicio de septiembre, los cuatro investigadores decidieron dejar todo a un lado durante cuatro meses para alumbrar la publicación.

«No es un artículo científico al uso», confirma Adam, pues «al final debe poder entenderlo cualquier investigador y lo que busca siempre la revista son descubrimientos radicales y sorprendentes». ¿Lo puede ser un método constructivo? El ingeniero admite que el reto no era poca cosa. En primer lugar, porque «los códigos de construcción son muy rígidos». Y segundo, porque entre los editores de la revista figuran físicos, bioquímicos... «No saben nada de nuestro campo, así que empleamos una analogía para convencerles».

Puede parecer que un edificio de hormigón nada tiene que ver con una lagartija. Sin embargo, en caso de ataque la cola del pequeño reptil puede separarse de su cuerpo para facilitar la huida. Y lo que han conseguido Adam y su equipo es aislar la parte de un edificio que ha sufrido el fallo inicial para evitar que el colapso se extienda. En definitiva, frenar el efecto dominó para que una construcción no se derrumbe si falla uno de sus pilares. Como haría una lagartija con su cola.

El nuevo método de diseño de edificios que ha ideado el equipo de la Politècnica es, en realidad, la primera solución contra la propagación de colapsos en una construcción que se ha probado y verificado a escala real. El experimento forma parte del llamado proyecto Endure, financiado por el European Research Council con una ayuda Consolidator Grant de más de 2,5 millones de euros. El ensayo, de hecho, fue pionero a nivel mundial, aunque el germen de la investigación fue un primer proyecto impulsado por la Beca Leonardo que logró Adam en 2017 de la Fundación BBVA. Su eficacia se ha demostrado en edificios prefabricados de hormigón y lo siguiente será aplicar la metodología a edificios ejecutados con hormigón *in situ* y a edificios con estructura de acero. Es más, Adam defiende que podrá incluso proteger a grandes puentes continuos en el mar.

El proyecto Endure se desarrollará hasta el 31 de diciembre de 2026 en el laboratorio de estructuras del ICITECH, uno de los mayores de Europa. «A partir de entonces, el reto será implementarlo en la industria», confirma Adam. «Será complicado, pero al trabajar con probetas a gran escala hay empresas que ya se han interesado por nuestro método». Al fin y al cabo, recuerdan los cuatro autores en su artículo de *Nature*, «se estima que los desastres registrados entre 2000 y 2019 han causado pérdidas económicas de 2,97 billones de dólares». En vidas humanas, 1,23 millones. El objetivo del equipo es una «última línea de defensa» que impida la catástrofe.

Portada del último número de la revista 'Nature', con el proyecto español de construcción

ESPAÑA

COMPETENCIAS

«Niego la mayor de que el Ministerio no tenga competencias. Puede poner los marcos legislativos»

LEY DE GESTIÓN PÚBLICA

«Pone coto a los beneficios obscenos y las prácticas que no se consideran ni corrupción, ni fraude, pero lo son»

COLABORACIÓN

«El modelo de Cataluña es colaboración pública-privada que funciona, el de Madrid que se asemeja al Reino Unido, no»

AMBIENTE POLÍTICO

«En la mal llamada polarización, el Sistema Nacional de Salud es un lugar de pegamento y de cohesión»

MÓNICA GARCÍA

«Cuando los consejeros se quitan la gorra del PP, se puede trabajar muy bien»

La ministra de Sanidad hace un balance positivo de casi seis meses en un Ministerio donde se acumulan los deberes y la inestabilidad de la legislatura exige premura. Rechaza que a su cartera le falten ni competencias ni dinero: «Recursos hay, lo que tenemos que saber es hacia dónde dirigirlos»

Pregunta. Todos los planes y deberes pendientes que tiene su cartera son compatibles con el panorama político actual, inestable y variable. ¿Cree en una legislatura de cuatro años para ponerlos todos en marcha?

Respuesta. Vamos a tener cuatro años, lo auguro. Aun así, vamos a ir acelerando por si acaso. Porque tenemos prisa por poner en marcha los proyectos. En política los tiempos son otros, las cosas son lentas: desde que planteas la necesidad de una ley hasta que se materializa y luego se puede ejecutar pasa mucho tiempo. Son los plazos y los tiempos útiles de la política. Soy anestesióloga y cuando pasa algo, actúo rápido y pongo una jeringuilla. Estoy acostumbrada a otros tiempos, pero también hay que saber que cuando haces reformas de calado todo requiere tiempo, diálogo, consenso, convencer muchas veces de por qué estás haciendo estos cambios. Requiere también ver cuáles son los efectos secundarios: toda política tiene, como todo medicamento, un efecto secundario y hay que ver cómo se recoge, cómo se trata.

P. Entonces, ¿hay prisa por si acaso? R. Tenemos prisa, porque el Sistema Nacional de Salud (SNS) la tiene, no porque nosotros no tengamos una legislatura de cuatro años, que la vamos a tener, sino porque el SNS lo necesita. El tiempo de nuestro SNS es oro. Cada año que pasa sin actualizarlo se deteriora más.

P. ¿Cómo se maneja un Consejo Interterritorial con la mayoría de las comunidades del Partido Popular?

R. Parecerá mentira, pero las reuniones de los interterritoriales, independientemente de las discrepancias y de lo que sale bajo los focos, son productivas. Esto no es mérito mío solo, somos un Ministerio abierto al diálogo y al trabajo multidiscipli-

plinar. Creo que esto también viene de la pandemia, de un trabajo de remanergarse todos a una para defender la salud de los ciudadanos. Hay bastante más sintonía de la que pudiera parecer. Al final, todo funciona cuando somos capaces de aterrizar las cosas en lo concreto, más allá de lo abstracto, de las palabras grandilocuentes que se dicen antes de entrar y después de salir de las reuniones. Pasó con las plazas de atención primaria y su acreditación, cómo podíamos ayudar desde el Ministerio. Insisto: cuando se quitan la gorra del PP y se ponen la de consejeros se puede trabajar muy bien.

P. Esto es lo que falta en política, ¿menos gorras y más trabajo?

R. Por esto creo que el sistema sanitario es un ejemplo de cohesión. En este momento de esta mal llamada polarización, que es crispación inducida claramente, creo que justo el SNS



PILAR PÉREZ



CRISTINA RUIZ

es un lugar de pegamento en el que nos ponemos de acuerdo. De hecho, creo que el plan contra el tabaco es un ejemplo. Es fácil y puede servir de ejemplo para otro tipo de políticas. Creo en la política real de lo cotidiano, de lo palpable más allá de los titulares y los grandes lemas. P. Sin competencias directas y con los recursos económicos congelados (presupuestos prorrogados), ¿qué margen de maniobra le queda?

R. Niego la mayor de que el Ministerio no tenga competencias, tiene la de velar por la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas en condiciones de igualdad. Para eso está el Sistema Nacional de Salud y tiene competencias en legislar. Aquí tenemos desafíos, retos y algunas amenazas que han caído sobre el SNS que van desde los recortes, la pandemia y cierta indolencia a la hora de no abordar los problemas de

largo plazo. Recursos económicos hay, lo único que tenemos que saber es hacia dónde dirigirlos, dónde son más efectivos en términos de salud; varias de nuestras iniciativas también tienen que ver con eso.

P. ¿Se refiere al Observatorio contra el Fraude y la Corrupción Sanitaria? R. Queremos que no haya ni un solo euro que iba destinado a salud que deje de hacerlo. Cuando nosotros hablamos de fraude, hablamos de las diferentes leyes, como la Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud. No queremos que haya desvíos de dinero hacia intereses espurios. Tenemos que reordenar también cuáles son las prioridades y aprender de todos estos años para saber que muchas veces no gastar significa hacerlo más en un futuro. Queremos dejar por lo menos las primeras piedras para tener un sistema sanitario adaptado al siglo XXI. P. Menciona la futura norma que prioriza la gestión pública, que ya ha salido a consulta. ¿Qué esperanza tiene en que prospere teniendo en cuenta modelos como el catalán?

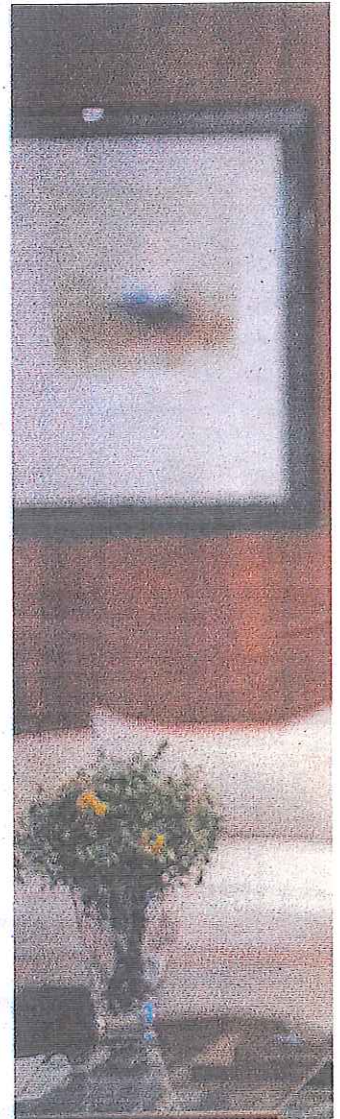
R. Esta ley lo que hace es poner coto a unos determinados modelos, que no es el catalán, y que tiene que ver con la desviación de dinero público destinado a salud hacia un lucro incesante. Tiene que ver con la privatización de la sanidad y con lo que se ha demostrado no solamente en este país, sino en otros, que al final lo que supone es una merma en la calidad asistencial. Incluso hay países que se han atrevido a decir que esto ha influido en la mortalidad, como puede ser el National Health Service (NHS, Reino Unido). Aquí un estudio de Oxford habla de cómo aumentó la mortalidad en el servicio británico cuando empezó privatizando con las medidas de Margaret Thatcher. Basamos todas nues-

GUIÑO A LA INDUSTRIA: «SOMOS EL PAÍS QUE MÁS ENSAYOS CLÍNICOS HACE»

La industria farmacéutica es un socio de valor para Sanidad, y lo sabe. «Hay una política europea de autonomía estratégica en toda la cadena de producción del medicamento para que dependamos

cada vez menos de terceros y ser autosuficientes y también soberanos. Sanidad está en un plan industrial junto con los ministerios de Industria y Ciencia, para tener un seguimiento de toda la vida del medicamento,

desde la investigación hasta su comercialización». García explica que buscan participar en esta cadena a la hora de investigar «que seamos capaces de hacer eso que Mariana Mazzucato decía que es el estado emprendedor, no como un ente abstracto, sino como el interés de todos los ciudadanos».



tras iniciativas legislativas en la evidencia científica que nos dice que la privatización del sistema sanitario de manera burda y obscena ha redundado en una peor calidad de salud de los ciudadanos y en una muy buena salud para las arcas de determinados fondos. A eso le queremos poner coto. Queremos hacer ley del lema de la sanidad no se vende, la sanidad se defiende. Queremos que haya buenos resultados en salud y esta ley condena estas prácticas que en España nunca se han considerado ni corrupción ni fraude, pero lo son.

P. ¿Cuáles? R. Todo aquello que tiene que ver con las comisiones, las mordidas, las malas prácticas, el abuso de las factu-

ATENCIÓN PRIMARIA

«Hay que hacerla atractiva. Yo hice el MIR en el 99 y ya había fascinación hospitalocéntrica. No se estudiaba en la carrera»

FALTAN MÉDICOS

«El registro de profesionales recoge solo el 70%, pero sin un mapa no se pueden hacer estimaciones»

PRIMARIA INVISIBLE

«La prevención y la promoción de la salud no se inauguran y quedan fuera del foco político. Pero son las que impactan»

AGENCIA SALUD PÚBLICA

«La ubicación depende del Ministerio de Política Territorial. No es importante si hay una buena red»



ALBERTO DI LOLLÍ

raciones, la derivación de pacientes, etcétera. Hemos aprendido durante todos estos años que esto al final repercute en el paciente.

P. ¿Puede ser sostenible el SNS sin esa colaboración público-privada?

R. No hablo de colaboración público-privada, sino privatización. En la colaboración fiscalizada con rendición de cuentas, en la que sabes que cada euro invertido va a proteger la salud de los ciudadanos, no tengo nada que decir si hay transparencia.

P. Entonces, ¿de qué modelos concretos estaríamos hablando? Porque ahora mismo en Madrid sí hay hospitales públicos que han nacido con gestión privada.

R. Hablamos del modelo Alzira, que

ni el Partido Popular ha podido revertir. También el de Manises, el de Denia, el de Vinalopó que está ahora pendiente. El modelo Quirón, de aquí, de la Comunidad de Madrid, el que ha hecho que en un anteproyecto de ley de la Cámara de Cuentas dijera que los procedimientos de las patologías o las cirugías menores nos salieran tres veces más caros que en cualquier hospital público. ¿Para qué? Para que una compañía que se llama Fresenius, que está en Alemania, tenga una mayor rendición de cuentas a sus accionistas. Hay una empresa que busca el lucro, que tiene que dar cuentas a una otra en el extranjero y no le rinde cuentas a los pacientes. Esto es a lo que esta ley viene a poner fin.

P. Entonces, ¿cuáles son los modelos que sí funcionan?

R. El modelo de Cataluña, que se acerca más al modelo Bismarck que tienen en Europa que al modelo del NHS que tenemos en el resto de España. Pero tenemos que contar con la industria farmacéutica, que es privada, también con algunos convenios o conciertos que se tienen con entidades sin ánimo de lucro. ¿Es mala o buena una colaboración público-privada? Según su gestión.

P. En el programa electoral de Sumar apuntaban a eliminar el modelo funcional, Muface. ¿Se dará algún paso sobre esto?

R. Sabiendo que es un modelo anacrónico, un subsistema dentro de un

otro y que no es el más eficiente, si creáramos el SNS desde cero obviamente prescindiríamos de esta fórmula. Pero ahora mismo no es una prioridad, tenemos otros pilares del SNS muy dañados por los recortes y la pandemia. Ahora necesitamos una Agencia de Salud Pública, la universidad, elaborar la ley de gestión pública, reformar el Estatuto Marco, poner la salud mental en el centro y reforzar la atención primaria. P. Sobre la Agencia Estatal de Salud Pública, ¿cómo se espera ponerla en marcha si no hay una dotación presupuestaria? ¿Dónde se ubicará?

R. Ahora mismo está en el legislativo. Cuando salga lo hará con todas las garantías de que va a tener un con-

senso que viene de la pandemia. No tengo ningún miedo de que esto no esté presupuestado, porque tiene que ver con reorganizar los sistemas de salud pública y poner más recursos para que sea una red tupida. Para que no solamente nos prevengamos las emergencias sanitarias, sino que también haga una vigilancia epidemiológica del resto de enfermedades. El lugar no depende de este Ministerio, sino de Política Territorial.

P. Sobre todo lo que atañe a la atención primaria, acaban de crear la Comisión de Trabajo. ¿Qué pasos concretos se están dando?

R. No hay una varita mágica. Lleva mucho tiempo deteriorada y desprestigiada. Durante muchos años hemos tenido unos avances tecnológicos que nos han llevado a la fascinación y hemos perdido el foco. No podemos fortalecer nuestra atención primaria hasta que todas las piezas vayan encajando en un solo puzzle: situación profesional, formación, infraestructuras... Hay estudios que dicen que si tú tienes el mismo médico de familia durante 15 años se reducen hasta un 30% las urgencias, las hospitalizaciones y la mortalidad. Pero es que hay un problema: la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud no se inaugura, con lo cual desde la parte política ha dejado de tener interés. Desde el Ministerio estamos plenamente centrados en hacer todas aquellas políticas invisibles que no se inauguran, pero que son las que realmente impactan.

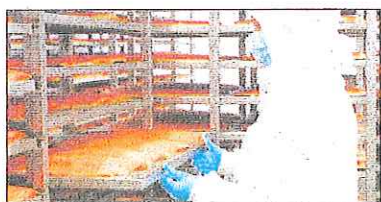
P. ¿Qué hacemos con las vacantes de plazas MIR de Medicina de Familia?

R. Hasta que no se recomponga todo el puzzle, no será atractivo. Cuando yo elegí el MIR en el año 99, ya había cierta fascinación hospitalocéntrica. En la carrera no nos enseñaban los beneficios poblacionales de la atención primaria, como tampoco se enseñaba la salud pública.

P. ¿Una de las soluciones es que Medicina de Familia pase a tener más peso dentro de la universidad, como demandan los profesionales?

R. Más allá de en la carrera en sí misma, nosotros como sociedad debemos valorar lo importante que es que un paciente diga «esto me lo sigue mi médico de atención primaria». Pero lo que no puede ser es que tu doctor esté alejado a tres semanas vista. P. Una de las discusiones es que faltan o no médicos. Pero para ello se debería completar el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. ¿Cómo va este asunto?

R. Está al 70%. Y sí, sin él es muy difícil hacer un diagnóstico. Si yo no sé cuántos profesionales tenemos, dónde trabajan, a qué se dedican, cuánto tiempo les falta para jubilarse, si tiene una excedencia o no, cómo voy a decidir qué hacer. El registro es fundamental para saber dónde estamos, si no lo tenemos, no podemos hacer predicciones.



LA POSADA

EL SALMÓN AHUMADO LEONÉS En el municipio leonés de La Antigua procesan cada año 3.200 toneladas de salmón noruego con un tratamiento artesanal de ahumado. La Balinesa es

un ejemplo de tradición e innovación líder en el mercado nacional. La marca atraviesa un crecimiento constante y está presente en el mercado exterior en Portugal, Francia e Italia

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Viernes 17 de Mayo de 2024. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXI. Número: 18.884

Siete médicos se quedan sin plaza en Soria y tendrán que marcharse

Csif pide que se les conceda comisión de servicios para que no se vayan / Aprueban la oposición 17 facultativos de Familia pero sólo existen 10 plazas

SORIA Siete de los 17 médicos de Familia que trabajan en Soria y que han aprobado la oposición para personal estatutario fijo tendrán que marcharse por falta de plaza, si no se les concede una comisión de servicios. En la convocatoria sólo se ofrecieron 10 vacantes por lo que estos siete profesionales que han superado

el proceso selectivo han sido destinados a las gerencias de Burgos y Ávila. En concreto, cuatro médicos de equipo a la zona básica de salud de Quintanar de la Sierra, dos de área a Ávila y otro a Burgos. Desde el sindicato Csif, el responsable de Sanidad, Ricardo Sanz, reclama «que se autoricen las comisiones de servicio solicitadas para no perder efec-

tivos en la provincia», dada la dificultad para encontrar repuestos. En el plazo de un mes, contado a partir del día siguiente al de la publicación de la resolución, el 13 de mayo, los aspirantes nombrados deberán efectuar la toma de posesión en la Gerencia a la que esté adscrita la plaza adjudicada, a no ser que se les conceda la comisión de servicios. **Pág. 4**

2

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Martes 21 de mayo 2024

OPINIÓN

¿A quién incomoda fortalecer el sistema sanitario de Castilla y León?

MÁS ALLÁ DE la algarada política interesada los que se oponen a que la unidad de trasplantes cardíacos del Hospital Clínico de Valladolid se extienda, amplíe y fortalezca con la incorporación del complejo hospitalario salmantino deberían explicar cuál es el inconveniente. ¿Cuál es el inconveniente de fortalecer el sistema sanitario de Castilla y León con la incorporación de un equipo de prestigio como el que también hay en la capital charra? No se divide nada. No se fracciona nada. No se hurta nada. ¿Es por puro centralismo? Entonces que se haga todo en Madrid. La sanidad no está para crear chiringuitos al servicio de nadie. Pero tampoco para ser un instrumento político, y menos un arma arrojadiza entre provincias, en un mero ejercicio de paletismo político. La sanidad está para dar soluciones a los pacientes, que son los que la sufren y la pagan. No puede ser que la existencia de más de una unidad de trasplantes, que no es el caso, porque seguirá siendo una única unidad con dos centros, deteriore el servicio tal y como defiende la responsable de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). ¿Es que Cataluña puede tener cuatro y Castilla y León no puede tener una fortalecida por dos hospitales? Puede tener cuatro Madrid o dos Andalucía, también. Negar a Castilla y León lo que hay en otras comunidades es un ejercicio insano de centra-

lismo y desprecio hacia los habitantes de esta tierra. Lo diga la de la ONT o su porquero.

Resulta que quienes se oponen a la incorporación de otro hospital, ojalá pudieran ser más, intentaron hacer lo que ahora se va a desarrollar hace algo más de una década con el Hospital Gregorio Marañón, de Madrid. Entonces sí era beneficioso. ¿Para quién era beneficioso? ¿Para la sociedad o para los intereses particulares de unos pocos? Eso es lo que hay que aclarar. Eso es lo que se esconde detrás de esta falsa controversia. Igual que sería bueno, en aras de la transparencia y la honestidad, dar a conocer los resultados del programa desde su puesta en marcha. Porque del desarrollo del programa de trasplantes y de los resultados se sabe poco. A no ser que, precisamente, lo que se pretenda es que no se sepa y la entrada de otro equipo, para complementarlo y fortalecerlo, dé al traste con el oscurantismo. Por ahí debería empezar todo. La primera, la Consejería de Sanidad de la Junta, que últimamente, a la vista del jolgorio que tiene organizado con las pruebas del agua en la playa de las Moreras de Valladolid, no parece un dechado de transparencia. Del resto, ha quedado desacreditada la campaña orquestada por intereses particulares y colaterales para que no se amplíe la unidad de trasplantes.

SORIA

SANIDAD

ACTUALIDAD

Siete médicos se quedan sin plaza en Soria y tendrán que marcharse

Son 17 los facultativos de Familia que trabajan en la provincia y han aprobado la oposición pero sólo existen 10 plazas / Csif pide que se les conceda comisión de servicio y no se vayan

MILAGROS HERVADA SORIA

La historia se repite. La aprobación de una oposición lleva a médicos de Familia, una especialidad muy demandada, a tener que marcharse de Soria por quedarse sin plaza en la provincia. Así ha ocurrido en la última convocatoria, cuyos resultados se publicaron en el Boletín Oficial de Castilla y León el pasado lunes, con siete de los 17 facultativos que trabajan en Soria como interinos y que tendrán que salir fuera tras aprobar, si una comisión de servicios no lo remedia. Sólo son diez las plazas ofertadas en la provincia, y las de los siete restantes están en Burgos y Ávila.

Ocurrió en 2020 con nueve médicos a los que no se les concedió la comisión de servicio, entonces por una decisión del que fuera vicepresidente de la Junta, de Ciudadanos, Francisco Igea, de no autorizar esta fórmula.

Ahora, desde el sindicato Csif, el responsable de Sanidad, Ricardo Sanz, reclama «que se autoricen las comisiones de servicio solicitadas para no perder efectivos en la provincia», dada la dificultad para encontrar repuestos.

En total son 330 las plazas convocadas -297 adjudicadas- para toda Castilla y León, diez de ellas en Soria, para personal estatutario fijo de la categoría de Licenciado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio de Salud de Castilla y León. Los siete sin plaza en la provincia han sido destinados a la zona básica de salud de Quintanar de la Sierra, en Burgos, en el caso de



Centro de salud en la capital soriana. M.T.

los cuatro médicos de equipo. Otros dos obtienen plaza como médico de área en la Gerencia de Ávila y uno en la de Burgos.

En el plazo de un mes, contado a partir del día siguiente al de la publicación de la resolución, el 13 de mayo, los aspirantes nombrados deberán efectuar la toma de posesión en la Gerencia a la que esté adscrita la plaza adjudicada. Desde Csif estiman que aquellos que tienen que

marcharse fuera están a la espera de la respuesta de la comisión de servicios que les permitiría mantenerse en la plaza actual. De ese modo, Soria no perdería los efectivos médicos que tanto necesita, sobre todo tomando como ejemplo que la especialidad de Familia es de las menos demandadas por los graduados, como ha quedado patente en la solicitud de plazas de internos residentes, MIR, con 11 vacantes en Soria.

Por otro lado, desde el sindicato Csif también denuncian el hecho de que no se estén cubriendo bajas de larga duración de facultativos en el Centro de Salud Soria Sur, La Milagrosa, en concreto dos médicos, uno desde enero, por la falta de efectivos. Algo que podría agravarse si finalmente los siete galenos que trabajan en Soria han de incorporarse a la plaza obtenida en la oposición fuera de la provincia.

Asamis celebra mañana su Marcha Popular a Valonsadero

SORIA

La Asociación Soriana de Ayuda a las Personas con Discapacidad Intelectual y sus Familias (Asamis) celebra mañana sábado 18 de mayo la XXXIV edición de su ya tradicional Marcha Popular. La salida tendrá lugar a las 10.00 horas desde la Plaza Mayor, donde previamente se leerá un manifiesto por parte de una usuaria del centro. Posteriormente se realizará el recorrido habitual por varias calles de la ciudad para continuar por el carril bici hacia Valonsadero y finalizar en la Casa de Autoridades con música, hinchables y almuerzo campero para todos los participantes. Se contará con un servicio de autobuses gratuitos para el regreso a Soria a partir de las 12.00 horas. Esta marcha refleja la necesidad de trabajar en favor de las personas con discapacidad intelectual para conseguir la igualdad social y pretende ser un medio para la participación de estas en la comunidad, destacan desde Asamis. Las papeletas que dan derecho a participar en la Marcha, sorteo de regalos, avituallamiento y almuerzo campero, podrán adquirirse tanto en la Plaza Mayor como en Valonsadero al precio de tres euros.

Aspace recibe 2.000€ del reto social 2023 de DKV Seguros

SORIA

La Asociación de Parálisis Cerebral, Aspace, recibe 2.000 euros del #retosocial2023 de la compañía DKV Seguros. El responsable de la nueva oficina comercial de DKV en Soria, Javier Laseca, visitó el taller de empleo de Aspace para hacerles entrega del premio conseguido con el apoyo de todos los sorianos en la votación del Reto Social Media DKV2023, en la que participaron más de 35 ONG de toda España. Laseca destacó que «es una satisfacción ver como los sorianos somos capaces de unirnos por un bien común y superar en las votaciones a provincias mucho más grandes», destacando que «es mérito completamente de Aspace, que tiene un gran poder de convocatoria dada su implantación en la sociedad soriana». Laseca deseó que el próximo premio lo reciban ya en el nuevo edificio que la asociación tiene prácticamente equipado para su apertura, al considerarlo «muy necesario para los chicos del centro y sus familias».

La Junta autoriza un gasto de 17,8 millones para la compra de medicamentos en el Hospital de Soria

Son fármacos oncológicos, de enfermedades raras y para combatir la cronicidad

SORIA

El Consejo de Gobierno autorizó ayer la compra de 55 tipos de medicamentos destinados a los hospitales dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Se trata de un procedimiento negociado sin publicidad por exclusividad, ya que son fármacos cuya comercialización corresponde en exclusiva a determinados laboratorios, explica la Junta. El plazo de ejecución es de un año, pero incluye otros dos de prórroga, con una inversión de 4.573.329,354 euros. En el caso del Hospital de Soria la cuantía asciende a 17,8 millones de euros.

La selección de medicamentos para iniciar los procesos de centralización se realiza teniendo en cuenta

varios factores, explica la Junta, como por ejemplo el volumen de consumo (enfermos oncológicos, VIH); las innovaciones terapéuticas más eficaces y con un coste más elevado al de otras alternativas ya existentes; fármacos huérfanos destinados al tratamiento de enfermedades raras que solo afectan a 5 pacientes por cada 10.000 habitantes y que tienen un coste elevado; medicamentos biológicos para atender pacientes crónicos (por ejemplo inmunosupresores); y preparados contra la cronicidad de enfermedades agudas.

Los medicamentos se agrupan en antineoplásicos que impiden la formación de neoplasias (crecimientos que se pueden volver cancero-

so); inmunosupresores que reducen la actividad y eficacia del sistema inmunológico. (Prevención del rechazo de órganos después de un trasplante/ Control de enfermedades autoinmunes); antivirales para uso sistémico para tratamiento de infecciones ocasionadas por un virus; antihemorrágicos utilizados para tratar trastornos de la coagulación o antitrombóticos que evitan que se formen coágulos de sangre (trombos) o que estos aumenten de tamaño.

También se encuentran en la lista medicamentos para el aparato digestivo y el metabolismo para el tratamiento de trastornos digestivos; medicamentos usados en la terapia endocrina para detener el cre-

cimiento y la propagación de las células del cáncer; o medicamentos diversos para el tratamiento de otras afecciones.

Por provincias, el reparto de los 457 millones es el siguiente: Ávila 19.287.291 euros; Burgos 72.870.208; León 91.909.442; Palencia 28.232.756; Salamanca 68.778.014; Segovia 11.388.387; Soria 17.808.153; Valladolid 16.223.768; y Zamora 30.831.336 euros. Para el presupuesto de 2024 se han consignado más de 1.000 millones de euros para la prestación farmacéutica y en ella se incluye la farmacia hospitalaria y los medicamentos prescritos a través de la receta electrónica, lo que supone más del 22% del presupuesto total de sanidad que asciende a 4.879 millones de euros.

SANIDAD | ASISTENCIA

Cerca del 8% de los pacientes no acude a su primera consulta o revisiones

El absentismo en un año se traduce en 10.642 citas y revisiones «perdidas» en el hospital de Soria

ANA I. PÉREZ MARINA / SORIA

El absentismo de los pacientes a las primeras consultas y revisiones en todas las especialidades en el Hospital Santa Bárbara de Soria representa un 7,81% del total de las citaciones. En concreto, en el año 2023 fueron 10.642 las convocatorias médicas que se perdieron. Y los servicios que más ausencias acumularon fueron Obstetricia y Ginecología (1.265); Oftalmología (1.018); Dermatología (860); Traumatología (775); y Psiquiatría (550). No obstante, porcentualmente es Alergología, con un 12,45% de faltas, la especialidad que más deserciones anota y, a continuación, Cirugía, con un 12,95%; Obstetricia y Ginecología, con un 11,74%; Otorrinolaringología, con un 11,13%, y Dermatología, con un 10,19%.

«Llaman la atención estos porcentajes tan elevados, aunque en otras especialidades están muy por debajo de la media. Aunque, incluso, Oncología registra un 2% de absentismo», apunta el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente.

Asimismo, hay que señalar que respecto a los ejercicios anteriores se ha producido un ligero descenso, teniendo en cuenta que en 2021 las ausencias a las primeras citas y contro-

les supusieron un 8,47% del total y en 2022, un 8,47%.

Sin embargo, estos porcentajes hay que valorarlos con cierta reserva, ya que en el último año, el número de consultas «se ha incrementado mucho». En 2021 se notificaron 101.000 citas médicas en el hospital soriano; en 2022 fueron 125.000; y en 2023 se superaron las 136.000. «El porcentaje de absentismo se reduce, pero el número absoluto es muy importante», significa el responsable de la Gerencia de Asistencia Sanitaria en Soria.

En cuanto a los motivos que pueden estar detrás de estas ausencias, José Luis Vicente aduce que son «muchos los factores» que influyen en la falta de asistencia a las citas sin previo aviso.

«Podría asociarse a los tiempos de espera, pero las especialidades que más demora tienen son Oftalmología y Traumatología, mientras que en Alergología la demora es más pequeña, en Cirugía, Obstetricia y Ginecología, y Dermatología está controlada, y acumulan más ausencias. En Oftalmología, el absentismo está por debajo del 7%. Con lo cual no siempre tiene por qué responder a ese patrón. Hay otras situaciones, quizás porque se acude a otros cen-



FOTO: EUGENIO GUTIÉRREZ

tros o se considera que las revisiones son menos necesarias. Tenemos unos 7.000 pacientes pendientes en todas las consultas externas y en un año hay unos 4.000, aproximadamente, que no van a las primeras citas», resume el gerente.

En este sentido, el responsable sanitario advierte de lo que supone no asistir sin previo aviso a esas citaciones, ya que son huecos que «no se aprovechan», y hay que reprogramar

esas citaciones, porque se puede perder la preferencia, pero no así el derecho a la consulta.

COSTE. En cuanto al perjuicio económico del absentismo, cabe reseñar que el coste interno de una primera consulta es de unos 112 euros y 65 euros, las sucesivas. Si se tiene en cuenta el dato de facturación, la primera consulta se eleva a 220 euros y a 132 euros, la revisión.

INVERSIONES

Automatizar el almacén de la farmacia del hospital costará 532.400 euros

REDACCIÓN / SORIA

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria licitó el contrato de suministro, instalación y puesta en funcionamiento del sistema de automatización del almacén de servicio de Farmacia del Hospital Universitario Santa Bárbara, por un importe de 532.400 euros, con un plazo de ejecución de 120 días iniciándose a partir del 1 de julio desde la fecha de su formalización si fuera posterior.

Con este contrato se pretende una renovación tecnológica del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Santa Bárbara, para mejorar la calidad de los procesos y garantizar una gestión eficiente de la cadena de suministros y control de stocks. Asimismo, se implantará un registro electrónico de los movimientos realizados de cada producto, realizando una trazabilidad precisa de todos ellos de manera eficiente y segura, evitando errores. La construcción por parte de la Gerencia Regional de Salud del nuevo edificio dentro del hospital va a suponer, entre otros aspectos, el traslado de la ubicación del Servicio de Farmacia.

Dentro del equipamiento ofertar se incluyen dos carruseles horizontales para la zona de almacén que permitirán, mediante un sistema de contenedores, bandejas y cestas, el aprovisionamiento de los productos de pequeño formato de los diferentes envases clínicos que gestiona el servicio. También se incluirá la instalación de dos carruseles verticales de almacenamiento rotativo para la zona de unidades. Finalmente deberá contemplar el software necesario para el control de los sistemas de almacenamiento, así como la formación al personal.

LOS MEJORES SOFÁS ESTÁN EN
ECOhabitAT

PECA
EXCLUSIVIDAD A TU MEDIDA

Avda. de Valladolid 22
T. 975 39 70 17



SALUD | ATENCIÓN MÉDICA

A.P.L. / SORIA

La jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario de Soria, M^a Ángeles Rubio, explica que la menopausia se aborda desde esta sección tras una derivación desde las consultas Atención Primaria por determinados síntomas que afectan a la calidad de vida de las mujeres. Se calcula que los sufren un 45% del total, lo que sería en torno a 4.500 en Soria.

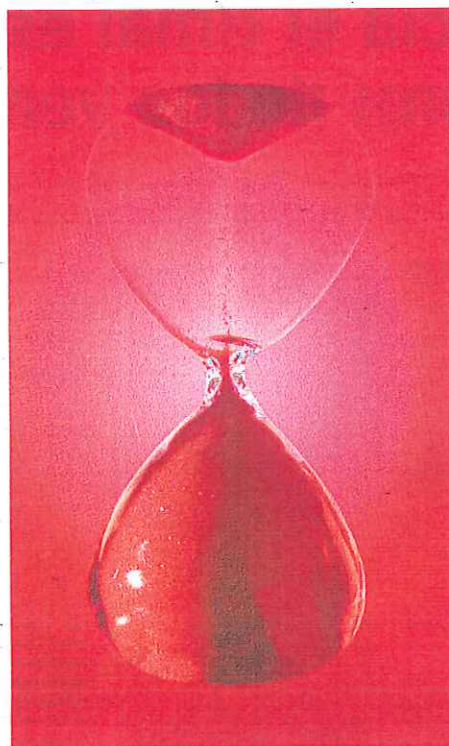
Con la interrupción de la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), «hace años se puso de moda el tratamiento de la menopausia y prácticamente se recetaba al cien por cien de las pacientes menopáusicas». Con el tiempo se ha ido normalizando y ahora esta terapia «sólo está indicada en pacientes muy sintomáticas». «En Soria no hay muchas pacientes con esta terapia y no se demanda mucho», concreta haciendo referencia a los efectos de estudios como el WHI, realizado en Estados Unidos, que relacionaba la menopausia con el cáncer de mama. «Aunque el estudio no estaba bien hecho porque no era extrapolable a pacientes en España porque el rango de edad y otros factores no eran similares, muchos pacientes y profesionales que no eran ginecólogos, a nivel nacional, se asustaron y se posicionaron en contra de la THS y las mujeres se han quedado con eso», explica la especialista.

Si demandan este tratamiento las pacientes con varios síntomas, «como sofocos importantes, mucha sequedad vaginal y disminución de la libido». «Son los más frecuentes y los que motivan las consultas en la menopausia establecida, es decir, con un año entero sin regla», añade. «El ginecólogo es el que valo-

ra, según cuenta la paciente, si está indicada esta terapia, que sería el tratamiento de elección. Aparte, hay tratamientos sintomáticos a nivel local, como los estrógenos, que pueden venir bien para un síntoma en concreto, como la sequedad vaginal», añade Rubio. Para los sofocos hay terapias más naturales y menos sintéticas, aunque menos eficaces. Por último, los fitoestrógenos también se pueden prescribir desde Ginecología.

¿TEMA TABÚ? La médico insiste en que tanto la demanda de tratamientos por parte de mujeres con menopausia como la oferta de fármacos ha disminuido en los últimos 24 años, «ha habido retrocesos». No cree que sea un tema tabú, pero sí que hay más reparo por parte de las pacientes en consultar sobre la incontinencia urinaria y, a veces, la sequedad vaginal. «Ahora se habla más abiertamente, pero aún poco sobre incontinencia», indica.

Sobre este aspecto, el servicio de rehabilitación de suelo pélvico recibe ya a pacientes de Ginecología con incontinencia urinaria sin indicación de tratamiento quirúrgico. Además, la doctora avanza



que se va a instaurar un tratamiento preventivo en el puerperio, «con sesiones de fisioterapia para enseñar a hacer ejercicios para prevenir la incontinencia tras el parto». Es algo que se ofrecerá desde Atención Primaria a todas las puerperas. «Si en seis meses después del parto persiste la incontinencia, se derivará a la unidad de rehabilitación. Pero habrá casos que se solucionen solos con los ejercicios que les enseñe el fisioterapeuta en el puerperio», añade la jefa de Ginecología.

En cuanto a la menopausia precoz, indica que la tasa de prevalencia es «baja», pero en esos casos es obligada la THS para prevenir, sobre todo, la osteoporosis. «Esas mujeres, por debajo de los 42 años, siempre tienen que consultar para poderles pautar una terapia adecuada y siempre hay que tratarla», concreta.

Sobre los cuidados en la menopausia y la vitamina D, ahora tan necesaria en todas las etapas de la vida, indica que «un déficit de la misma influye en muchos aspectos y en la menopausia implica riesgo de padecer osteoporosis, al no fijarse bien el calcio en los huesos». «Cuando estamos bajo los efectos de los es-

trógenos, se previenen la osteoporosis y los accidentes cardiovasculares. Pero en la menopausia aparece el riesgo y la vitamina D «es de gran importancia».

Como especialista, para esta etapa de la vida aconseja el ejercicio físico moderado, como salir a pasear puntualmente, siempre en horario de sol; una dieta rica en calcio; y evitar los tóxicos como el café, el alcohol y el tabaco.

MEDIDAS. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el apoyo a la salud social, psicológica y física durante la transición menopáusica y tras la menopausia debería ser una parte integral de la atención sanitaria. La OMS se ha comprometido a realizar actuaciones para mejorar el conocimiento de la menopausia, como concienciar sobre la misma y dar a conocer mejor su repercusión en las mujeres, a nivel individual y social, y en el desarrollo sanitario y socioeconómico de los países. Además, aboga por la integración del diagnóstico, tratamiento y asesoramiento relacionados con el manejo de los síntomas de la menopausia en la cobertura sanitaria universal; así como promover la inclusión de la capacitación sobre la menopausia y las opciones de tratamiento en los planes de formación previa al servicio destinada a los trabajadores sanitarios.

Por último, la OMS hará hincapié en la aplicación de un enfoque de salud y bienestar basado en el ciclo de vida (que abarque la salud y el bienestar sexuales), garantizando el acceso de las mujeres a información y servicios sanitarios adecuados a fin de promover un envejecimiento saludable y una buena calidad de vida antes, durante y después de la menopausia.

MENOPAUSIA

PAUTAS PARA UNA ETAPA

Desde Ginecología apuntan que la demanda y la oferta de Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) ha disminuido y solo se pauta para determinados síntomas

Aida no se planteaba marcar la 'X' de la Iglesia.

Hasta que visitó uno de sus centros para personas sin techo.

Descubre su experiencia en unviajeimportantes.es



Marca la 'X' a favor de la Iglesia en tu declaración de la renta.

TANTOS



Hepatitis B: infravalorada e infratratada

Nuevos datos revelan una infravaloración e infratratamiento de la hepatitis B crónica a nivel global, especialmente entre las mujeres y las minorías asiáticas de Occidente, según un nuevo estudio publicado por la compañía Elsevier en la revista *Journal of Hepatology*. Y todo a pesar de disponer de vacunas para la prevención y terapia oral.



100.000

PERSONAS sufren en España espondilitis anquilosante, una enfermedad autoinmune que se diagnostica de forma tardía, sobre todo en jóvenes, y que puede llegar a dejar al paciente en silla de ruedas. La detección precoz es clave para evitar su evolución a estadios graves.

CIENCIA | UNA TÉCNICA PIONERA

OLIVIA ALONSO (EFE)

Dime qué sientes. Diario de un neurocirujano es la invitación de Jesús Martín-Fernández al lector para recorrer con él las cirugías despiertas de tumores cerebrales que ha practicado con el paciente como una pieza esencial y un miembro más del equipo: «Sin su respuesta no podemos hacer nada, nosotros nos metemos en su mente a través de lo que él nos dice».

Así lo explica este neurocirujano y neurocientífico cognitivo, que a sus 30 años se ha convertido en un referente mundial al haber creado el primer test basado en inteligencia artificial (IA) para identificar y preservar en vivo las emociones del paciente. Fue el 1 de febrero de 2023 cuando este neurocirujano -formado en la Universidad de La Laguna, en Tenerife- practicó en el Hospital del Mar de Barcelona la primera cirugía cerebral despierta a una paciente, Yolanda, con el test basado en Inteligencia Artificial.

Pero ese día no solo operó a Yolanda, sino también a su tío, fallecido por un tumor cerebral y quien, tras sufrir una cirugía en el lóbulo derecho de su cerebro «nunca más volvió a ser él mismo». No pudo volver a crear música, a tocar la guitarra o a emocionarse con un abrazo», recuerda el experto, al preguntarse ¿por qué la neurocirugía no se ocupaba de esto?

La cirugía despierta (Paidós), como explica en el libro, consiste en operar a un paciente de un tumor mientras está consciente, lo que produce menos secuelas que con el enfermo dormido, según el doctor, que enfatiza que esto se puede hacer «porque el cerebro no tiene receptores de dolor».

«Si tú me abrieras la cabeza y tocaras con tu dedo mi cerebro, yo no lo notaría», resalta al narrar que esta técnica se empezó a usar en el siglo pasado en EEUU y, poco a poco, se ha ido perfeccionando y en los últimos años su mentor, Hugues Duffau, «lo ha cambiado todo».

«En la cirugía tenemos nuestra técnica desarrollada en tres fases. En la primera hacemos como si fuera un mapa del mundo con las funciones cerebrales del paciente y vamos buscando los puntos críticos donde al aplicar un estímulo eléctrico, se desencadena un fallo», explica Jesús Martín-Fernández.

Se hace a través de una serie de tareas en un ordenador. Así, cuando un paciente no puede reconocer una emoción en un punto de-

DIME QUÉ SIENTES

El neurocirujano Jesús Martín-Fernández cuenta en un libro cómo evita las secuelas en sus intervenciones con cirugía cerebral despierta



terminado, se pone una etiqueta diseñada para saber que esa zona ya no se toca. «Luego se va buscando el lenguaje y cuando el paciente no puede acceder a una palabra o entender el significado de algo, se coloca otra etiqueta».

En la segunda fase ya «se entra hacia el tumor». «Se ve cómo tiene el paciente el mapa, dónde está el tumor y se comprueba qué es lo que puedes quitar respetando todas esas zonas críticas de las funciones cerebrales».

Y cuando se va eliminando el tumor, empieza la tercera fase para «identificar los océanos profundos del cerebro, los tractos, las carreteras que conectan zonas muy distantes del cerebro y que le permiten estar perfectamente sincronizado». «Eso también lo tenemos que identificar, por lo que se vuelve a picar un estímulo eléctrico y cuando se ve que el paciente tiene un error, sabes que ahí tienes que parar».

MENOS CONSECUENCIAS. Hace mucho tiempo que la cirugía despierta ha demostrado que mejora las secuelas, asegura el también compositor y director de orquesta, mientras compara esta técnica con entrar a una habitación sin luz.

«Te vas tropezando, no sabes lo que ha pasado exactamente y cuando enciendes la luz no sabes cómo va a estar la sala», explica mientras resalta que cuando se «entra con la cirugía despierta, desde el principio se enciende la luz, se puede ir identificando y se intenta no destruir nada para mantener la calidad de vida».

Pérdida del habla o de movilidad son algunas de las secuelas más frecuentes que puede provocar una cirugía de tumor de cerebro con sedación, aunque Martín-Fernández también explica como pacientes políglotas «pueden salir pasando de un idioma a otro sin poder controlarlo o perder el acento de alguno de los idiomas».

El neurocirujano se define como un «defensor a muerte de la sanidad pública» y recuerda que ha operado en más de una decena de países en hospitales públicos «sin pedir nada a cambio», aunque tiene sus dudas de que se pueda hacer en España.

Forma parte del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Tenerife, donde hizo el MIR, en el que practica esta cirugía por «estar fuera del sistema» y sin «estar afiliado de forma fija en ningún hospital».

Retos de futuro

«Ir un paso más allá». El doctor Jesús Martín-Fernández asevera que el objetivo de la ciencia es entender mejor el cerebro -«un animal de adaptación flexible»- desde un punto de vista científico, uno de los retos que marca el experto para la neurocirugía, porque «no es tanto

el cómo quitar un bulto dentro de una masa, sino entender cómo mejorar la calidad de vida».

Además, desde el punto de vista biológico apuesta por mejorar los tratamientos de quimioterapia para que se pueda prolongar todavía más la vida de los pacientes.

EN CASO DE PANDEMIA DE GRIPE AVIAR PODRÍA HABER VACUNAS EN CUATRO MESES

La rápida expansión de la gripe aviar en los últimos años ha aumentando el temor a que este virus pueda ser la próxima pandemia global, aunque la jefa de prevención global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que el mundo está mejor preparado que antes de la COVID-19 e, incluso, podría haber vacunas en menos de medio año. «Llevaría entre tres o cuatro meses desde que la pandemia se iniciara hasta que las primeras dosis estuvie-



ran disponibles en el mercado», señaló Zhang Wenqing, quien desde hace 12 años dirige el programa de prevención global de la gripe de la entidad mundial. Aclaró que no es posible prepararla ya esas vacunas, dado que han de basarse en la versión más actualizada del virus, la que cause una hipotética pandemia. Es seguro que su composición genética sería diferente a la que actualmente circula en la naturaleza, especialmente en aves migratorias y de forma creciente en mamíferos tales como focas, visones, leones marinos, zorros y últimamente también especies domésticas como perros o gatos.

TECNOLOGÍA | EL PELIGRO DE QUERER TRASPASAR EL UMBRAL DE LA REALIDAD

E. PRESS

La inteligencia artificial que permite a los usuarios mantener conversaciones de texto y de voz con sus seres queridos perdidos corre el riesgo de causar daño psicológico e incluso perseguir digitalmente a quienes se quedan atrás sin estándares de seguridad de diseño.

Una investigación, publicada en la revista *Philosophy and Technology*, destaca el potencial de las empresas de utilizar robots muertos para anunciar subrepticamente productos a los usuarios a la manera de un ser querido fallecido, o angustiar a los niños al insistir en que un padre fallecido todavía está con usted.

Los *Deadbots* o *Griefbots* son chatbots de inteligencia artificial que simulan los patrones de lenguaje y los rasgos de personalidad de los muertos utilizando las huellas digitales que dejan. Algunas empresas ya ofrecen estos servicios, proporcionando un tipo completamente nuevo de «presencia post mortem».

Los especialistas en ética de la IA del Centro Leverhulme para el Futuro de la Inteligencia de Cambridge describen tres escenarios de diseño para plataformas que podrían surgir como parte de la «industria de la vida futura digital» en desarrollo, para mostrar las posibles consecuencias de un diseño descuidado en un área de la IA que describen como de «alto riesgo».

Cuando los vivos se inscriben para ser recreados virtualmente después de su muerte, las empresas podrían utilizar los *chatbots* resultantes para enviar *spam* a familiares y amigos supervivientes con notificaciones no solicitadas, recordatorios y actualizaciones sobre los servicios que brindan, similar a ser «acechado digitalmente por los muertos».

Incluso aquellos que inicialmente encuentran consuelo en un robot muerto pueden sentirse agota-



UNA VIDA DIGITAL 'POST MORTEM'

Los expertos advierten de los riesgos psicológicos de utilizar la Inteligencia Artificial para «hablar» con seres queridos fallecidos

dos por las interacciones diarias que se convierten en un «peso emocional abrumador», argumentan los investigadores, pero también pueden ser impotentes para suspender una simulación de IA si su ser querido ahora fallecido firmó un largo contrato con un servicio de vida futura digital.

«Los rápidos avances en la IA generativa significan que casi cualquier persona con acceso a Internet y algunos conocimientos básicos puede revivir a un ser querido fallecido», afirma la doctora Katarzyna Nowaczyk-Basinska, coautora del estudio e investigadora en el Centro Leverhulme para el Futuro

de la Inteligencia de Cambridge (LCFI). «Este área de la IA es un campo minado ético. Es importante dar prioridad a la dignidad de los difuntos y garantizar que esto no se vea invadido por motivos financieros, por ejemplo, de servicios digitales de ultratumba.

«Al mismo tiempo, una persona puede dejar una simulación de IA como regalo de despedida a sus seres queridos que no están preparados para procesar su dolor de esta manera. Los derechos tanto de los donantes de datos como de quienes interactúan con los servicios de inteligencia artificial después de la muerte deben salvaguardarse por

igual». Ya existen plataformas que ofrecen recrear a los muertos con IA por una pequeña tarifa, como *Project December*, que comenzó aprovechando modelos GPT antes de desarrollar sus propios sistemas, y aplicaciones como *HereAfter*. También han comenzado a surgir servicios similares en China.

Si bien Hollanek y Nowaczyk-Basinska dicen que los diseñadores de servicios de recreación deberían buscar activamente el consentimiento de los donantes de datos antes de su aprobación, argumentan que una prohibición de los *deadbots* basada en donantes que no dan su consentimiento sería inviable.

AVANCES

Una apuesta por la formación sobre alzhéimer en zonas rurales

SPC

La Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias (Ceafa) y Cinfa han puesto en marcha la segunda fase del proyecto de formación sobre la enfermedad de Alzheimer en zonas rurales. Unas 2.000 personas cuidadoras se han beneficiado ya de esta iniciativa, que arrancó en 2022 y que tiene como objetivo mejorar la formación de la sociedad sobre la enfermedad, así como facilitar información a los cuidadores sobre los recursos y servicios disponibles en cada provincia.

En España, la labor de hacerse cargo de un paciente con este tipo de demencia recae principalmente en sus familiares, y más aún cuando estas son personas mayores, con tasas de atención superiores al 90 por ciento. Según estimaciones de Ceafa, en la actualidad existen 1.200.000 afectados en el país y casi 5.000.000 millones entre quienes la padecen y sus familiares cuidadores.

En esta segunda fase, el proyecto de formación estará presente en 12 comunidades autónomas e implicará a 42 profesionales de la red asociativa de Ceafa, principalmente psicólogos y trabajadores sociales, quienes van a impartir 200 formaciones entre los meses de marzo y junio, que se suman a las ya realizadas en 2023, con un total de 400 por todo el país. Además, contará con la colaboración de ayuntamientos y oficinas de farmacia ubicadas en las autonomías en las que la formación se lleve a cabo, que ayudarán a la difusión de la iniciativa entre la población.

«La información, la formación y el entrenamiento en habilidades son factores clave de las necesidades que tienen las personas cuidadoras, sobre todo, en las zonas rurales, debido a la falta de recursos. Es por ello por lo que las personas cuidadoras de pacientes con alzhéimer necesitan ampliar sus conocimientos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la enfermedad y la suya propia», afirmó la presidenta de Ceafa, Mariló Almagro.

EL APUNTE

El cáncer de mama es el tumor más diagnosticado en mujeres embarazadas, lactantes o durante el postparto

■ Alrededor de 5.000 mujeres en España son diagnosticadas cada año de cáncer de mama postparto, que así denomina la comunidad científica a esta enfermedad cuando se presenta durante los 10 años después del último parto. Este tipo de tumor, con características moleculares particulares, es objeto de una nueva línea de investigación de Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama en el marco del estudio sobre la relación entre este tipo de cáncer de mama, el embarazo y la lactancia.

PREPARADOS PARA EL SOL



OJO CON LAS GAFAS

Consumia recordó hace unos días y de cara a la temporada de verano que las gafas de sol deben ser adquiridas únicamente en establecimientos «autorizados y de confianza» y «no en lugares como puestos callejeros o de venta ambulante». Es importante leer su etiqueta y que contenga la referencia a la norma ISO 12312 de protección ocular y facial.

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Domingo 19 de Mayo de 2024. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXI. Número: 18.886

Los cazadores abaten en Soria 15.000 corzos, ciervos y jabalíes

Los cotos han solicitado para la actual campaña cerca de 14.000 precintos, pendientes todavía los correspondientes al jabalí ● La Junta destaca el elevado incremento registrado en los últimos 25 años

ANTONIO CARRILLO SORIA
Las cifras de la caza mayor en los cotos de la provincia han aumentado notablemente en las últimas décadas. En la temporada 2023-2024 fue-

ron 3.578 jabalíes, 7.373 corzos y 4.110 ciervos, en total 15.061 piezas abatidas en los cotos de Soria de forma regulada. La Junta señala que estos datos suponen un enorme cambio

de paradigma, ya que hace 25 años apenas se abatían media docena de ciervos y otros tantos corzos en los cotos de caza. Esto ha tenido su efecto sobre los accidentes causados por

animales, pero todavía no se ejerce la suficiente presión sobre las hembras. Para la actual campaña, se han autorizado cerca de 14.000 precintos para corzos y ciervos. **Pág. 3**

La reforma de la última ala de hospitalización en el Santa Bárbara se iniciará en enero

SORIA
La última fase de obras del Hospital Santa Bárbara de Soria comenzará en enero, una vez que esté terminada y equipada la ampliación actualmente en marcha. Será el ala destinado básicamente a hospitalización y su ejecución está prevista durante un año por lo que su conclusión se espera para finales de 2025, según indicó el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente. La obra incluye la ampliación del laboratorio y paltivos, además de albergar la nueva entrada, que estará ubicada en el mismo emplazamiento que la antigua pero a ras de suelo y con escaleras mecánicas. **Pág. 4**

JUDITH VILLAR PROCURADORA DEL PSOE EN LAS CORTES

«La radioterapia va a llegar a Soria por el trabajo del Gobierno de España»

Pág. 7

DEPORTES



El BM Soria pierde contra el Lanzarote, que asciende a Plata en esta fase

Pág. 20

El Numancia recibe al Utebo con el objetivo de pasar a la ronda final del play off

Pág. 18



MONTESEGUROFOTO

CERCA DE 2.400 SORIANOS ACOMPAÑAN A ASAMIS

La marcha popular de Asamis hasta Valonsadero contó con el apoyo de cerca de 2.400 personas que adquirieron las

participaciones para el recorrido desde la plaza Mayor hasta Valonsadero, evidenciando un año más que la sociedad soriana está

sensibilizada con la integración. La actividad finalizó en la Casa de Autoridades con música, hinchables y almuerzo campero. **Pág. 6**

El fentanilo, la otra cara de la droga 'zombi'

La sustancia altamente adictiva que asola EE.UU. tiene una faceta como medicamento controlado / La 'maría' ocupa el trono como la droga más consumida

VALLADOLID
Es la sustancia que causa estragos entre los consumidores de Estados Unidos, pero el fentanilo, un opiáceo sintético, se utiliza desde hace décadas en la medicina convencional como anestésico y para tratar el dolor crónico. Este es el único uso de estas sustancias en Castilla y León, comuni-

dad en la que el Cuerpo Nacional de Policía no ha realizado incautación alguna de fentanilo hasta el momento, pues solo hay constancia de dos malos usos en Valladolid y Soria. La droga que ostenta el trono como la más consumida en la Comunidad es la marihuana, seguida de las anfetaminas y la ketamina. **Págs. 14 y 15**



SORIA

La obra de reforma de la última ala de hospitalización comenzará en enero

Incluye la entrada principal al Santa Bárbara, en el mismo emplazamiento anterior, pero a ras de suelo, con un hall de doble altura y escaleras mecánicas para subir

MILAGROS HERVADA SORIA
La última fase de obras del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria comenzará en enero, una vez que esté terminada y equipada la ampliación actualmente en marcha. Será la ala vertical más próxima a la calle Doctor Fleming, destinado básicamente a hospitalización, es decir, dotación de camas. Su ejecución está prevista durante un año por lo que su finalización se espera para finales de 2025, según indicó el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente.

Esta actuación será continuidad de la segunda fase de ejecución, por lo que ya está adjudicada.

La obra incluye también la ampliación del laboratorio y de paliativos, además de albergar la nueva entrada al Hospital Universitario Santa Bárbara, que estará ubicada en el mismo emplazamiento que la antigua pero a ras de suelo, ya que a la anterior había que acceder por rampas. Será un hall de amplias dimensiones y de doble altura que contará con escaleras mecánicas en su interior. Sustituirá ya definitivamente a la entrada que de forma provisional se ha venido utilizando por los usuarios desde que comenzaron las obras en el centro hospitalario.

La obra de esta ala de hospitalización comenzará cuando ya hayan finalizado los trabajos actuales que ahora se centran en el nuevo edificio para radioterapia, diálisis y servicio de farmacia, entre otros.

Según indicó el gerente de Asistencia Sanitaria, la obra civil culminará ya este verano de 2024, de modo que se emplee el otoño para el montaje, en el que prevén invertir «unos dos o tres meses entre la lim-



Entrada provisional del Hospital Universitario Santa Bárbara. HDS

pieza y la instalación», estimó Vicente. «La segunda fase estará culminada, con montaje y todo, en 2024», concretó, destacando que la obra va a buen ritmo y está ya próxima a su conclusión.

RADIOTERAPIA

También la esperada unidad de radioterapia, que está pendiente de la adjudicación del acelerador lineal necesario para realizar el tratamiento. Hay dos ofertas, una presentada

por Elekta Medical y otra de Varian Medical System Ibérica. Cuando se formalice el contrato, una vez realizada la evaluación de ofertas y adjudicada, se iniciará el plazo de ejecución que está ahora fijado en 11 meses.

Los tratamientos por lo tanto comenzarán en 2025, aunque las consultas externas de radioterapia arrancarán a finales de este año, según avanzó el presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández

Mañueco, en su visita a las instalaciones realizada en diciembre de 2023.

El plan funcional diseñado por la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Comunidades de Castilla y León, prevé, una vez concluida toda la intervención, unas dependencias sanitarias con 297 camas hospitalarias, de las que 62 estarán en habitaciones individuales, y 102 consultas externas de diferentes especialidades asistenciales.

SALDO NEGATIVO EN EL CONCURSO DE TRASLADOS

El Hospital Universitario Santa Bárbara ha perdido efectivos en el saldo del concurso de traslados. «Hay más salidas que llegadas», aseguró el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente, quien, no obstante, añadió que «deberá compensar con creces en el hospital» la estabilización de quienes han superado el proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo, mediante el sistema de concurso de méritos, resuelto el pasado mes de abril. La Consejería de Sanidad hizo fijas 62 plazas de médicos especialistas en el Complejo Hospitalario de Soria.

Los profesionales tenían de plazo hasta el 14 de mayo para presentar la documentación y elegir las plazas según el orden obtenido en el proceso. Desde la Gerencia apuntaron que previsiblemente quienes trabajan ya en el centro hospitalario sí tienen intención de quedarse, y confían en que quieran incorporarse los que llegan de fuera.

El concurso de traslados no ha tenido incidencia en la Atención Primaria donde ningún profesional ha recurrido a esta opción para cambiar el lugar de su puesto de trabajo.

En cuanto a los profesionales que desempeñan su labor en Soria, Vicente recordó que actualmente son «más de 20» los extracomunitarios que trabajan en el hospital, especialistas que ya realizaron el MIR en España, en distintas disciplinas. «Se trata de aprovechar el talento extranjero», apuntó el gerente.

Accidentes de tráfico y suicidios son las causas de muerte más frecuentes con intervención judicial

La provincia registra 52 defunciones debido a causas externas y 38 de forma natural

M.H. SORIA
Ahogamientos, accidentes de tráfico, caídas accidentales, suicidios... Son múltiples las causas de fallecimiento que obligan a la intervención judicial para aclarar la etiología de la muerte y determinar, además, si existe indicio de delito. Cuando algo así sucede, es la autoridad judicial la que tiene que hacer acto de presencia y el levantamiento del cadáver, también en el caso de que haya sido una muerte natural.

Según la información facilitada por el Consejo General del Poder Judicial, en la provincia de Soria se re-

gistraron en 2022 —el último año del que dispone de estadística— un total de 52 defunciones por causas externas, principalmente suicidios, 12 exactamente, así como ahogamientos, nueve, y accidentes de tráfico y caídas accidentales, siete contabilizadas en cada caso. También intervino la autoridad judicial en tres decesos por envenenamiento accidental por psicofármacos y abuso de drogas, y en un caso más por envenenamiento accidental no relacionado con esas sustancias. Otras 11 muertes se atribuyeron a accidentes de otro tipo.

En el año 2022 se produjeron dos homicidios, agresiones que evidentemente acabaron en el juzgado. Una de las víctimas fue objeto de violencia de género, asesinada en junio de 2022 por su pareja sentimental, que fue condenado a 23 años de cárcel por la Audiencia Provincial de Soria, y la otra, también una mujer, falleció en su casa en la localidad de Matamala de Almazán. En este último caso, tuvo que intervenir el juzgado para el levantamiento del cadáver pero la causa todavía se encuentra en fase de instrucción y ni siquiera se ha determinado una acu-

sación por parte de la Fiscalía.

Durante ese 2022 se produjeron 38 fallecimientos considerados muerte natural, en los que igualmente hubo intervención judicial.

Los datos que obtiene el Consejo General del Poder Judicial se contabilizan a partir de la estadística elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, INE, de defunciones por causa de muerte y extraen aquellas que han requerido intervención de los órganos judiciales.

Se da la circunstancia de que 2022 fue uno de los años de los últimos con un mayor número de falleci-

mientos por causas externas. Sólo se alcanzó dicha cifra en 2020, que hay que recordar que fue el del inicio de la pandemia de covid.

En 2021 fueron 45 los fallecidos por causas no naturales, 13 por accidentes de tráfico y 10 por suicidios. En 2019 la cifra fue más baja, 36, con 11 accidentes de circulación y seis suicidios, mientras que en 2018 de los 42 siete fueron por tráfico. En 2017 aún menor, 38, con nueve por accidentes en carretera.

Son los hombres los que sufren más causas externas de mortalidad, 34 frente a 18 las mujeres. Se da la circunstancia de que los accidentes de tráfico fueron exclusiva masculina, siete, mientras que ellas se ven más afectadas por ahogamientos —seis en 2022—. También copan ellos los suicidios, nueve, frente a tres registrados en el colectivo femenino.

CASTILLA Y LEÓN

La otra cara de la 'droga zombi'

EL FENTANILO, LA SUSTANCIA ALTAMENTE ADICTIVA QUE ASOLA EEUU, TIENE OTRA FACETA COMO MEDICAMENTO DE USO CONTROLADO

RICARDO GARCÍA VALLADOLID Decenas y hasta cientos de personas en posturas poco naturales, algunas tiradas en el suelo, eran hace no tantos meses imágenes recurrentes para ilustrar los estragos que especialmente en Estados Unidos provoca la conocida como 'droga zombi', uno de los muchos nombres que recibe el fentanilo y cuya popularización como estupefaciente hizo saltar todas las alarmas. Sin embargo, este compuesto sintético tiene otro rostro, quizá más desconocido, puesto que desde hace décadas se emplea en la medicina convencional como anestésico y para tratar el dolor crónico. Más que destrozar vidas, ayuda a que muchos pacientes puedan continuar con la suya con la mayor normalidad posible.

Precisamente, este es el único fin del fentanilo que se consume en Castilla y León, puesto que desde la Policía Nacional confirman que hasta la fecha no se han realizado incautaciones de esta sustancia.

El uso médico del fentanilo lo conoce bien la doctora María Páez, anestesista de la Unidad del Dolor en el hospital de Palencia, quien explica que este medicamento es un opiáceo sintético, es decir, que se fabrica en un laboratorio frente a otros fármacos de la misma familia, como la morfina, y que procede de la amapola. De esta forma se consigue un compuesto que es «cien veces más potente que la morfina y cincuenta más que la heroína», lo que permite lograr los mismos efectos con dosis mucho más pequeñas.

Como señala Páez,

todos los opiáceos actúan sobre el mismo receptor y, por lo tanto, tienen los mismos efectos. Esto hace que al igual que la morfina, el fentanilo se utilice en medicina para tratar el dolor moderado-severo. «Clásicamente siempre se ha utilizado a nivel anestésico para tratar el dolor intraoperatorio y postoperatorio. También se ha utilizado en las unidades de críticos, en medicina intensiva, para sedar a los pacientes. Desde hace unos años empezó a utilizarse fuera de este contexto en dolor crónico de intensidad severa, al principio oncológico y después en no oncológico», relata Páez.

Esta doctora también precisa que, cuando se trata de fentanilo, «existen muchas fórmulas de administración». «En el área intraoperatoria y en la sedación de los pacientes críticos es intravenoso y en pacientes que toman fentanilo por dolor crónico lo más habitual es que se administre a través de la piel con unos parches transdérmicos. También se puede administrar intranasal o con comprimidos sublinguales», relata.

Por lo tanto, si su uso sanitario está tan democratizado, ¿cómo ha llegado a convertirse en una de las drogas más temibles de la actualidad?

Páez también tiene la respuesta a esta cuestión, aunque en este caso hace un repaso por la historia para entender como un fármaco puede llegar a ser una amenaza para la salud pública. El origen del fentanilo no es reciente, sino que se remonta a mediados del siglo pasado. «El fentanilo se diseñó en 1960 por un químico belga que se llamaba

Paul Janssen», relata la doctora, quien añade que

«desde 1968 tiene autorización en Estados Unidos para su uso intrahospitalario, y después en todo el mundo». Apostilla, también en relación con lo anterior,



La anestesista María Páez muestra distintos formatos en los que se presenta el fentanilo. E.M.

SOLO DOS CASOS CONOCIDOS DE MAL USO DE FENTANILO EN VALLADOLID Y SORIA

El uso ilegal del fentanilo se mantiene todavía lejos de Castilla y León, pero eso no ha evitado que se hayan producido algunos episodios en los que esta sustancia estaba implicada. Son solo dos, uno en Valladolid y otro en Soria, que aunque

hicieron saltar las alarmas quedaron en algo puntual.

En el primer caso, una mujer fue hallada muerta en un parque del barrio de Pajarillos. La víctima tenía prescrito un tratamiento con parches de fentanilo, de los que hacía un uso

inadecuado a decir de su acompañante. Además, combinaba el opiáceo con otras sustancias, lo que se investigó como causa más probable del fallecimiento.

Que el nombre de Soria apareciera en un caso de fentanilo fue algo circunstancial, puesto que una mujer de origen paraguayo detenida en Logroño por falsificar recetas y conseguir pastillas de este medicamento

visitó a hasta tres médicos en la provincia soriana para hacerse con el mayor número de píldoras posible.

Gracias a este modus operandi, la detenida logró hacerse con más de 10.000 pastillas de fentanilo farmacias situadas en ciudades cercanas a la capital riojana. No obstante, la operación se centró en esta ciudad en la que residía.

que «es el fármaco de elección en todas las cirugías de prácticamente todo el mundo. En los años 70 y 80 supuso una revolución en la cirugía cardíaca, torácica, etcétera...», agrega.

Fue varios años después, según cuenta la doctora Páez, cuando en el sistema sanitario de Estados Unidos se puso en marcha «una política de favorecer el uso de opiáceos por patologías crónicas, incluso en pacientes postoperados de cirugías banales que se iban a su casa con pastillas de oxycodona». Se trata de un opi-

de también reconocido en la cultura popular por ser, entre otras cosas, el medicamento al que es adicto el doctor House, protagonista de la serie del mismo nombre.

Por lo tanto, el público objetivo del fentanilo como droga de consumo ya se había creado, decenas de miles de personas adictas a los opiáceos que buscaban una alternativa más barata que la oxycodona. Fue entonces cuando se produjo el 'boom' del medicamento diseñado por Janssen décadas atrás. «Cuando ya no tenían ac-

ceso a la oxycodona buscaban algo más barato, que iba a ser la heroína y después el fentanilo, porque el fentanilo es un fármaco muy fácil de sintetizar y barato», relata María Páez. «Inundó el mercado negro. La gente que se había hecho adicta en las consultas pasó a consumir fentanilo de forma ilegal».

Sin embargo, y como ocurre con cualquier droga, la demanda por sí sola no sirve de nada, sino que tiene que existir una oferta, y ahí viene la segunda parte de la historia. «La far-



CASTILLA Y LEÓN

maceútica Janssen pasó la producción de Europa a China. En 2019 China decide que por los riesgos de adicción de este fármaco prohíba su síntesis. Entonces México entiende que puede pasar de ser el transportista de lo que sintetiza Colombia, la cocaína, a ser el productor del opioide más potentes del mercado, y se hace con la producción de fentanilo, cuenta Páez.

Y a partir de ese momento, la fórmula se completó. Decenas de miles, puede que más, de adictos estadounidenses que empezaban a recibir fentanilo del mercado negro desde el otro lado de la frontera. «Como tiene un poder adictivo grandísimo, los pacientes enseguida se enganchan al fármaco y ya toda su vida gira en querer conseguir más dosis», cuenta la anestesista del hospital de Palencia.

¿Y cuáles son esos efectos del fentanilo tan atractivos para los adictos? «Se enganchan porque produce un placer exagerado. Cuanto que sienten una desconexión y una sensación tan placentera que luego toda su vida va a ir hacia conseguir el fármaco», asegura Páez.

Queda patente, por tanto, que aunque es difícil identificar un único factor como desencadenante del consumo ilegal de fentanilo, hay elementos que, de no haber existido, no se habría dado el contexto actual. «Por una parte fueron los propios médicos los que generaron adictos y luego la producción en México cuando se lo pasó China», resume la doctora.

Aclara que también entran en juego las causas económicas. «Esto estuvo muy influido también por la crisis económica de 2008, porque en Estados Unidos la gente tiene que pagar por la medicina y si quieren un opioide y no tienen dinero, buscaban los opioides en el mercado ilegal».

Después de este amplio repaso, la pregunta que surge es más que evidente. ¿Cómo se protege a los pacientes a los que se les prescribe fentanilo de que desarrollen una adicción? Lo cierto es que no hay una fórmula mágica, sino que todo trata de prestar mucha atención.

El riesgo de adicción se reduce exponencialmente cuando el fentanilo se emplea en el área quirúrgica, ya que «el uso es muy corto en el tiempo». Asimismo, las características del individuo también influyen. «No todo el mundo tiene el mismo riesgo de generar adicción al fármaco. Hay un perfil de pacientes de riesgo donde nosotros somos mucho más estrictos a la hora de prescribir el fármaco o a la hora de hacer controles en el mismo. En las Unidades de Dolor, a pacientes con trastornos psiquiátricos, pacientes con abuso de otras sustancias, jóvenes, pacientes sin trabajo, que son pacientes que ya se ha demostrado que se hacen adictos con más facilidad», concluye Páez.



POLICÍA NACIONAL

DROGA OCULTA EN LOS LUGARES MÁS INSOSPECHADOS. A la hora de transportar la droga, los traficantes se sirven de todos los métodos inimaginables para evitar que la policía detecte los estupefacientes. La cocaína puede diluirse e impregnarse en tejidos, aunque algunas bandas optan por esconder los fardos de droga en lo más recóndito de sus vehículos, como en dobles fondos o incluso en el interior del paragolpes.

La marihuana mantiene el trono

EL CANNABIS ES LA DROGA MÁS CONSUMIDA EN CASTILLA Y LEÓN, SEGUIDA DE 'ANFETAS' Y KETAMINA

R. G. VALLADOLID

Desde porros hasta rayas y 'pícos'. De manera recreativa, en fiestas o por pura dependencia. El consumo de drogas tiene muchas formas a día de hoy, y la cantidad de sustancias en el mercado es tan variada como los contextos en los que se consumen. Cada poco tiempo surge un nuevo producto que, por muy atractivo que resulte, no es capaz de competir con los estupefacientes más 'clásicos'.

Al menos no en Castilla y León, donde las sustancias más consumidas se han mantenido inalteradas a lo largo de los últimos años. Así lo confirma el jefe del Grupo III de Estupefacientes de la Brigada Provincial de la Policía Judicial de Valladolid, Luis Fernández Rafael, quien señala a este periódico que la reina en lo que a drogas ilegales se refiere es el cannabis y otros derivados de la planta de la marihuana, principalmente el hashís. «Es la sustancia estupefaciente que más se consume, y que por extensión más se incauta en operaciones policiales», realta Fernández, quien apunta que hace unos años el consumo de hashís superaba al de cannabis, aunque ahora las tornas han cambiado.

A este aumento del consumo de cannabis en detrimento del hashís ha contribuido la aparición de plantaciones caseras a las que Castilla y León no es ajena. «Muchas organizaciones delincuenciales se están dedicando a la instalación de plantaciones propias», apunta al respecto el inspector Fernández, quien agrega además que «esto provoca una saturación en el mercado». «Ya no hace falta importar el cannabis des-

de Marruecos, sino que se consigue fácilmente en Valladolid. Incluso muchos particulares que no pertenecen a ninguna organización criminal y que disponen de recursos para cultivar esta planta en su propiedad, dan el salto y empiezan a vender los cogollos de cannabis en una actividad que resulta bastante lucrativa», apostilla.

Así, con el cannabis como la droga número uno en consumo, las siguientes sustancias con más incautaciones son, según traslada la Policía Nacional, el sulfato de anfetamina, más conocida como speed, la ketamina y la cocaína, todas ellas estimulantes. Al hilo de esto, Fernán-

dez añade que «la heroína ha bajado mucho su incidencia y solo se producen incautaciones en lugares muy concretos y a consumidores muy señalados».

Si variadas son las sustancias disponibles en el mercado, tanto o más lo son sus consumidores, aunque los perfiles se suelen repetir. En este sentido, Fernández destaca que «el consumidor de cocaína es el más clásico, pues esta sustancia que se vende a un precio muchas veces prohibitivo suele ser adquirida y consumida por personas de mediana edad, con un trabajo estable que les permite la independencia económica para conseguir las dosis».

EL 'TUSI', LA COCAÍNA ROSA QUE TRIUNFA EN FIESTAS EXCLUSIVAS

No es posible hablar de drogas nuevas en el mercado sin hablar del 'tusi', la conocida como cocaína rosa que desde hace meses se consume en los ambientes más exclusivos. Desde la Policía Nacional el inspector Luis Fernández precisa que el nombre no es adecuado, puesto que se trata de un tipo de anfetamina similar al speed,

aunque en este caso su precio está muy por encima incluso del de la 'coca' tradicional, llegando incluso a 90 euros el gramo, lo que refuerza esa imagen de droga exclusiva. En Castilla y León sí se han producido incautaciones de esta sustancia, no obstante «aún no se ha registrado una incidencia notable». «Su precio es tan

alto y tan exclusivo, el doble que la cocaína, que solo en ambientes muy selectos se puede encontrar ese tipo de consumidor», aclara Fernández y al tiempo que puntualiza que «es una sustancia claramente de recreo, no hay consumo diario». «Por este motivo», añade, «los posibles consumidores que haya en Castilla y León aprovechan fiestas o eventos en Madrid, donde es más habitual, para consumirla puntualmente».

Sin embargo, ese precio exorbitante ya no lo es tanto por la irrupción del speed. Antes, el gramo de cocaína podía ascender a 70 u 80 euros, pero ante la nueva competencia se puede encontrar actualmente por 50. En cualquier caso, sigue siendo más que los 25 que cuesta el speed, lo que convierte a este último en su «rival invencible, sobre todo entre jóvenes que desean 'colocarse' a un precio asequible», ya que esta sustancia tiene los mismos efectos que la 'coca'.

El consumidor de heroína está, según la policía, «completamente localizado» y son, en su mayoría, «antiguos consumidores que han sobrevivido a la época negra de esta droga».

Finalmente, el inspector Luis Fernández traslada que «el cannabis y el hashís tienen el abanico más amplio de consumidores. Al ser sustancias depresoras que contienen analgésico, muchas personas la utilizan como relajante», matiza.

Las drogas más consumidas en Castilla y León son las que conoce todo el mundo, pero eso no evita que también lleguen al mercado nuevas sustancias que se ponen de moda sobre todo entre los jóvenes. Algunas como el 'popper' (nitrito de amilo y similares) son fáciles de ver en fiestas y locales de ocio nocturno. La que por el momento se mantiene alejada de Castilla y León, según confirma la Policía Nacional, es el temido fentanilo, un opioide que genera gran adicción.

Pero la radiografía actual del consumo de drogas en la Comunidad ha cambiado con el paso de los años, con unas sustancias que se han impuesto a otras. Fernández repasa que «en los años 80 y 90 la droga con más incidencia era la heroína, y en segundo lugar el LSD», esta última «prácticamente desaparecida» actualmente. El jefe del Grupo III de Estupefacientes de Valladolid recalca que en los años 2.000 y en adelante «tuvo el auge la cocaína, si bien está cediendo terreno a las drogas de diseño, que provocan efectos similares y a precios inferiores». Incluye aquí el ya mencionado speed, el MDMS y el extásis, entre otros, al mismo tiempo que reitera el aumento del consumo de cannabis en personas de edades muy distintas.

¿Y cómo llega toda esta droga a la Comunidad? Pues la respuesta vuelve a ser la variedad, siempre con el objetivo de ocultarla a la policía u otras autoridades. «La cocaína se puede encontrar disuelta en ropaje, en abrigo o alfombras o en líquidos», con lo que «luego se debe disponer de conocimientos químicos para convertir esa solución» en el polvo que se esnifa. Otras sustancias como la heroína, que se transporta en cantidades más pequeñas, «suele ser ocultada en cavidades corporales». En este sentido, Fernández advierte que «las condiciones higiénicas del transporte suelen ser mejorables», aunque reflexiona que «a los consumidores, que conocen perfectamente como es transportada esa droga, parece no importarles mucho ese detalle».

JUDITH VILLAR

PROCURADORA EN LAS CORTES POR EL PSOE. Considera que el clima político está «más alterado» con la entrada de Vox en el Ejecutivo regional y que las cuentas de la Comunidad repiten proyectos legislatura a legislatura

«La radioterapia va a llegar por el trabajo del Gobierno de España»

SORIA

Pregunta. Regresa a las Cortes, ¿ha notado más crispación con Vox que cuando en el Gobierno regional participaba Ciudadanos?

Respuesta. De la anterior legislatura ahora noto que está el ambiente más alterado. Pero también creo que es una excusa que utilizan determinados grupos o partidos para no hablar de lo que es importante para Castilla y León. Es verdad que se nota cierta ambiente como más alterado. A lo mejor los discursos son un poco más extremos. En alguna ocasión sí que hemos notado incluso faltas de respeto, gestos extraños que yo creo que no son propios de parlamentarios y de representantes de los ciudadanos. Nosotros sobre todo tenemos que dar ejemplo. El Partido Popular ha hecho una deriva muy hacia la derecha y está asumiendo determinados discursos que son propios de la ultraderecha.

P. Y del lado de la gestión, ¿está notando diferencias en relación a cuando estaba Ciudadanos?

R. Sí, porque cuando estaba Ciudadanos creo que era más fácil llegar a determinados acuerdos y era más sencillo el diálogo. En esta ocasión da igual lo que presentemos, cualquier iniciativa presentada a pleno, a comisión informativa sistemáticamente es rechazada sin dar lugar al análisis. Creo que se están perdiendo Partido Popular y Vox pues a lo mejor ideas muy interesantes que con debate y consenso se podría llegar a acuerdos. Pero no, se niegan en redondo.

P. ¿Qué nota da al Gobierno regional?

R. Un suspenso radical, ya se ha pasado su tiempo. Creo que llevan demasiados años al frente de la Junta de Castilla y León y ahora mismo no hay un Gobierno, hay un desgobierno. El Partido Popular obedece a determinadas cosas que pide Vox y yo creo que ahora mismo Castilla y León necesita ya un cambio urgente, 35 años de Gobierno del Partido Popular son demasiados, pero además es por higiene democrática.

P. ¿Qué le parece al PSOE el presupuesto regional de este año? ¿Cumple expectativas con Soria?

R. El problema de este presupuesto es que es muy similar al de otros años. Presentan los mismos proyectos que legislatura tras legislatura han quedado sin hacerse, con lo cual es como si estuviéramos paralizados en el tiempo. Y eso, pues la verdad no está bien, porque la obligación de la Junta de Castilla y León, gobierno quien gobierna, es ejecutar las partidas presupuestarias y llevar adelante los proyectos. No podemos estar con proyectos des-



MONTESEGUROFOTO

«Da la sensación de que somos la oposición quienes llevamos la iniciativa política»

«En ayudas al funcionamiento, la Junta tiene que ponerse al nivel del Gobierno»

de el año 2007 sin que se haya puesto un solo euro. Me llama la atención la radioterapia. Llevamos años y años esperando a que la pongan y es como que la estuvieran retrasando. A veces he llegado a pensar que hasta intencionadamente determinados proyectos, porque no tienen otras ideas. La radioterapia va a llegar por el trabajo del Gobierno de España, que ha traído a través de los fondos europeos dinero para sacarla adelante, pero es que aun así hasta 2027 creo que no la vamos a ver funcionando.

P. ¿Cuáles son las prioridades de la sanidad soriana?

R. Hay muchas. Para mí una de las cosas más importantes es que el complejo hospitalario Santa Bárbara termine ya de realizarse, que se amplíe la cartilla sanitaria que ofrece ahora mismo para que los sorianos y sorianas no tengamos que salir de nuestra provincia para recibir determinados tratamientos y no tener que acudir a esos convenios sanitarios que se hacen con otras comunidades autónomas. Y la radioterapia es muy importante.

P. ¿Qué plantea el PSOE para el hospital Virgen del Mirón?

R. Hace poquito tuvo una reunión Carlos Martínez, el alcalde de Soria, con Fernández Mafuero. Llegaron a cierto acuerdo de hacer una mesa de diálogo para decidir poner en funcionamiento real el hospital, que a nuestro juicio es tan importante mantener, porque hace un servicio de apoyo a los enfermos paliativos o a personas mayores cuando tienen que estar en larga estancia. Pero también Carlos puso encima de la mesa otros proyectos muy interesantes, más enfocados a hacer zona residencial para mayores. Pero eso tiene que ser en una mesa de trabajo y donde se lleguen a acuerdos para sacarlo adelante. Lo importante es que ese hospital no se cierre.

P. ¿Cree que hay suficientes incentivos para que el personal sanitario lleve a Soria y se quede?

R. Nosotros hemos presentado una Proposición No de Ley con el objetivo de consensuar un Decreto que regule el establecimiento de medidas incentivas. Es una propuesta que creo que es bastante ambiciosa y que pone encima de la mesa una serie de aspectos que hay que abordar para fidelizar y para atraer a médicos a provincias como, por ejemplo, la de Soria, donde parece que cuesta mucho que los médicos se queden y que se mantengan durante un largo tiempo. Son incentivos de carácter retributivo y en relación al sistema de productividad, de prestación de esos servicios en esas plazas de difícil cobertura. También incentivos relacionados con la carrera y el desarrollo profesional, incentivos en procesos de selección y provisión de plazas, la incentivación formativa e incentivación en la prolongación de la permanencia en el servicio activo. Esta PNL tiene otra segunda parte, que consiste en regular y realizar un registro de carácter anual en el que figuren plazas de difícil cobertura tanto en la atención primaria como en la estancia especializada hospitalaria. Hace poco vimos que Partido Popular y Vox proponen medidas para precisamente la incentivación de esas plazas de difícil cobertura y a mi juicio llegan tarde. Llegan al rebufo al final de lo que la oposición estamos planteando, da a veces

la sensación de que somos la oposición quienes llevamos la iniciativa política en muchos temas que intencionadamente ellos dejan atrás.

P. Las listas de espera se mantienen.
R. En Soria estamos prácticamente igual que en el mismo trimestre del año pasado, pese a esa derivación a la sanidad privada, por lo menos en lo que llevamos de año se han derivado a la sanidad privada 380 operaciones. Y esos 12,7 millones que la Junta ha dado a la sanidad privada para agilizar esas listas de espera para la realización de pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas al final no han solucionado el problema, por lo menos en la provincia de Soria. Tenemos 1.047 pacientes pendientes de una operación y el tiempo medio de espera es de dos meses y la realización de pruebas diagnósticas acumula a 1.729 pacientes que son 200 más que en el trimestre anterior. Las ecografías sí que tienen una lista de espera importante y, teniendo en cuenta que es una prueba diagnóstica básica para el diagnóstico de otras enfermedades y de llegar a un tratamiento, al final termina ralentizando otras especialidades.

P. El PSOE lleva a las Cortes el tema de las deficiencias de la residencia de El Royo ¿no se fían de la Diputación?

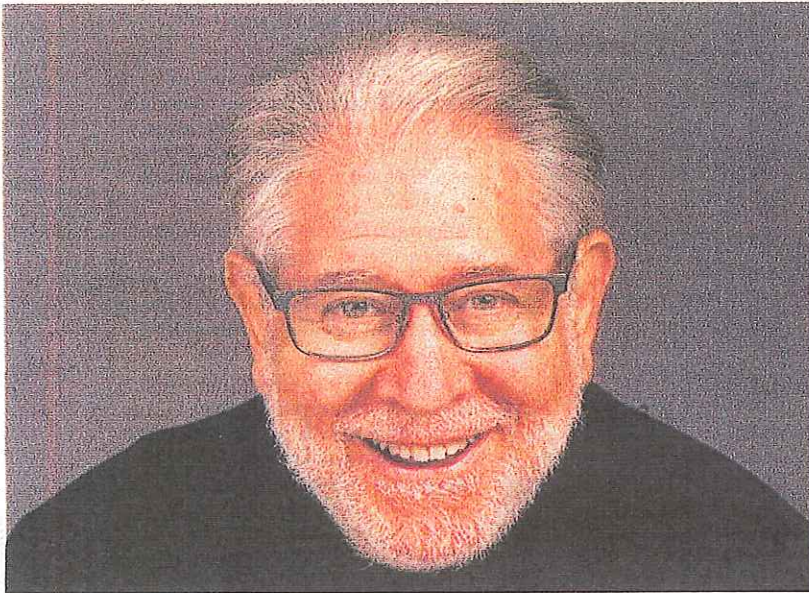
R. Es una cuestión de realizar cada uno nuestro trabajo en la parcela que tenemos. En la Junta he solicitado la comparecencia del responsable de la Gerencia de Servicios Sociales para que explique los procedimientos y actuaciones que se han llevado a cabo en todas las residencias de mayores que tenemos en la provincia, pero muy especialmente la residencia de El Royo. Para este pleno próximo llevo una pregunta para que la Junta valore el funcionamiento de la residencia. Creemos que es intolerable la dejación de funciones de quienes deben de velar y garantizar las condiciones idóneas para que se preste un servicio en condiciones a nuestros mayores.

P. ¿Qué puede hacer la Junta en materia de fiscalidad diferenciada?

R. Lo primero que tiene que hacer es predicar con el ejemplo, porque uno no puede estar constantemente haciendo crítica, que además es destructiva, con el trabajo de otros cuando durante 35 años que ha estado gobernando el Partido Popular no se ha hablado de las ayudas de funcionamiento. Toda la función que realiza el Gobierno de la Junta es la de hacer crítica, crítica, crítica. Lo que tiene que hacer la Junta es ponerse al mismo nivel que el Gobierno de España. Unas ayudas al funcionamiento similares y así sí que tendrá la legitimidad de hacer crítica.

P. ¿Qué proyecto necesita Soria de manera más urgente?

R. Tenemos tantas cosas que mejorar... La radioterapia, el edificio del Virgen del Mirón, la contaminación del agua en los pueblos... no puedes decir que haya municipios que no puedan beber agua del grifo. En tema de transportes, mejoras en las carreteras autonómicas. ¿Por qué no la Junta hace inversiones creando autovías, como la CL-101, que concentra un número muy importante de accidentes y que es un proyecto que llevaba prometiendo desde el año 2007?



CUANDO SER BUENO SE CONVIERTE EN UNA PRÁCTICA QUE ACABA POR PERJUDICARNOS A NOSOTROS MISMOS

Psicología. En 'El problema de ser demasiado bueno', Xavier Guix reflexiona sobre cómo influye la educación en la obediencia y el 'pórtate bien' en nuestro yo adulto

Por Gema García Marcos

Nos educan en el «pórtate bien», «se obediente» y «si no te gusta, te aguantas» sin reparar en cómo afectará esa domesticación a nuestro yo adulto. «Son guiones de vida que se interiorizan y se cumplen, porque nos parece que es lo normal y que somos de esta manera. No somos del todo conscientes de que llevamos encima tales patrones y nos sentimos mal si no los cumplimos. Por eso, es necesario tomar conciencia de nuestras herencias y observar qué hemos decidido realmente y que no», afirma Xavier Guix, psicólogo y autor de *El problema de ser demasiado bueno* (Arpa Editores).

A pesar de la carga que todo esto conlleva, Guix nos anima a que «no lo veamos de forma dramática, sino bien intencionada. Aunque, como dijo Oscar Wilde, con las mejores intenciones se han hecho los peores desastres». Al final, subraya, «nuestros padres hicieron con nosotros lo mismo que les hicieron sus padres. En cualquier caso, soy de los que piensan que a los hijos hay que acompañarlos y darles pautas y límites, pero no quererlos moldear a nuestra imagen y semejanza».

No nacemos siendo buenos o malos. «Sino con el potencial de alcanzar nuestra máxima realización, es decir, para convertirnos en la mejor versión de nosotros mismos y su mayor expresión virtuosa es la bondad. Solo que tal proceso no es lineal, no vamos de bien en bien, sino que, muchas veces, experimentamos el mal, incluso, para comprender mejor el bien. Por desgracia,

algunas personas se condenan a ser siempre malas, así como otras no pueden dejar de ser buenas».

¿Dónde está la línea roja que separa a la obediencia de la sumisión? «La sumisión y, con ella, la complacencia es una mala interpretación de querer lo mejor para los demás. El propósito es noble, pero su realización acaba por perjudicar a la persona que va olvidándose de sí misma y convirtiendo los deseos de los demás en su vida. La sumisión crea dependencia y anulación».

«De niños buenos a mayores resentidos», sostiene en su libro. ¿Por qué? «Porque uno se ha pasado la vida correspondiendo a los demás, creyendo que así lo tendrían en cuenta y lo querrían para descubrir, tarde y mal, que ser tan bueno no ha hecho que lo quieran más si no que lo usen. Darse cuenta de ello genera un sentimiento de injusticia que se resuelve alejándose del mundo y las relaciones. Se envejece con resentimiento».

Guix nos advierte de que «la práctica de la mala bondad consistiría, básicamente, en la capacidad de ser muy buenos para los demás, a costa de perjudicarnos a nosotros mismos. Por eso, cuando decimos de alguien es demasiado bueno, lo que realmente estamos expresando es que esa persona es muy ingenua, demasiado condescendiente, poco conflictiva, muy complaciente y que aguanta todo lo que le echen. Es decir, que le toman el pelo, pero se somete a ello».

¿Hay alguna forma correcta de ser bueno? «Más que ser buenos, hay que hacer el bien. La bondad, como virtud, debe traducirse en acción, en hacer el mayor bien posible. Eso sí, hay que empezar por hacerse el bien a uno mismo, respetarse, valorarse. Entonces no hay que querer ser buenos, sino hacer el bien. Y, a veces, hacer el bien implica ser firmes y no obedientes, como sabrán los padres y madres que nos lean».

La parte más difícil de todo esto es «superar la angustia que produce el no ser todo lo buenos que queremos ser. Hay personas que no pueden dejar de ser buenas, incluso, cuando el contexto o situación que viven les exige otro tipo de comportamiento. Por eso, a los que siempre van de buenos se los trata de bobos o ingenuos: eres demasiado bueno, les dicen».

¿Cómo podemos detectar que nos pasamos de buenos? «El cuerpo es sabio y nuestra intuición interior, también. Cuando hay algo que no se corresponde con lo que sentimos, se produce una disonancia, como un pellizco interior que nos advierte de que algo no anda bien. O aparece esa sensación de angustia en el pecho. El problema de ser demasiado bueno es que, en lugar de hacer caso a esa brújula interior, seguimos actuando para quedar bien. Hay que aprender a escucharse a uno mismo, poner límites y decir que no cuando es no».

ENFERMERA SATURADA

¿DUCHARSE CON AGUA FRÍA? ESTOS SON TODOS SUS BENEFICIOS

Ahorro saludable. Una ducha fresca no solo reduce costes en el agua caliente, sino que beneficia nuestro lustró, piel y cabello, y nos proporciona más energía y concentración que un café bien cargado

Son numerosos los deportistas de élite que han reconocido ducharse en agua fría.

Rafa Nadal lo hace una hora antes de cada partido, mientras que Cristiano Ronaldo y Pau Gasol prefieren dejarlo para después de jugar cuando se retiran a los vestuarios. Pero parece que este hábito se extiende cada vez más entre toda la población. ¿Es saludable?

Mejora de la circulación
Aplicar agua fresca sobre las piernas, especialmente al final del día, es algo que puede ser de gran ayuda para las personas con problemas de circulación. Este gesto provocará que los vasos sanguíneos se contraigan, aumentando el retorno venoso, deshinchando las piernas y mejorando por tanto el flujo sanguíneo.

Cabello más sano
Pocos saben que lavar el pelo con agua caliente debilita el cabello y su folículo, por lo que regular la temperatura puede ser un buen comienzo para mejorar la salud capilar y además prevenir la aparición de caspa.

Piel más firme
El agua caliente dilata los poros y eso ayuda a que la piel se reseque y adquiera un aspecto escamoso, además de

hacer que pierda firmeza y elasticidad acelerando la aparición de arrugas.

Mejora la concentración
Por la mañana despeja mejor que una taza de café, y no solamente por el susto que te llevas si no porque provocará que se liberen neurotransmisores como la adrenalina y la noradrenalina. Estos dos potentes elementos estimulantes tienen una acción directa en la atención y la memoria.

¿Cualquier persona puede ducharse en agua fría?

Va a depender de si tiene o no alguna enfermedad que lo desaconseje, pero si no es así, ducharse en agua fría no supone ningún riesgo. Las patologías que desaconsejarían una ducha con agua fría son el síndrome de Raynaud, la crioglobulinemia y enfermedades cardiovasculares como hipertensión o cardiopatías.

¿Qué dice la evidencia científica?

Los estudios científicos son limitados, es un tema que se ha estudiado poco, y por tanto no hay una respuesta clara desde la comunidad científica. Lo que sí está reconocido son los efectos beneficiosos para determinados problemas de salud, especialmente a nivel de patología musculoesquelética.



EL DERMATÓLOGO QUE VIGILA LA PIEL POR NO PODER OÍR EL CORAZÓN

George Hruza. Eligió Medicina porque la historia de su madre en el campo de concentración de Mauthausen le marcaría para siempre: "Hacer algo por otra persona se vuelve más importante que uno mismo". Por ello se esforzó y se convirtió en uno de los referentes mundiales en cirugía de Mohs para extirpar tumores cutáneos

Por Pilar Pérez. Fotografía de Bernardo Díaz

Detrás de años de vocación en la profesión médica pueden existir múltiples motivaciones. Pero a veces la razón que conduce a una persona a elegir una carrera de servicio público viene marcada por la historia. Una historia impregnada en los genes y que puede pasar de una generación a otra.

Por eso cuando uno le pregunta a George Hruza (Praga, 1956), dermatólogo americano especializado en reconstrucción y cirugía de Mohs, por qué estudió Medicina, sonríe y empieza con una historia que nos traslada a un campo de concentración nazi, Mauthausen. Allí, su joven madre, Judita Ilkovic, una

Ellos le dijeron que si salía, no le matarían. Pero este doctor estaba decidido a terminar su cirugía antes de hacerlo, pese a que si lo hacía, salvaría su propia vida. Mi madre fue testigo de cómo le dispararon en la cabeza delante de todos. Y ella, en aquel instante, sintió que quería ser médico».

Hruza relata ese momento en que la vocación de «hacer algo por otra persona se vuelve más importante que uno mismo». Aquello no solo impregnó los genes de su madre, sino que lo haría con él y con los de su hermana, Eva (radióloga). Quizás, estos se verían reforzados por los de su padre, Zdenek Hruza, al que Judita conocería en la escuela de medicina de Praga.

Ese impulso de servicio público incluido ya en su ADN le llevó a corregir injusticias en el United

Healthcare Medicare Advantage (UHMA), el plan Medicare Advantage más grande de Missouri. En el UHMA se eliminó a más de la mitad de los dermatólogos disponibles, lo que significaba que muchos pacientes ancianos habían perdido el acceso a los especialistas que los habían atendido durante décadas. Hruza movilizó a los medios de comunicación y consiguió llevar el caso hasta el Capitolio, en

Washington D. C. para devolver este tipo de atención médica a «estos grupos vulnerables».

«Debemos ser más conscientes de nuestra piel y su salud», sostiene. Si bien es cierto que la gente «ahora es más responsable con los cuidados que deben mantener durante la exposición solar que hace 10 o 20 años, todavía queda mucho trabajo por delante». La concienciación es algo que subraya en varias

ocasiones en la charla con *Papel* un rato antes de participar en el Simposio sobre Cirugía de Mohs, que organizó la Clínica Dermatológica Internacional junto con la Fundación Ramón Areces hace una semana. «Es muy sencillo observarse a uno mismo. Al igual que hacen las mujeres con el cáncer de pecho. Debemos tener un momento, al menos una vez al mes —precisa—, para ver si hay manchas nuevas o lunares. ¿Esto estaba aquí antes? Si ves alteraciones y sospechas que algo está raro, ve a la consulta. La detección precoz es un seguro de vida».

Con una madre que se inclinó primero por la Pediatría y después por la Psiquiatría y un padre patólogo dedicado a la investigación clínica, la siguiente pregunta es inevitable:

—¿Qué le hizo dedicarse a la Dermatología?

—En la escuela de Medicina nos enseñaban a hacer exámenes médicos físicos. Uno de ellos era buscar anomalías a través del estetoscopio al escuchar el corazón y los pulmones. Estábamos con las prácticas de cómo debía hacerlo y no podía. No escuchaba las diferentes cadencias de los latidos. Me decían: «¿Lo oyes?». Y contestaba: «No, no lo escucho».

Lejos de alejarle de su propósito de convertirse en médico, solo le hizo escoger una especialidad. «Si no puedo escuchar, puedo ver», dice tajante mientras señala la piel de su mano o la de la calva de su cabeza. «Me di cuenta de que lo mejor de la Dermatología es darse cuenta de pequeños cambios en la piel que pasan desapercibidos porque damos por hecho que siempre han estado ahí».

Hruza subraya que «la piel es la ventana al resto del organismo, nos protege, pero también es donde podemos lesiones superficiales que responden a problemas interiores». En aquel momento ni siquiera pensaba en que el bisturí se convertiría en una herramienta que iba a dominar para eliminar tumores cutáneos. «Me sorprendí de que por aquel entonces no se curaba a los pacientes, solo se les eliminaba el problema, pero seguían volviendo a la consulta».

Aquí la cirugía cobró una importancia vital. Este médico de origen judío y afincado en EEUU desde los 14 años se formó en Nueva York y gracias a varias becas definiría su formación en la Facultad de Medicina de Harvard y en la Universidad de Wisconsin-Madison bajo la tutela de Fred Mohs. Junto a él pudo aprender técnicas quirúrgicas clave para tratar el cáncer de piel, especialmente el carcinoma de células basales, el de células escamosas y algunos tipos de melanoma.

En la actualidad la cirugía micrográfica que desarrolló Fred Mohs para la extirpación precisa del cáncer de piel se considera el abordaje más efectivo cuando se trata de lesiones cutáneas malignas que no son melanoma. «Consiste en una técnica quirúrgica especializada en la que se extirpa de forma progresiva las capas del tejido afectado. Luego vas evaluando con técnicas de microscopía inmediata para determinar si hay restos células cancerosas».

Hruza usa la piel que asoma por debajo de la manga de su camisa para explicar mediante gestos cómo se trata de un proceso que «va quitando solo donde hay lesión», se trata de despegar «capa a capa» solo las zonas en las que «hay células cancerosas».

Esto, asegura el discípulo de Fred Mohs, «nos permite eliminar de forma ajustada el cáncer al tiempo que conservamos la mayor cantidad posible de tejido sano que resta alrededor». Se alegra por este paso, que cada vez es «más y más preciso», porque «a veces se trata solo de raspar y eliminar. Otras, podemos aplicar técnicas de frío para eliminarlo». Gracias a estos nuevos avances, «los pacientes conservan un mejor aspecto», porque ya no «quedan grandes cicatrices».

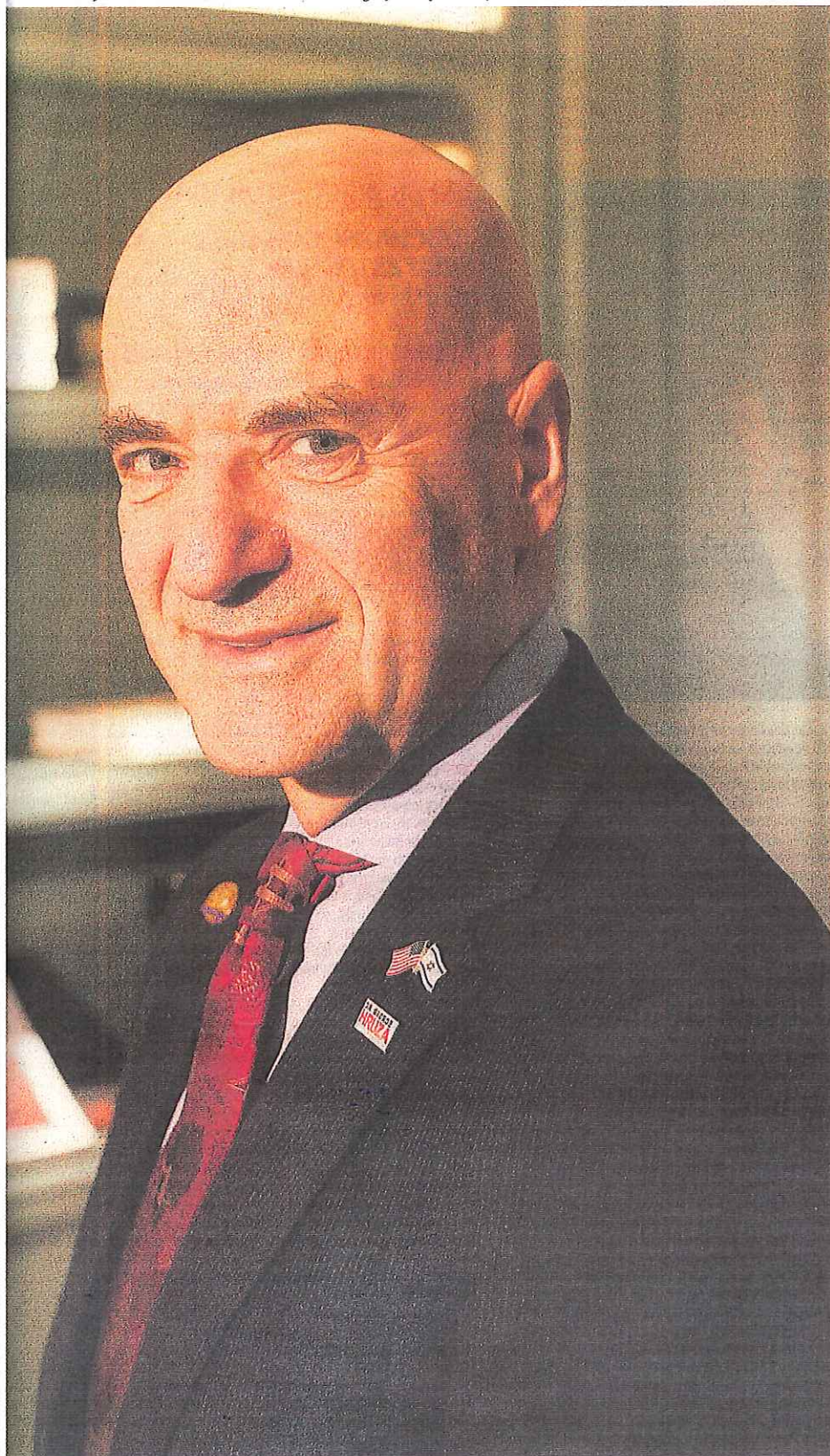
Llegar a convertirse en una de las referencias actuales de la Dermatología y Cirugía de Mohs no fue tampoco sencillo. Hasta aterrizar en Nueva York, la familia de Hruza recorrió Europa de sur a norte huyendo de la dictadura totalitaria que la Unión Soviética había impuesto en la hoy antigua República de Checoslovaquia, donde nació.

Por aquel entonces, Judita y Zdenek tenían por sus hijos y el impacto de vivir bajo el terror organizado por el gobierno, así como el miedo, el adoctrinamiento, la discriminación y la censura. Sus padres consideraron la posibilidad de desertar, pero las autoridades no emitieron permisos para que todos los miembros de la



de las 200 supervivientes, fue testigo de la masacre de sus compañeros, tras haber perdido a sus padres y abuelos gaseados en Auschwitz.

«Cuando los soldados nazis llamaron a los prisioneros para sacarlos de los barracones, dos personas obviaron la petición: un médico judío que estaba con un paciente. Él les explicó a los soldados que debía amputarle la pierna porque si no moriría.



familia salieran juntos. La oportunidad surgió cuando su padre recibió la oferta de un puesto de profesor visitante durante un año en la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York.

Una vez Zdenek cruzó el Atlántico, planearon una fuga para toda la familia a través de mensajes codificados con la palabra clave «Arapaho», por el Bosque Nacional Arapaho en Colorado. Por ello, Hruza, junto a su madre y hermana, salió de Checoslovaquia a través de Hungría y Yugoslavia hacia

Austria. Cruzaron la Alemania Occidental, pasaron por Dinamarca, para finalmente, instalarse en Suecia. Llegaron a Estocolmo el 31 de diciembre de 1966.

Hruza actualmente es profesor adjunto de Dermatología y Otorrinolaringología en la Universidad de St. Louis en Missouri. Allí es el director médico del Centro de Cirugía Láser y Dermatológica y del Centro de Cirugía Ambulatoria de Chesterfield. A sus 68 años empieza a escuchar con frecuencia la pregunta de cuándo se va a jubilar. «Incluso algunos

Precisión. La cirugía de Mohs ha demostrado su eficacia en la eliminación quirúrgica de tumores de piel de las células basales y escamosas "con una tasa de éxito de alrededor del 98%"

Recomendaciones. El dermatólogo insiste en la vigilancia de los cambios en nuestra piel. "Si llegamos pronto a la lesión, con extirparla el suficiente. Pero si lo dejamos pasar, la situación se vuelve complicada"

Profesional sin fronteras. Ha tratado a decenas de miles de pacientes no solo en la ciudad de St. Louis, donde se instaló y vive con su familia, sino también en lugares tan lejanos como Australia y Oriente Medio

Guerra Israel-Palestina. Le impresiona la cantidad de voluntarios que "hay dispuestos a entrar en la zona de guerra" y "arriesgar sus vidas para ayudar a los palestinos". Y añade que "yo he estado a punto de ir"

pacientes me lo dicen, pero yo estoy cómodo con lo que hago. Para mí es mi día y día y no me cuesta porque disfruto mucho con mi vocación».

Que no pudiera escuchar con precisión el bombeo del corazón agudizó su sentido de la vista en el campo de la Dermatología. «He sido testigo de cómo han evolucionado las técnicas, cómo nos hemos vuelto cada vez más expertos en las intervenciones y cómo han llegado tratamientos, como la inmunoterapia, capaces de salvar la vida a los pacientes».

Pero, «¿sabes lo que de verdad salva vidas y cura?». Lanza esta pregunta y se apresura a dar contestación: «La detección precoz». Subraya que debemos ser más conscientes de que la piel acumula el daño de años de exposición solar sin protección. «Ayer salí a dar una vuelta por la ciudad [Madrid] y sentía como el sol me daba en la cabeza. Iba sin crema y les dije a mis colegas que nos cambiáramos a la acera con sombra».

Cuidarse es esencial para evitar el bistrú. Pero hay determinados cánceres, como los que se desarrollan en la cara, «que no salen cuando te quemas por estar unas horas al sol, ese es el daño que se ve; pero por debajo es donde las células se van alterando y dan lugar a los carcinomas». Aquí alude a trabajos, como el agrícola o la construcción, en los que hay una exposición al sol continuada, a la radiación ultravioleta, donde «los daños aparecen 20 años después». Destaca que este tipo de tumores aparece en «personas mayores, en abuelos, a los que podemos curar tras una intervención de unas horas y permitirles que vuelvan con sus nietos».

El impacto del cáncer cutáneo es diferente aquí que en EEUU. «El tumor de células escamosas tiene un impacto importante en mi país, mueren más personas que de melanoma», recalca. La incidencia del cáncer de piel ha aumentado un 40% en los cuatro últimos años, según la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Anualmente, se diagnostican a más de 78.000 nuevos pacientes en nuestro país y se espera que en 2040 el melanoma se convierta en el segundo tumor en incidencia global.

«Detrás de nuevo caso, hay un fracaso en la prevención». Hruza también ha formado parte de la junta directiva de la Academia Americana de Dermatología y desde la misma pone sobre la mesa cifras de su país: uno de cada cinco estadounidenses desarrollará cáncer de piel antes de los 70 años, tener cinco o más quemaduras solares duplica el riesgo de sufrir melanoma. Pero, destaca lo positivo: «Cuando se detecta a tiempo, la tasa de supervivencia a cinco años del melanoma es del 99%».

Arriba, George Hruza. Al lado, Judith, Eva y él a principio de la década de 1960, aún en suelo europeo.

Zoom

SALUD

UN RUMOR FALSO

Los aliados aceleraron la investigación de la cortisona al creer que la Luftwaffe usaba una sustancia similar para aguantar la altura.



Cortisona: el rumor sobre los nazis y la hormona milagrosa

VALE PARA TODO: ASMA, GOTA, DERMATITIS... PERO LA CORTISONA TIENE UN GRAN PROBLEMA: SUS EFECTOS SECUNDARIOS. POR FIN SE HA DESCUBIERTO CÓMO FUNCIONA ESTA HORMONA, QUE SE DESCUBRIÓ GRACIAS A LA CASUALIDAD.



GETTY IMAGES (D.R.)

os que necesitaban sillas de ruedas se pusieron de pie. Y bailaron. Los que vivían

atormentados por los dolores volvieron a reír. Así reaccionaron los pacientes con reumatismo

del médico norteamericano Philip Showalter Hench cuando les inyectó cortisona por primera vez, en julio de 1948, en la Clínica Mayo. Parecía un milagro: el dolor desaparecía. Aquello fue un hito en la historia de la medicina: la cortisona es

un remedio para casi todo (asma, dermatitis, reumatismo, gota, esclerosis múltiple e incluso cáncer) que se descubrió de una manera

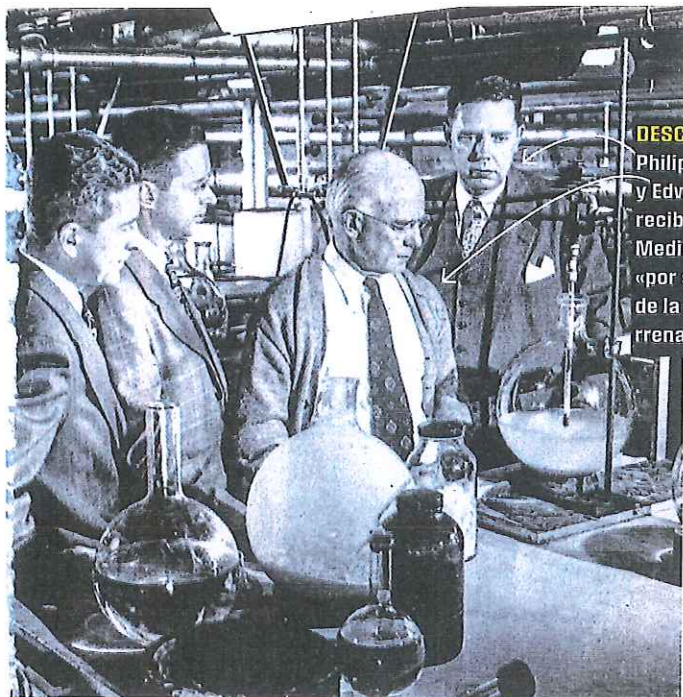
curiosa. Durante la Segunda Guerra Mundial, entre los aliados se rumoreó que los alemanes estaban comprando ingentes

Su investigación se impulsó por el espionaje en la Segunda Guerra Mundial

DESCUBRIDORES

Philip Showalter Hench y Edward Kendall recibieron el Nobel de Medicina en 1950 «por sus descubrimientos de la corteza supra-renal».

farmacéutica lleva décadas intentando desarrollar sustancias que —como la cortisona— inhiban la inflamación sin esos efectos secundarios. Y se la estudia con lupa para desentrañar cómo funciona exactamente. Ahora, un equipo alemán dirigido por Gerhard Krönke —director del Departamento de Reumatología e Inmunología de la Clínica Charité— ha descubierto que la cortisona actúa sobre las centrales eléctricas de las células, las mitocondrias. «Este efecto sobre el metabolismo celular es crucial para la función antiinflamatoria», explica Krönke. Este hallazgo sienta las bases para el desarrollo de futuros agentes antiinflamatorios con menos efectos secundarios. Es un gran soplo de esperanza para millones de pacientes. ● M. G.



cantidades de vacas argentinas. Se sospechaba que estaban interesados en sus glándulas suprarrenales y su posible uso para que los pilotos de la Luftwaffe volaran a grandes altitudes sin molestias por la presión. El rumor no era cierto, pero fue muy útil porque esa sospecha estimuló la investigación de las glándulas suprarrenales en Gran Bretaña y Estados Unidos. Y resultó efectiva. En 1949, por fin, se consiguió disponer artificialmente de cortisona —hormona producida naturalmente en las glándulas suprarrenales— para uso médico. Ha sido un

hallazgo crucial para la medicina, que, como muchos otros, se produjo alentado también por casualidades. El reumatólogo Hench había observado que sus pacientes mejoraban de la artritis reumatoide

ambos el Premio Nobel de Medicina en 1950. La cortisona tiene efectos antiinflamatorios e inmunosupresores. También se usa para tratar enfermedades intestinales o autoinmunes como el lupus.

Hasta ahora se desconocían los detalles de su funcionamiento

durante el embarazo y buscaba la sustancia responsable. Fue una suerte que su colega el bioquímico Edward Kendall estudiara en el laboratorio vecino las hormonas producidas por la corteza suprarrenal. Su colaboración supuso para

Pero tiene un grave inconveniente. A largo plazo produce importantes efectos secundarios: hipertensión, osteoporosis, diabetes, caída del cabello, aumento de peso, trastornos del sueño y la memoria... Por eso, la industria

SUS BONDADES... Y PELIGROS



PODEROSA

El efecto antiinflamatorio de la cortisona actúa con eficacia para paliar enfermedades de la piel como los eccemas, las erupciones cutáneas o la psoriasis.



Y MUY POLIFACÉTICA

Y también es eficaz contra el asma, las alergias, la esclerosis múltiple, la gota... incluso se utiliza en la terapia contra el cáncer. Su gran inconveniente son los efectos secundarios: diabetes, aumento de la presión arterial, problemas estomacales... Una nueva investigación abre la posibilidad de crear mejores fármacos que puedan usarse a largo plazo.



LO QUE DE VERDAD ROMPE EL CORAZÓN A LAS MUJERES

POR
RAQUEL PELÁEZ /

EN PLENO SIGLO XXI SE SIGUE PENSANDO QUE SUFRIR UN ATAQUE CARDIACO ES SOLO COSA DE HOMBRES. FALSOS MITOS, ERRORES DE DIAGNÓSTICO, ENSAYOS CLÍNICOS DISCRIMINATORIOS O LA SIMPLE DESINFORMACIÓN PONEN EN JUEGO LA SALUD DE LAS MUJERES. EL RESULTADO: LA MORTALIDAD FEMENINA POR UN PRIMER INFARTO SUPERA EN UN 20 POR CIENTO A LA DE LOS VARONES. TE LO CONTAMOS.

CUANDO LA CARDIÓLOGA alemana Viyan Sido preguntó a sus alumnos de Medicina cómo reaccionarían si vieran a un hombre tirado en la acera, todos parecieron estar de acuerdo: llamarían inmediatamente a urgencias porque podría estar sufriendo un infarto. La sorpresa llegó cuando la profesora que trabaja en el hospital Asklepios de Hamburgo cambió el sexo del paciente: ¿qué harían si fuera una mujer? Y los futuros médicos dudaron: no tenían claro si la diagnosticarían de hipoglucemia o de colapso circulatorio. Una 'confusión histórica' que a las mujeres todavía nos puede costar la vida.

«Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte entre las mujeres, por encima de cualquier tipo de cáncer; pero el desconocimiento de este dato retrasa mucho el momento de ingresar en el hospital», explica Leticia Fernández-Friera, jefa de Cardiología de HM Hospitales y fundadora de Atria Clinic. Según un estudio de la Sociedad Española de Cardiología, aunque las mujeres registran un mayor número de visitas a urgencias por este motivo, solo el 6,6 por ciento acaba ingresando, frente al 8,8 por ciento de los hombres. Y eso no es todo: «En España, el predominio en la implantación de marcapasos es de casi un 60 por ciento en varones, frente al 40 por ciento en mujeres», cuenta la cardióloga. Menos ingresos en urgencias, menos —→

atención, menos marcapasos, pero morimos más con el corazón roto. ¿Qué está fallando? Durante muchos años, el único papel previsto para las mujeres ante un problema cardíaco era el de cuidadoras abnegadas del paciente varón. La American Heart Association, por ejemplo, celebró una conferencia en la década de 1960 centrada en cómo ayudar a los maridos ante una enfermedad cardíaca y publicó un folleto con el título *El camino hacia el corazón de un hombre*. En aquel momento, a nadie le interesaba si el de ellas también podía romperse. Después de todo, cuidar de la casa y de los niños no suponía ninguna preocupación frente a la gran responsabilidad que debían afrontar los varones y que, a ellos sí, podía llevarlos a situaciones de estrés con consecuencias negativas para su salud. Ni siquiera los prospectos informativos de los fármacos contaban con las mujeres y rara vez se les permitía participar en ensayos clínicos. «Los tratamientos hay que ajustarlos por peso o masa corporal del paciente. El problema es que durante mucho tiempo no se ha hecho una distinción por género y, si aplicamos la misma dosis en ambos, podemos sobredosificar y tener intoxicaciones», explica Fernández-Frera.

Las razones para el desinterés histórico por la salud femenina en general han sido fruto de muchos estudios, pero en 1990 la cardióloga estadounidense Nanette Wenger le puso nombre: 'medicina de bikini'. Según la experta, históricamente la investigación médica en el caso de las mujeres solo se ha centrado en el pecho y los órganos reproductivos. Dar

de mamar y tener hijos. ¿Qué más podía importar? Esta circunstancia cultural ha complicado enormemente el conocimiento sobre el cuerpo femenino y las peculiaridades en enfermedades como las cardiopatías. Otro de los grandes bulos que explican cómo hemos llegado a este grado de desinformación está en los estrógenos. «Tradicionalmente se ha vendido la idea de que esas hormonas nos protegen, pero nuestra enfermedad cardiovascular puede ser diferente a la de ellos y no siempre está influenciada por cambios hormonales —aclara la cardióloga española—. Además, en nuestro caso, los síntomas pueden ser diferentes».

LAS MUJERES Y LOS ERRORES DE DIAGNÓSTICO

Durante décadas nos han educado para prestar atención solo a ese dolor aniquilador en el pecho que irradia hacia el brazo izquierdo y que entre los círculos médicos se conoce como el 'infarto al estilo Hollywood'. Y, aunque esa presión también puede aparecer en el caso de las mujeres, «nosotras presentamos síntomas más difíciles de reconocer, como pérdida de conocimiento, dolor en la espalda, en la mandíbula o en la boca del estómago». El problema es que muchas pacientes no saben bien cómo interpretar estos síntomas y les restan importancia. Ellas y algunos profesionales, porque según un estudio publicado en la revista *Journal of the American Heart Association* por investigadores del Instituto Karolinska, de Suecia, y la Universidad de Leeds, en Reino Unido, las mujeres tienen un 50 por ciento más de probabilidades de ser diagnosticadas erróneamente después de un ataque cardíaco. Es decir, el doble de posibilidades de morir.

¿El resultado? Las mujeres con infartos llegan al hospital una media de 60 minutos más tarde que los hombres. «Lo que se traduce en que la mortalidad por un primer infarto es hasta un 20 por ciento mayor en nosotras que en los hombres». Un dato demoledor que tiene mucho que ver con que la lista de desigualdades empieza incluso por los factores de riesgo. «Como la mayoría de los ensayos han sido validados solo en poblaciones masculinas, estas escalas no incluyen riesgos femeninos como una menopausia precoz o estados hipertensivos

**MÁS DEL 70 POR CIENTO
DE LOS ESPAÑOLES
NO SABE QUE LA ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR ES LA
PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE
EN LA MUJER**

durante el embarazo como la preeclampsia. Y esto dificulta el diagnóstico y el tratamiento», explica la doctora Fernández-Freira, impulsora del movimiento Corazón de Mujer, que intenta mejorar esta situación a través de la divulgación, sobre todo si tenemos en cuenta que, según la Sociedad Española del Corazón, el 74,2 por ciento de los españoles sigue sin saber que las enfermedades cardiovasculares atacan más a las mujeres.

CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO

La buena noticia es que, a pesar de las desventajas, el 80 por ciento de los problemas cardiovasculares en las mujeres se podría evitar. ¿Cómo? «Por un lado, siguiendo el ejemplo de las revisiones ginecológicas y animarnos a controlar nuestro corazón anualmente, sobre todo a partir de los 50 años o en el periodo tras la menopausia porque se reducen los estrógenos, nos puede subir la tensión arterial, y el metabolismo del colesterol y de la glucosa cambian». No hay que tener miedo a acudir a la consulta. «Los cardiólogos somos asesores de salud, sobre todo los que nos hemos formado en prevención», insiste.

En segundo lugar, la especialista propone llevar un estilo de vida lo más saludable posible. «Esto incluye vigilar un poco más nuestra alimentación: intentar que sea más rica en fruta y verdura, baja en sal, no abusar de productos que hagan subir el colesterol, como el embutido o los alimentos procesados, y tampoco de bebidas azucaradas... Y, por supuesto, incluir el ejercicio físico». Y, en este capítulo, la doctora añade más datos para

EL INFARTO EN LAS MUJERES: MUCHO MÁS QUE UN DOLOR DE PECHO

SÍNTOMAS

CERVICALES

● Aunque el dolor torácico sigue siendo el síntoma más frecuente en ambos sexos, en las mujeres ese dolor puede irradiar más hacia la mandíbula, el cuello o el centro de la espalda.

NÁUSEAS

● En un 30 por ciento de los casos se ha visto que ellas, en vez del dolor torácico, solo presentan síntomas de indigestión, con náuseas y vómitos.

FATIGA

● En la mujer, un síntoma del infarto se asocia con mayor cansancio, falta de aire y debilidad.

FACTORES DE RIESGO

DIABETES

● Las mujeres diabéticas pueden tener más riesgo de presión arterial alta, niveles altos de colesterol o triglicéridos e insuficiencia cardíaca.

TABAQUISMO

● Según la Sociedad Americana del Corazón, las fumadoras tienen más riesgo que los hombres porque el consumo de tabaco daña o estrecha más sus vasos sanguíneos.

OBESIDAD

● Provoca que el riesgo de sufrir un infarto de miocardio sea mayor.

LA REINA DE CORAZONES: UNA PIONERA FRENTE A LOS SESGOS DE GÉNERO

La cardióloga Nanette Wenger lleva décadas estudiando la salud cardíaca en la mujer y denunció la 'medicina de bikini', que la reduce a alguien que tiene hijos y amamanta, sin más.



animar a las mujeres porque salimos ganando: «140 minutos de ejercicio físico tienen el mismo efecto en nosotras que si ellos hicieran 300 minutos. Incluso una sesión de fuerza de una mujer equivale a tres sesiones en un hombre». Y en su propuesta hace hincapié en la práctica del yoga: «Es de los ejercicios que más efectos cardiosaludables comprobados tiene en comparación con otros deportes, según diferentes estudios de la Universidad de Harvard. Nos ayuda a controlar todos los factores de riesgos vinculados con el corazón como la obesidad, el colesterol alto o los niveles de tensión arterial». ■

El número de médicos colegiados aumentó un 3,2% en 2023 y el de enfermeros, un 2,9%

Por **Agencias** 20 de mayo de 2024

52 0



Escuchar

El número de médicos colegiados aumentó un 3,2 por ciento en 2023 y el de enfermeros en un 2,9 por ciento y, en total, la tasa de médicos colegiados se situó en 6,21 por cada 1000 habitantes, mientras que la de enfermeros en 7,12, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Así, el número de profesionales sanitarios colegiados en España se situó en 975.243 en 2023, un 3 por ciento más que en el año anterior. Por sexo, 302.009 eran hombres (un 2,4% más) y 673.234 mujeres (un 3,4% más).

Los colectivos mayoritarios fueron los de enfermeros (35,5% del total), médicos (30,9%) y farmacéuticos (8,2%). El número de médicos colegiados aumentó en 9.271 personas (un 3,2%) hasta un total de 301.684 en el año 2023.

Por su parte, los enfermeros colegiados se incrementaron en 9.766 personas (un 2,9%), situándose en 345.969. Dentro de este colectivo, 10.286 personas estaban registradas como matronas (un 4,1% más que en 2022).

El número de colegiados del resto de profesiones que recoge la estadística también aumentó, excepto el de protésicos dentales (-0,4%). Los mayores incrementos se dieron en terapeutas ocupacionales (11,8%), físicos con especialidad sanitaria (8,2%) y químicos con especialidad sanitaria (7,3%).

El colectivo de enfermeros presentó en 2023 la mayor tasa por 1.000 habitantes (7,12). Por detrás se situaron los médicos (6,21) y los farmacéuticos (1,65).

En el caso de los enfermeros con especialidad de matrona, la tasa fue de 0,97 profesionales por cada 1.000 mujeres en edad fértil.

PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS POR EDAD Y SEXO

Atendiendo a la distribución por grupos de edad, los mayores porcentajes de profesionales sanitarios menores de 45 años se encontraron en terapeutas ocupacionales (87,9%), fisioterapeutas (76,8%) y podólogos (69,4%).

Los menores porcentajes en este grupo de edad lo presentaron los colectivos de biólogos (38,7%), protésicos dentales (38,8%) y médicos (39,2%). Por su parte, los mayores porcentajes de colegiados de 65 y más años se dieron en médicos (25,3%) y farmacéuticos (17,8%).

MAYORÍA DE MUJERES

La función sanitaria tiene una presencia mayoritariamente femenina. En el año 2023 había más mujeres colegiadas que hombres en 13 de las 15 profesiones analizadas.

Los colectivos con mayor porcentaje de mujeres fueron los de logopedas (el 93% eran mujeres), terapeutas ocupacionales (90%) y enfermeros (84,2%).

Por el contrario, los tipos de profesión que presentaron los menores índices de feminidad fueron los protésicos dentales (31,5%), los físicos con especialidad sanitaria (32,2%) y los veterinarios (53,6%).

DATOS POR COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS

El número de médicos colegiados aumentó en todas las comunidades autónomas en 2023, y solo descendió en la ciudad autónoma de Melilla (-4%).

Los mayores incrementos se dieron en Cantabria (5,4%), Canarias (3,9%) e Islas Baleares (3,8%). Y los menores en la ciudad autónoma de Ceuta (0,8%), Aragón (1,9%) y Castilla-La Mancha (2,6%).

Las tasas más elevadas de médicos se dieron en Asturias (7,32 por cada 1.000 habitantes), Aragón (7,31) y Comunidad de Madrid (7,25). Y las más bajas en las ciudades autónomas de Melilla (3,59) y Ceuta (4,41), y en Castilla-La Mancha (4,89).

Por su parte, las tasas más elevadas de enfermeros colegiados por cada 1.000 habitantes se registraron en Cantabria (9,05), Navarra (8,87) y País Vasco (8,84). Y las menores en Murcia (4,81), Galicia (5,21) y Baleares (5,97).

CASTILLA Y LEÓN

La ONT rechaza desdoblar la unidad de trasplante cardiaco en la región mientras acepta 4 en Cataluña

Sólo uno de las cuatro hospitales catalanes alcanza la actividad recomendada por la Organización Nacional de Trasplantes / El plan de desdoblar el servicio arrancó con tres reuniones en la etapa de Casado en la Consejería sin informes en contra

ALICIA CALVO VALLADOLID

¿Un rasero distinto según de qué comunidad se trate? La Organización Nacional de Trasplantes se opone al proyecto de Sanidad de Castilla y León de desdoblar la unidad de trasplante cardiaco del Clínico de Valladolid con el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca por el riesgo «de atomización», según aduce en un informe técnico, y, sin embargo, en otras comunidades autónomas como Cataluña acepta que haya hasta cuatro sedes.

El principal argumento que la ONT esgrime para desaconsejar que la unidad y no se circunscriba sólo a Valladolid y se comparta con Salamanca es el número de trasplantes efectuados.

En su informe oficial de valoración de este plan recuerda que «los datos del registro Internacional Society for Heart and Lung Transplantation para garantizar unos resultados adecuados, un programa de trasplante cardiaco debe realizar una actividad mínima de 20 trasplantes anuales en el caso de los adultos». El criterio de la ONT ya rebaja esa cifra en cinco, hasta los 15, ajustándose más a la tónica general de las distintas unidades del país. «Atomizar esta actividad añadiendo otro programa podría repercutir negativamente en los resultados post trasplante de los pacientes en lista», sostiene en el análisis sobre el plan de la sanidad castellana y leonesa. «Rogamos que la decisión de abrir un programa de trasplante cardiaco en Castilla y León sea estudiada con la máxima prudencia», concluye.

Pues bien, los trasplantes cardíacos en España se realizan en 19 hospitales y con distinto volumen de actividad. Hay varias comunidades autónomas que disponen de hasta cuatro centros hospitalarios que realizan esta intervención y varios de ellos no alcanzan esos mínimos establecidos por las sociedades internacionales y nacional de la materia.

Los datos de Cataluña ponen en evidencia precisamente esa disparidad de criterios puesto que no alcanza el umbral marcado como recomendable por estas entidades. En esa comunidad coexisten cuatro hospitales que realizan estas operaciones y dos de ellos no llegaron en 2023 a los 15 fijados por la Organización Nacional de Trasplantes, y, por consiguiente, mucho menos a la veintena, según la memoria estadística de la ONT a la que ha tenido acceso este diario. Valladolid realizó 15 trasplantes de corazón el pasado ejercicio.

Descendiendo al detalle, el Hospital Universitario de Sta Creu i St Pau apenas llevó a cabo 10 intervenciones de este tipo, por debajo del cupo idóneo prefijado, pero es que incluso en



La ex consejera Verónica Casado.



El exgerente regional de Sanidad.



La directora de la ONT, B. Domínguez-Gil.

los tres ejercicios anteriores la cantidad de pacientes operados en esas dependencias sanitarias siguió alejada de las 15 y 20 recomendadas (fueron 9, 13 y 11 en 2020, 21 y 22, respectivamente).

No hace falta salir de la misma comunidad para dar con otro caso similar. El Clínico de Barcelona realizó 13 en el último ejercicio completo, mientras dos años antes tan sólo operó a 10 adultos. Pese a estas discretas cifras no parece que les aceche la sombra de la polémica que si sobrevuela ahora a la iniciativa de Castilla y León.

A los dos centros ya mencionados se suman en la misma autonomía el de Bellvitge y el Infantil Vall d'Hebrón.

Unas cifras que revelan cómo en otras comunidades sí conviven varias sedes con números por debajo de las intervenciones aconsejadas, mientras en Castilla y León existe una oposición por parte del equipo de Cardiología del Clínico de Valladolid, también de los jefes de servicio de otros hospitales y de algunos políticos que han vertido críticas contra esta decisión de Sanidad de amplificar el programa, lo que conlleva compartir presupuestos, estrategias, actividad e información. Más transparencia a la fuerza que resta autonomía al departamento del Clínico de Valladolid, que ahora tendrá que colaborar con sus colegas salmantinos en la gestión de esta actividad quirúrgica porque el plan sigue adelante.

Así lo confirmó este viernes el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, que reiteró que se trata de «un mismo programa que tendrá dos sedes» y que los sanitarios de uno y otro centro trabajarán como «un equipo único». Explicó que el programa y la lista de espera «lo coordinarán los profesionales del Clínico de Valladolid y colaborarán como un solo equipo con los de Salamanca, que lo pidieron en 2021». Habrá pacientes de otras provincias que antes se trasladaban a Valladolid que podrán ser operados en la capital salmantina.

Seguendo con las evidencias esta-

RELACIÓN DE TRASPLANTES CARDIACOS

(En parentesis trasplantes infantiles <18)

	2019	2020	2021	2022	2023
Andalucía					
HU Reina Sofía	13(2)	14(4)	14(2)	23(4)	21(5)
HU Virgen del Rocío	18	18	25	20	22(0)
Aragón					
HU Miguel Servet	8	5	7	4	2
Asturias					
HU Central de Asturias	16	12	15	6	14
Canarias					
HU G. Canaria Doctor Negril	1	15	17	22	21
Cantabria					
HU Marqués de Valdecilla	16	18	14	21	19
Castilla y León					
HU Clínico de Valladolid	10	14(0)	9	13	15
Cataluña					
HU de la Santa Creu i St Pau	17	9	13	11	10
HU de Bellvitge	25	7	25	20	21(0)
HU Clinic de Barcelona	26	14	12(2)	14	13
HU Infantil Val d'Hebrón	2(2)	6(6)	4(4)	9(9)	12(2)
C. Valenciana					
HU La Fe	32(2)	26(0)	22(0)	28(3)	35(2)
Galicia					
CHU La Coruña	20(2)	29	24(0)	26(2)	22(2)
Madrid					
HU Gregorio Marañón	29(0)	23(8)	34(9)	25(9)	29(5)
HU Puerta de Hierro	22	11	23	19	19
HU 12 de Octubre	18	23	20	21	20
HU Infantil La Paz	8(6)	16(8)	11(4)	12(9)	11(6)
Murcia					
HU Virgen de la Arrixaca	14	14	9	16(0)	18
Navarra					
CU Navarra	5	4	4	1	1
TOTAL	300(24)	278(29)	302(24)	311(47)	325(33)

FUENTE: ONT.

EL MUNDO

dísticas queda patente que hay más comunidades en las que se divide esta actividad. En Andalucía hay dos y en Madrid otras 4, el Gregorio Marañón, Puerta de Hierro, Doce de Octubre y la unidad infantil de La Paz.

También hay otros casos en los que los resultados distan de ese número de trasplantes al que alude la ONT como argumento principal para no ver motivos favorables al desdoblamiento en Castilla y León. En el Hospital Universitario Miguel Servet de Aragón se efectuaron dos trasplantes cardíacos en 2023, apenas 4 el año ante-

rior, y los anteriores: 7, 5 y 8. En el Central de Asturias fueron 6 en 2022 y 14 en el 23. También la Clínica Universitaria de Navarra lleva a cabo esta intervención quirúrgica con unas cifras muy discretas: tan sólo uno el pasado ejercicio, los mismos que el anterior, por 4 y 5 en los años precedentes.

La directora de la ONT, Beatriz Domínguez-Gil, ha declinado valorar esta polémica a este diario y se remite al informe presentado por la organización.

Los especialistas de Valladolid que se oponen al desdoblamiento del pro-

grama han recabado unas escueltas cartas, compuestas algunas por apenas dos párrafos, en las que —a petición de la unidad vallisoletana encabezada por el cardiólogo Alberto San Román— otros facultativos de otras unidades de diferentes provincias del país muestran su disconformidad con la iniciativa de Castilla y León.

Y la contradicción aparece en una misiva rubricada por los coordinadores del programa de trasplante cardiaco del Hospital de Sta Creu i St Pau, Sonia Mirabet y Antonio Ginell. Mientras ese centro es uno de los que está notablemente alejado de las cifras marcadas para los trasplantes aconsejados, su escrito dice así: «En la actualidad la tasa de indicación y de actividad de trasplante cardiaco en España es elevada, con resultados excelentes y similares a los del resto de grupos de trasplante cardiaco en Europa y resto del mundo, siendo necesario llevar a cabo un mínimo de procedimientos anuales (estimado en torno a 20 según las sociedades científicas) para mantener unos resultados de supervivencia adecuados. [...] En la situación actual no disponemos de criterios que apoyen la necesidad de apertura de nuevos centros de trasplante cardiaco». Por refrescar datos, su unidad realizó 11 trasplantes el pasado año.

División y debilitamiento o división y refuerzo? Estas dos posiciones antagónicas se han esgrimido en las últimas semanas a cuenta de la decisión de Sanidad de desdoblar la unidad de trasplante cardiaco del Clínico de Valladolid.

Mientras el equipo dirigido por San Román manifiesta abiertamente su desacuerdo asegurando que no suma sino que «resta calidad», pero acata la orden recibida, la Junta defiende que «se fortalece». «Cuando se puso en marcha hace más de 20 años el programa de trasplantes de corazón tuvo críticas y el tiempo nos ha dado la razón», declaró el portavoz del ejecutivo autonómico Carlos Fernández Carriedo tras un Consejo de Gobierno.

El titular de Sanidad sostiene también que una de las razones por las que continúa con este plan, por el que «algunos pacientes podrán ser intervenidos en Salamanca por un equipo único y conjunto formado por profesionales de los dos centros», radica en que «en un momento de falta de profesionales podrían surgir problemas en algún momento que hicieran zozobrar el programa de trasplantes de corazón».

Entre quienes se oponen a la nueva unidad, además del PSOE de Valladolid y de Castilla y León, también se encuentra Francisco Igea, quien fue vicepresidente de la Junta cuando la Consejería de Sanidad la gestionaba

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
su entonces partido, Ciudadanos, con
Verónica Casado a la cabeza.

El proyecto de desdoblamiento del programa que Sanidad ha dado a conocer a los especialistas comenzó a germinarse hace ya tres años, en 2021, precisamente con tres reuniones en la etapa en la que Casado dirigió el departamento (lo hizo hasta que Mañueco la cesó al convocar elecciones en diciembre de 2021).

Reuniones ocultas que no aparecieron en la agenda pública pese a alardear de transparencia.

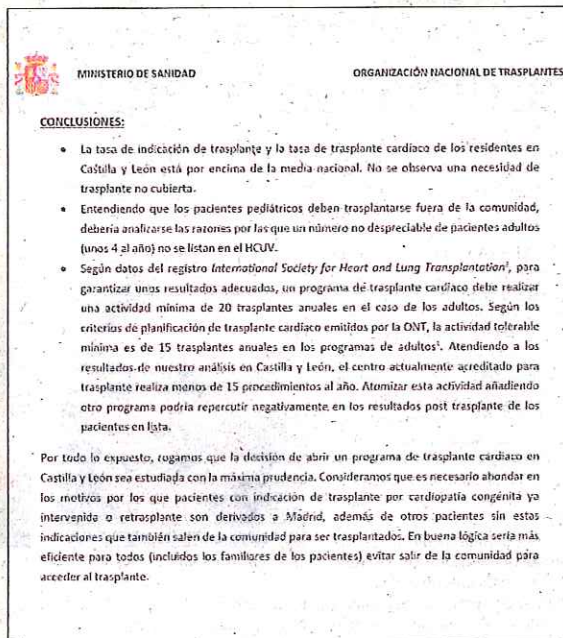
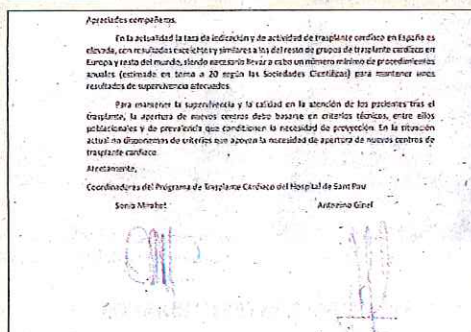
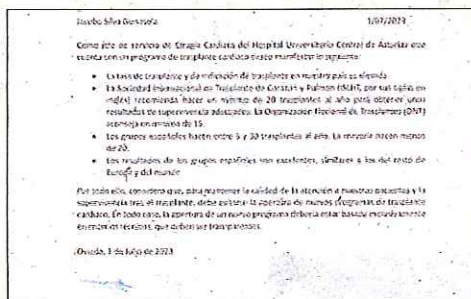
Ya el 26 de febrero de 2021 se produjo el primer encuentro entre distintos cargos sanitarios para abordar el asunto ahora cuestionado, según fuentes a las que he tenido acceso este diario. En esa primera cita se declaró la intención de desarrollar un Programa de Trasplante de Órganos Torácicos (Pulmón y Corazón) en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. A ella estaban llamados, según se recoge en las agendas internas de la Consejería, Alfonso Montero (director general de Planificación y Asistencia Sanitaria), Luis Ángel González (director gerente del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca), Marcelo Jiménez (jefe de servicio de Cirugía Torácica) y Pedro Luis Sánchez (jefe de servicio de Cardiología).

No hubo reacción pública al respecto, pero no la hubo a favor ni en tampoco en contra. No figura ningún informe oponiéndose al plan, a decir de las mismas fuentes. No sólo no consta oposición, sino más bien todo lo contrario porque no se frenaron los encuentros en los que se abordó, ya que hubo otros dos más en los que este asunto se puso sobre la mesa. A pesar de las tres reuniones que ahora desvela este periódico, no figura ningún acta del contenido y lo que sí consta, según dichas fuentes, es que en esas reuniones se avanzaba para el proyecto de compartir la unidad con Salamanca, pese a que Igea dice ahora que se opusieron.

Cuatro meses después de que se planteara por primera vez la propuesta, el 6 de junio de 2021 se presentó la memoria del Programa de Trasplante de Órganos Torácicos (Pulmón y Corazón) del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, «donde se especifican los requisitos generales para la autorización sanitaria de acuerdo al Real Decreto 1723/2012», a decir de las mismas fuentes. A esa reunión volvían a estar citados los mismos cuatro profesionales de la primera.

Un mes y medio antes de que la legislatura tocara a su fin con un adelanto electoral se produjo una tercera toma de contacto en la que se trató de nuevo este asunto.

El 3 de noviembre de 2021 tuvo lugar una reunión en la que volvió a presentarse la memoria del Programa de Trasplante de Órganos Torácicos del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y esta vez estaban convocados, además de los cuatro cargos anteriores, Manuel Mitideli (director gerente de la Gerencia Regional de Salud) y Gloria Sánchez (que era directora general de Planificación y Asistencia Sanitaria).



CARTAS FIRMADAS POR JEFES DE SERVICIOS QUE NO CUMPLEN CON EL MÍNIMO DE LA ONT. *El equipo dirigido por San Román ha recabado cartas contra el plan de desdoblaje, compuestas algunas por apenas un par de párrafos. La de la imagen inferior de la izquierda la firman los coordinadores del programa del Hospital de Saint Pau que, sin embargo, tiene una actividad por debajo de lo recomendado por la ONT: 10 intervenciones en 2023. La imagen superior la rubrica el jefe de Cirugía Cardíaca de Asturias que en 2023 realizó 14 trasplantes, mientras en 2022, apenas 6. A la derecha, un folio del informe de la ONT en el que indica que «no se observa una necesidad de trasplante no cubierto», y apunta que «la actividad tolerable mínima es de 15 trasplantes anuales».*

A. CALVO VALLADOLID

La idea de que el programa de trasplante cardíaco del Clínico de Valladolid firmara una alianza con el departamento de otro hospital para compartir este servicio no es original ni nueva. Tanto es así que hace ahora diez años se anunció a bombo y platillo, en varias comparecencias públicas, la unión del programa del hospital vallisoletano con el del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Así lo presentó a la prensa el consejero de Sanidad de entonces, Antonio María Sáez Aguado, y se hicieron eco medios locales, autonómicos y nacionales sin que hubiera voces discordantes que cuestionaran su pertinencia. Como si suceda ahora.

Y eso que al tratarse del Gregorio Marañón el plan suponía compartir unidad con un centro de otra comunidad autónoma. El titular de Sanidad en esas fechas aseguró en varias comparecencias públicas que esa alianza respondía a los bajos números del Clínico vallisoletano. «Ampliando y asiciando los hospitales se permitirá mantener un programa de trasplantes que, aisladamente, por la reducción de trasplantes cardiacos, no era recomendable mantener», declaró el 26 de febrero de 2014 Sáez Aguado.

Finalmente no llegó a materializarse, pero durante varios meses se daba por sentado. Los titulares de

aquellos días en multitud de medios de comunicación hablaban de que 'El Gregorio Marañón y el Clínico de Valladolid crean una Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante' o 'La caída de trasplantes cardíacos fuerza a la Junta a asociarse con otras regiones', entre varios más. Y no hubo oposición pública ante el proyecto como la desatada en la actualidad, ni siquiera por los profesionales sanitarios.

«Próximamente los gerentes de estos centros firmarán un protocolo de colaboración», informó el consejero de Sanidad de Castilla y León durante la reunión de la Comisión Regional de Trasplantes en 2014.

Los argumentos que servían entonces para explicar la colaboración consistían en que «y así lo recoge la hemeroteca –«con la creación de esta unidad se pretende ofrecer a los pacientes la máxima especialización en el uso de determinadas técnicas y la colaboración entre profesionales, para mejorar la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada y para los que precisen trasplante cardíaco la determinación del hospital más adecuado para su realización».

Ese acuerdo se defendió como una «suma» de «experiencias tecnológicas y conocimiento», y Sáez destacó que el año anterior «sólo se llevaron a cabo cuatro trasplantes de corazón en el Clínico de Valladolid».

El consejero precisó a los medios

que los dos hospitales cooperarían: «Abordarán casos en función de su experiencia y su dotación tecnológica, ya que cuentan con dos unidades de las más importantes del Sistema Nacional de Salud en esta materia».

De este modo, según ese acuerdo al que estaban dispuestos ambos departamentos sanitarios, se dividían los pacientes y los trasplantes en función de la técnica y el tratamiento que requirieran. Quienes presentarían «insuficiencia que necesite soporte ventricular-asistencia mediante una máquina ante el mal funcionamiento del corazón» serían atendidos en el Gregorio Marañón, por su mayor experiencia al respecto y, si requirieran trasplante, se haría en ese hospital madrileño.

Por contra, los que necesitaran una tecnología denominada Mitraclap - para personas con insuficiencia mitral-, serían atendidos en el Clínico de Valladolid, que también realizaría trasplantes en caso de su indicación a estos usuarios.

Sin embargo, la colaboración finalmente no se llevó a cabo. El doctor Alberto San Román explica a este diario que «las administraciones no llegaron a un acuerdo», y añade que «la complejidad de unir dos programas y tener dos centros hizo que decidieran que no merecía la pena».

Hace 10 años, la sintonía de facul-

tativos y políticos de Castilla y León era máxima con el jefe de servicio y catedrático de Cardiología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Francisco Fernández-Avilés Díaz, que accedió a este puesto en 2006, año hasta el que fue jefe del Servicio de Cardiología. De hecho, fue el primer director del Instituto de Ciencias del Corazón del Clínico vallisoletano, el ICICOR (1998-2006) y tras su marcha lo reemplazó en el centro vallisoletano Alberto San Román, que lleva al frente del servicio desde ese momento.

Las razones para la alianza, según fuentes sanitarias conocedoras de cómo se fraguó ese plan, estribaban en que «peligra el programa de Valladolid». A decir de las mismas fuentes, «la ONT dio un toque porque había una cantidad muy baja de trasplantes y porque los indicadores no eran buenos y durante un par de años la mortalidad tras el trasplante había subido».

Dada la buena relación con Fernández-Avilés se optó por esa vía para «buscar mantener esta actividad en Castilla y León». «Era una manera de eludir el vernos obligados a cerrar el programa. Y las relaciones con el Gregorio Marañón eran las mejores porque Fernández-Avilés estuvo trabajando aquí, aunque luego los indicadores mejoraron y todo se enfrió», detallan las mismas fuentes.

> VALLADOLID

La inteligencia artificial reta al cáncer de tiroides

Investigadores vallisoletanos evalúan por primera vez una herramienta de IA para el estudio de la malignidad de los nódulos tiroideos / Este software permite ser menos invasivos en el diagnóstico de este cáncer. Por **É. Lera**

Examinarlo es el único camino para saber si un nódulo en el tiroides es benigno o, por el contrario, tumoral. Es verdad que es un cáncer de relativa baja frecuencia con respecto a otros más habituales como el de mama, pulmón y colon, si bien constituye el tumor de origen endocrino más frecuente y la principal causa de mortalidad por cánceres de esta índole.

Su incidencia se encuentra en torno a 15 x 100.000 habitantes al año, si bien es más común en mujeres en edades medias de la vida. No obstante, en los últimos 10 años su diagnóstico se ha incrementado de manera exponencial debido a la mejora y mayor accesibilidad de la población a las técnicas de imagen -sobre todo, la ecografía tiroidea-, y la puesta en marcha de programas de cribado a día de hoy muy cuestionados.

Es verdad que este aumento en la incidencia del cáncer de tiroides se ha producido en las variantes menos agresivas de este tumor. Es más, en un estudio publicado por los investigadores del Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica de la Universidad de Valladolid se constató este mismo incremento descrito en otras localizaciones. Por esta situación de sobrediagnóstico, desde hace algunos años, las guías clínicas internacionales abogan por evitar el sobretatamiento definiendo mejor qué lesiones tiroideas estudiar, optando por opciones menos agresivas y seguimientos más comedidos.

Y es que, según explica Pablo Fernández Velasco, médico residente en Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, el paciente con cáncer de tiroides suele acudir al centro de salud u hospital por la aparición de un bulto a nivel cervical que en las pruebas de imagen se observa como un nódulo en la glándula del tiroides. También, añade, es posible que el diagnóstico se realice por lesiones o metástasis del cáncer en otros lugares del cuello, como pueden ser los ganglios, o bien en otros órganos: pulmón, huesos, entre otros. «Esta última situación es excepcional», admite para, a continuación, añadir que los tratamientos tienden a ser menos agresivos dada su buena evolución. Sin embargo, en ocasiones los médicos se encuentran con subtipos más agresivos que exigen terapias más complejas, incluso entrar en ensayos clínicos para probar nuevas moléculas que frenen su crecimiento.

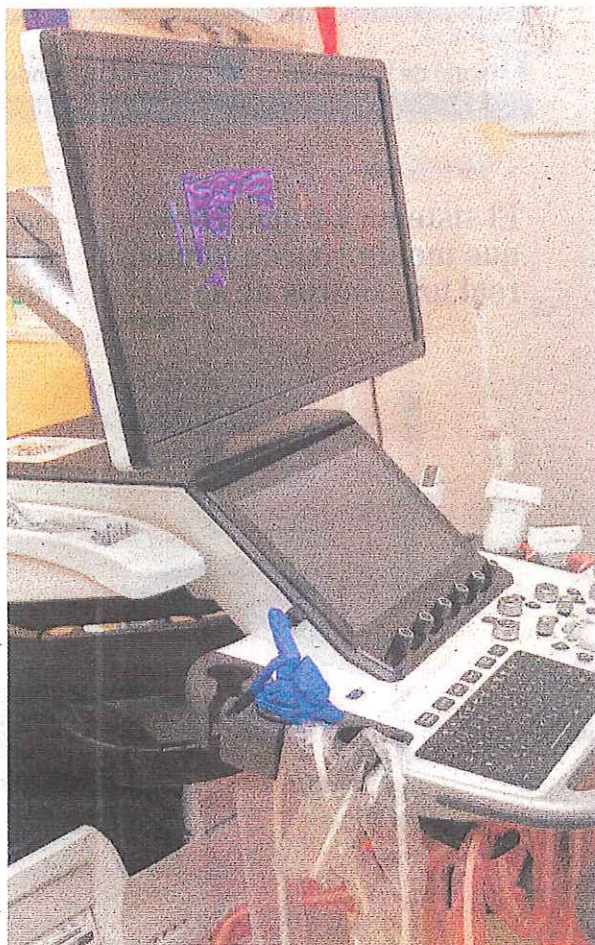
Ahora bien, el dilema reside en que la patología nodular de tiroides es frecuente, es decir, el 60% de la población presenta imágenes nodulares en esta glándula, pero menos del 5% corresponde a cánceres de tiroides. El tratamiento habitual es cirugía para extraer toda la glándula y yodo radioactivo. Debido a que los subtipos de este tumor a los que se enfrentan son de buen pronóstico, cada vez es más habitual que no se extirpe todo el tiroides para evitar complicaciones y el

tratamiento sustitutivo con la hormona tiroidea. También en algunos casos se opta por usar dosis de yodo radioactivo más bajas o, incluso, no se extirpa nada y se lleva a cabo una vigilancia de los nódulos sospechosos.

Con toda esta información, este equipo vallisoletano ha realizado el primer estudio clínico internacional para la detección de cáncer de tiroides basado en el uso de una nueva herramienta de inteligencia artificial. No hay que olvidar, según recalca Fernández Velasco, que todos los cánceres de tiroides se diagnostican como un nódulo en la glándula tiroidea. No obstante, menos del 5% de los nódulos de tiroides son tumores.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, una vez que el paciente acude por una lesión de nueva aparición en el cuello se realiza siempre el mismo protocolo para el estudio del nódulo tiroideo: recoger los antecedentes familiares, personales y explorar la región cervical; valorar la función tiroidea mediante una analítica; realizar una prueba de imagen a través de una ecografía para clasificar las características del nódulo tiroideo, y en aquellos casos en los que sea necesario tomar una muestra del nódulo de tiroides mediante una punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía.

«La punción en sí no entraña riesgos importantes, pero es cierto que puede resultar incómoda y estresante para el paciente, en es-



Pablo Fernández Velasco, médico en Endocrinología y Nutrición. PHOTOGENIC

pecial, a la espera del tratamiento definitivo. No olvidemos que mayoritariamente estos nódulos son benignos, por lo que tenemos que definir bien qué nódulos puncionamos para conseguir que no dejemos sin diagnosticar ningún cáncer de tiroides, pero tampoco que hagamos punciones indiscriminadas».

Por lo tanto, previo a realizar la

PAAF que ayuda a diagnosticar este tumor, es clave definir qué nódulos se van a estudiar. Los sospechosos de esconder un cáncer, según comenta, son nódulos sólidos hipoeocogénicos (imagen negra en la ecografía), con presencia de microcalcificaciones, infiltración del tejido sano por parte del tumor y con mayor altura que los nódulos benignos.

BLOC OPINIÓN

Innovación y O.D.S.

SERGIO GONZALEZ REYES

Se tiende a reducir los Objetivos de Desarrollo Sostenible a los aspectos medioambientales y advirtiéndole únicamente la complicación que para la empresa, en este caso el comercio de proximidad, puede representar su contribución para lograrlos, sin advertir que también pueden ofrecer ventajas competitivas si se consideran en toda su amplitud y se utilizan para iluminar los procesos de revisión del modelo de negocio y por lo tanto innovando en algunos de sus aspectos.

Es claro que la innovación en diferentes campos del conocimiento está consiguiendo logros relevantes en áreas relacionadas con el medio am-

biente, basta pensar en las energías renovables, en las técnicas de construcción o en la digitalización, para ver cómo se consiguen resultados, y que las políticas públicas impulsan mejoras sociales que también son importantes, pero con todo, el reto es tan grande que sin la acción individual será muy difícil lograr los objetivos propuestos.

El comercio de proximidad representa en sí mismo un modelo de distribución sostenible porque entraña unos valores y mantiene un modelo que se acopla bien a muchos de los O.D.S. y a muchas de sus metas, pero no cabe duda de que puede contribuir más a lograrlos

y puede y debe facilitar a sus clientes que también ellos contribuyan más fácilmente.

La importancia de disponer de comercio cerca guarda una relación directa con la calidad de vida de los ciudadanos, en el entorno rural frena la despoblación y en el urbano favorece la movilidad; en ambos crea empleo y riqueza, y contribuye a conservar aspectos culturales. Por ello es importante favorecer que los comerciantes revisen sus modelos de negocio para mantener su competitividad.

Orientarse hacia los O.D.S. significa tener oportunidades en el acceso a nuevos mercados. Contribuir con los ODS permite acceder a nuevos mercados (nuevas tecnologías, economía circular, negocios inclusivos, energías renovables o economía ecológica; facilita la innovación (unir el propósito del impacto social del negocio con su saber hacer y sus prioridades, nuevos productos o servicios); puede ahorrar costes (medidas de eficiencia energética y de agua); mejorará la reputación del negocio (cada vez más consumidores valoran la sostenibilidad a la hora de elegir un producto); impulsará la generación de alianzas con otros actores (unirse a otros y trabajar en conjunto ayudará a lo-

gar objetivos y a garantizar la sostenibilidad), y con el sector público (la administración tiene en cuenta criterios relacionados con la sostenibilidad a la hora de conceder subvenciones o realizar contratos con empresas); permitirá adelantarse a nuevas normativas (preparación para el cumplimiento inmediato de futuras normativas en materia de sostenibilidad, por ejemplo, en temas vinculados a la lucha contra el cambio climático, la igualdad y la transparencia); y supondrá disponer de mayor resiliencia (el 82% de las empresas considera que implementará los ODS. incrementa su resiliencia).

En todas las áreas anteriores cabe innovar, pero más especialmente en aquellas directamente relacionadas con la aportación de valor al cliente -¿qué le resulta relevante? y para ello se podría comenzar por preguntar y escuchar, y en base a sus respuestas plantear cambios en el modelo de negocio orientados por el marco que representan los O.D.S. y la Agenda 2030.

¡Todo un reto y una oportunidad!

Sergio González Reyes es socio consultor de Conocimiento y Estrategia M2M.

PABLO FERNÁNDEZ VELASCO / MÉDICO RESIDENTE EN ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE VALLADOLID

«La investigación clínica no puede convertirse en un 'hobby', tiene que ser una parte esencial»

«Apostar por la investigación y la innovación en Castilla y León es esencial». Así se expresa Pablo Fernández Velasco, médico residente en Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, quien asegura que, aunque los medios no son siempre todos los que les gustaría a la comunidad científica, investigadora y asistencial, la investigación en biomedicina y, en concreto, en cáncer, suele presentar más oportunidades que otras áreas de conocimiento.

En este sentido, comenta que la ciudadanía valora de manera muy positiva la investigación en salud, por lo que, según puntualiza, las políticas deberían ir en esta línea. «Invertir en desarrollo tecnológico, innovación y formación de capital humano altamente cualificado es fundamental para una comunidad como

Castilla y León, en la que importantes sectores económicos como el turístico o el industrial no son tan potentes como en otras áreas de nuestro entorno».

En este sentido, Fernández Velasco expone que resulta muy complicado compaginar la labor asistencial con la investigación y la docencia. «La limitación de recursos, la falta de incentivos académicos y la carencia de flexibilidad laboral hace imposible dedicar tiempo a proyectos de investigación clínica sin interferir con la actividad asistencial diaria», subraya antes de añadir que este punto debería ser abordado de forma urgente por las administraciones. «La investigación clínica no puede convertirse en un hobby para el tiempo libre, sino que debe ser una parte esencial de la actividad diaria integrada con la asistencia de los pacientes».

Es verdad, tal y como admite el médico residente del Clínico de Valladolid, que España cuenta con una base científica sólida, sin embargo, sostiene que los problemas económicos del país en los últimos años se han traducido en una merma en la financiación de la investigación existiendo en la actualidad puntos de mejora en cuanto a inversión, condiciones laborales de los investigadores, transferencia de conocimientos a la industria y cooperación entre el sector público y privado.

En su opinión, la sociedad valora la dificultad que entraña cualquier proyecto de investigación por pequeño que sea. «Es alentador ver que la sociedad reconoce y valora la importancia de estos esfuerzos. Esto refleja un compromiso compartido con el avance del conocimiento científico y el bienestar», concluye.

sistemas de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial pueden jugar un papel muy importante.

El proyecto con sello vallisoletano ha demostrado que, en un entorno real, un programa de IA ayuda al especialista en endocrinología a definir las características de sospecha del nódulo de tiroides, de tal manera que «facilitará el diagnóstico de aquellos nódulos que son cánceres de tiroides, evitando realizar punciones innecesarias en aquellos nódulos que son benignos».

En este sentido, comenta que también reduce la variabilidad y el grado de subjetividad entre los especialistas que realizan la valoración, incluso cuando ellos son expertos. De igual forma, el médico

residente en Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valladolid indica que demuestra que, en un entorno real con pacientes reales, el sistema funciona igual de bien que un especialista en cáncer de tiroides con años de experiencia. Eso sí, deja claro que, tanto el endocrinólogo como el programa de IA funcionan muy bien por separado, pero juntos son capaces de mejorar sus resultados: evitando punciones innecesarias y reduciendo la variabilidad entre especialistas, pero sin perder el diagnóstico de aquellos nódulos peligrosos.

¿Cómo funciona? Pablo Fernández Velasco detalla que el programa analiza las imágenes de la ecografía del nódulo de tiroides que se van a estudiar definiendo las

características de sospecha, la escala de riesgo y la necesidad de realización de punción o no. Un paso, en su opinión, innovador, ya que este tipo de procedimientos de IA se habían utilizado de manera pionera en cáncer de mama, si bien esta es «una de las primeras experiencias en cáncer de tiroides con resultados muy prometedores para aplicar en la práctica clínica diaria».

Su idea, avanza, es poder evaluar el impacto de la utilización de inteligencia artificial en todo el procedimiento diagnóstico, así como en las derivaciones de otros especialistas con menos experiencia en patología de tiroides. A esto se va a unir el análisis de cómo valoran los pacientes la utilización de estas nuevas herramientas.



«Cada una de estas características puntúan en una escala que define qué nódulos necesitan ser puncionados o no», detalla antes de añadir que, de forma desafortunada, aunque la imagen por ecografía tiene muchas ventajas, como que es accesible, barata, no utiliza rayos X..., sin embargo, es una técnica muy dependiente, puesto que definir las característi-

cas del nódulo de tiroides tiene un grado de subjetividad muy importante entre endocrinólogos. «La incertidumbre diagnóstica puede generar un alto nivel de variabilidad entre los médicos y da lugar a procedimientos quirúrgicos, costes derivados, riesgo de complicaciones y ansiedad por parte del paciente», reconoce Fernández Velasco, quien incide en que los

BLOC OPINIÓN

El futuro ya no es lo que era

EMILIANO MUÑOZ VICENTE

A base de usarla, escuchar y leer sobre inteligencia artificial uno se va generando una idea, creando unas expectativas y, también, generando unos sentimientos de alerta. Cada uno tendrá sus propias sensaciones, temores y expectativas. Siguen las mías.

En muy pocos años, gracias a los asistentes contruidos con inteligencia artificial, vamos a avanzar un nivel más hacia el transhumanismo (transformación de la condición humana mediante el desarrollo de tecnologías que mejoran las capacida-

des humanas superando nuestras «limitaciones» intelectuales y físicas «de serie»). Tan pronto como en 2026-28, gracias a billones de asistentes IA personalizados para ayudarnos con cualquier tarea intelectual, vamos a estar «flotando» en unos superpoderes cognitivos y analíticos que podrán hacernos sentir extraordinariamente capaces cuando miremos atrás a lo que éramos capaces de abarcar y llevar a cabo en 2024 (hoy). Dentro de sólo 5 años analizar información y tomar decisiones «con el cerebro humano» va ser

tan raro como lo son hoy calcular raíces cuadradas con lápiz y papel o viajar con un mapa de papel en lugar de con Google Maps.

Las ventajas potenciales de vivir en un mundo asistido por inteligencia artificial son innumerables. Al igual que son innumerables las sombras que se vislumbran durante el proceso de «adaptación» hasta que no quede otra forma de hacer las cosas; igual que ahora prácticamente no viajamos sin algún tipo de GPS. ¿Dónde quedaron las capacidades de navegación durante meses hacia un continente que se intuía pero del que no se tenía certeza de su existencia?

Se va a producir una brecha en IA entre aquellos que lo van entender y aprovechar en su beneficio profesional y personal y los que no lo entiendan y por lo tanto no se van a poder «beneficiar» de esa mejora aparente en sus capacidades; algo así como tener hoy en una oficina a un compañero que no sabe/quiere utilizar

una hoja de cálculo o el email. Que millones de personas no se adapten al modo de trabajar con las nuevas herramientas de IA no repercutirá en la capacidad de las empresas. La propia IA ayudará a que menos personas hagan más trabajo intelectual en menos tiempo. Una posible salida laboral que los IA-inadaptados (y para los que pierdan su trabajo) será derivarse a otros trabajos con más componente física y repetitiva que necesidad de razonamiento. Esto tampoco es nuevo: desde siempre muchos titulados universitarios han trabajado, y trabajan, en puestos que no requieren de su cualificación.

Por cierto, en algunas corrientes filosóficas, al transhumanismo le sigue el posthumanismo. Siendo este último un concepto cuando menos «interesante», por decir algo.

Emiliano Muñoz Vicente es director de proximalsystems.net

> VALLADOLID

La fórmula contra el colesterol y el azúcar

Una profesora de la UEMC desarrolla un nutraceutico destinado a mejorar la salud de las personas, en especial abordando problemas como la hipercolesterolemia y la diabetes tipo II, dos afecciones de alta prevalencia. Por E. Lera

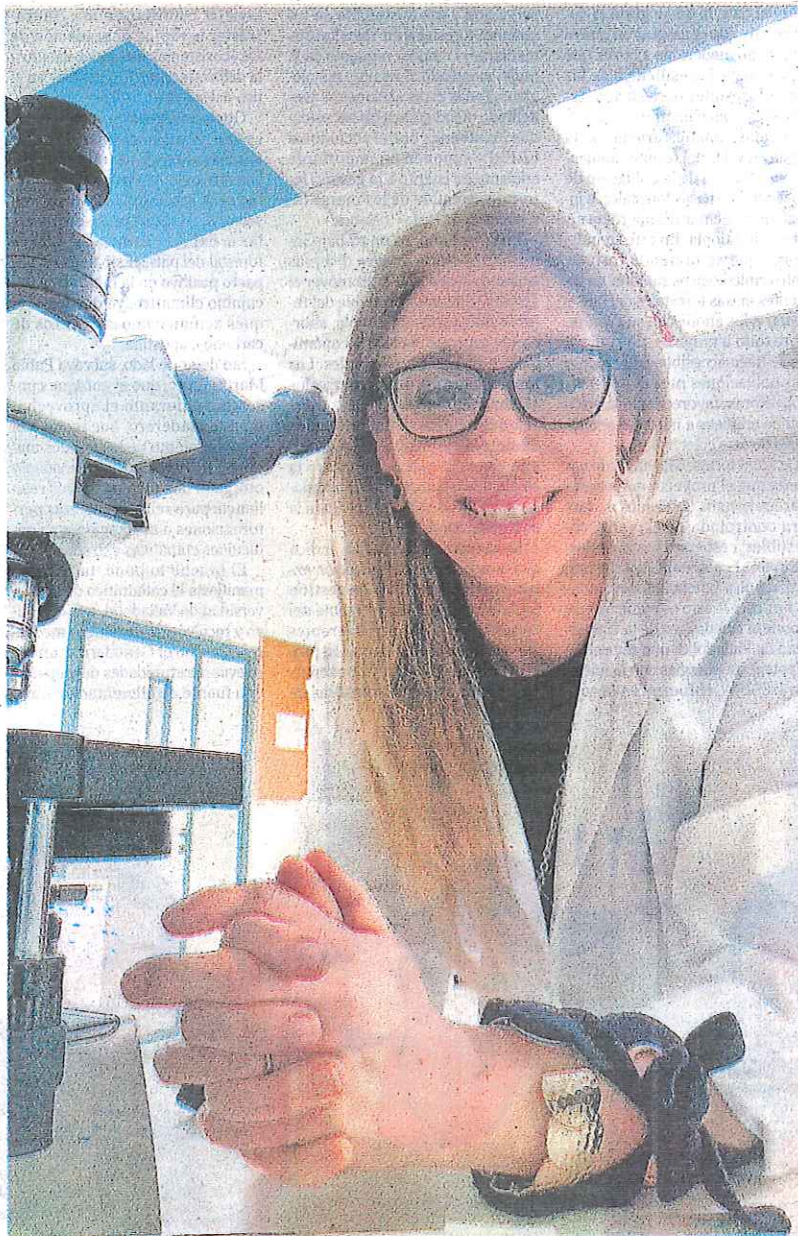
Consulta de un médico de familia. Un paciente acude a recoger los resultados del análisis de sangre que se realizó la semana pasada; una prueba rutinaria a la que se enfrenta cada año para mantener una buena salud. De repente, aparecen varios asteriscos que indican que dos valores se encuentran por encima de los parámetros normales. Colesterol 'malo' y glucosa elevada. Toca cuidarse tanto a través de una alimentación saludable y ejercicio físico como con la medicación adecuada. Esa situación sucede todos los días en los centros de Atención Primaria.

La hipercolesterolemia y la diabetes tipo II son enfermedades que representan un gran desafío para la salud pública, dado su impacto significativo en la morbilidad y la mortalidad. De hecho, las patologías cardiovasculares juegan un papel crucial en estas afecciones: son la principal causa de muerte en países occidentales, contribuyendo hasta un 30% de los decesos. En España, la prevalencia de hipercolesterolemia es alarmante, presente en cerca del 50% de la población, lo que equivale a unos 25 millones de personas.

A esto se suma que la diabetes tipo II afecta a un 13% de la población española, es decir, alrededor de 6 millones de personas. Es fundamental mantener un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre para prevenir complicaciones futuras como daño renal, neuropatías y enfermedades cardiovasculares.

Por todo ello, María Cruz Rey de las Moras, profesora de Ciencias de la Salud en la Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC) de Valladolid, trabaja en el desarrollo de un nutraceutico destinado a mejorar la salud de las personas, sobre todo, abordando problemas como la hipercolesterolemia y la diabetes tipo II. «Se busca ofrecer una alternativa a los fármacos convencionales, minimizando los efectos secundarios asociados a estos y utilizando principios activos naturales extraídos de los campos de cultivo más comunes en Castilla y León», sostiene.

En este punto, comenta que este proyecto no solo busca ofrecer una solución a estos problemas de salud pública, sino que también promueve un enfoque más holístico y natural para el cuidado de la salud, aprovechando los beneficios de los principios activos naturales presentes en los cultivos de la Comunidad. Además, añade, se busca minimizar los efectos secundarios adversos asociados a los tratamientos farmacológicos convencionales, ofreciendo así una opción segura y



La doctora María Cruz Rey de las Moras, profesora de Ciencias de la Salud en la UEMC. EL MUNDO

eficaz para el bienestar de las personas.

De esta forma, la también doctora en biología molecular y biotecnología por la Universidad de León explica que las estatinas son medicamentos utilizados en la actualidad para reducir los niveles de colesterol LDL y triglicéridos en sangre. «Funcionan inhibiendo la enzima HMG-CoA reductasa, que es clave en la producción de colesterol en el hígado. Sin embar-

go, pueden causar efectos secundarios no deseados en algunos pacientes».

En esta línea, Rey de las Moras indica que entre los efectos secundarios más comunes de las estatinas se encuentran las manifestaciones neurológicas, como dolores de cabeza o mareos, problemas gastrointestinales, como náuseas, vómitos o diarrea, efectos metabólicos, como el aumento de azúcar en sangre o el riesgo de diabetes

tipo 2, y problemas musculoesqueléticos, que pueden incluir dolor muscular, debilidad o incluso rabdomiólisis, una afección grave que puede provocar daño muscular y renal.

«Estos efectos secundarios pueden ser motivo de preocupación para algunos pacientes y pueden llevar a que abandonen el tratamiento, lo que puede tener consecuencias negativas para su salud cardiovascular». Por esta razón,

afirma que existe un interés creciente en el desarrollo de alternativas seguras y mejor toleradas para el tratamiento de la hipercolesterolemia y los trastornos relacionados con los lípidos.

Es más, tiene claro que el desarrollo de un nutraceutico dirigido a reducir los niveles de colesterol LDL y triglicéridos, además de regular los niveles de azúcar en sangre, podría ofrecer «una alternativa beneficiosa» para aquellos pacientes que experimentan efectos secundarios no deseados con las estatinas y que se ven afectados por estos problemas de salud.

Este trabajo, en su opinión, es innovador porque no existe ningún producto comparable en el mercado, ni en términos de formulación ni en la forma en que se administra. «Nuestro objetivo es crear un producto eficaz y seguro, libre de efectos secundarios y que sea fácil y agradable de tomar para el paciente, lo que garantizará una buena adherencia al tratamiento y evitará su abandono», celebra la profesora de la UEMC.

En cuanto a las ventajas, expone que el chocolate contiene cacao, que es rico en polifenoles, en especial flavonoides como las procianidinas, catequinas y epicatequinas. «Estos flavonoides tienen dos efectos principales: en primer lugar, poseen una potente acción antioxidante al dirigirse principalmente hacia las especies reactivas que inician la peroxidación lipídica, un proceso clave en la formación de la placa de ateroma. En segundo lugar, inducen la vasodilatación al activar la vía del óxido nítrico, lo que proporciona protección contra eventos coronarios», detalla.

De igual forma, manifiesta que están trabajando en el desarrollo de otras formas de presentación, como píldoras de bayas rojas, manzanas, uvas, así como de vegetales de hojas verdes como espinacas, kale y acelgas. No obstante, María Cruz Rey de las Moras puntualiza que es probable que la aceptación por parte del consumidor sea menor en comparación con el cacao.

De cara al futuro, avanza que sus planes no pueden ser otros que la investigación continua, el desarrollo de nuevos proyectos y la consolidación de los presentes; todo ello con el fin de poder seguir mejorando la salud de las personas, sobre todo en enfermedades de alta prevalencia. «Utilizaremos fundamentalmente principios activos naturales extraídos de los cultivos de Castilla y León y, al mismo tiempo, nos enfocaremos en la integración de la alimentación como parte fundamental de la salud», concluye.



Fernando Javier Espí, Ingeniero del servicio de Mantenimiento del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. EL MUNDO

>VALLADOLID

El jefe de mantenimiento digital del hospital

El Área de Salud Valladolid Oeste cuenta con un sistema automatizado que permite monitorizar, en tiempo real, el estado de las instalaciones de los centros de salud, sobre todo, lo relacionado con calefacción y climatización. Por **É. Lera**

Huir de islas digitales. Sí, el servicio de mantenimiento del Área de Salud Valladolid Oeste quiere que la realidad tecnológica cambie la forma en la que se relacionan los diferentes centros que se encuentran dentro de su zona de influencia. Dependientes de ella hay un hospital, un centro de especialidades y 17 centros de salud, los cuales están dispersos a lo largo de la provincia de Valladolid. De hecho, alguno de ellos se ubica a 80 kilómetros del hospital. Por esta razón, decidieron *auscultar* las instalaciones para mejorar la eficiencia.

En concreto, han desarrollado un sistema automatizado que permite monitorizar, en tiempo real, el estado de las instalaciones de los centros de salud, sobre todo, las de calefacción y climatización. Gracias a esto se pueden gestionar de manera remota estos lugares, recibiendo alarmas que pueden ser atendidas antes incluso de que sean detectadas por el propio usuario del centro, y anticiparse así a la solución de incidencias y averías. Todo este entramado se maneja desde una plataforma de gestión de instalaciones que tienen en el Hospital Universitario Río Hortega. Es-

to ya está en funcionamiento en los centros de salud de Mayorga, Medina de Rioseco, Arturo Eyries, Laguna y Plaza del Ejército. Y ahora se está montando también en otros siete: Tordesillas, Alameda-Covaresa, Campo Grande, Huerta del Rey, Zaratán, Villalón y Delicias.

¿Cómo funciona? Fernando Javier Espí, ingeniero del servicio de Mantenimiento de este centro hospitalario, explica que en cada centro de salud se colocan uno o varios autómatas a los que se les conectarán los sensores y actuadores, de tal forma que, para cada instalación se realiza un análisis exhaustivo de cómo se quiere que sea el funcionamiento de dicha instalación y, en consecuencia, se genera para cada caso particular una programación específica que ofrece la posibilidad de controlar los actuadores correspondientes, como son válvulas, ventiladores, calderas, grupos de frío..., en función de los valores medidos por los sensores. «Todo esto será visualizado a través de un programa en el centro de control del hospital, pudiendo no solo analizar los valores medidos en cada centro de salud, sino también el poder actuar en consecuencia en función de esas medidas o

de las necesidades de los usuarios».

En su opinión, es un proyecto innovador porque se está utilizando la última tecnología en cuanto a los autómatas de TREND, pero el punto diferencial es que las programaciones que van a controlar las instalaciones no solo van a estar perfectamente adaptadas a cada centro, buscando una mayor eficacia y eficiencia en el funcionamiento, sino que gracias a la colaboración entre la empresa que ganó la licitación, CONSISTROL, el fabricante TREND Controls y el servicio de mantenimiento del Área Valladolid Oeste, dichas programaciones se mantendrán 'vivas' para cambiarse en función de las necesidades operativas de las instalaciones, realizándose así una labor de mejora y vigilancia continua.

En cuanto a las ventajas, insiste en que la principal es que ofrece la posibilidad de tener controladas y monitorizadas de forma centralizada las instalaciones de climatización de los centros de salud, lo que posibilita poder actuar de forma remota en ellos. Por ejemplo, esta capacidad operativa posibilita poder realizar cambios de forma rápida y

eficaz en las consignas de arranque o parón de los sistemas de clima cuando el usuario lo solicita.

Además, se reciben las alarmas programadas en tiempo real, añadiendo, pudiendo ofrecer una respuesta más rápida por parte del servicio de mantenimiento ante una avería, por lo que el mantenimiento correctivo se vuelve más eficaz. «La visualización continua de los parámetros controlados por los sensores ayuda a llevar a cabo análisis de los funcionamientos de las instalaciones, pudiendo descubrir mediciones anómalas que ayuden a prevenir averías, actuando antes de que estas ocurran», subraya Fernando Javier Espí.

Otro valor añadido, a su parecer, es que este sistema es 'abierto', es decir, permite que los elementos de campo conectados a los autómatas puedan ser de cualquier fabricante, lo que dota a todo el sistema de una mayor flexibilidad y adaptabilidad, además de la posibilidad total de integración de autómatas y dispositivos de otros fabricantes.

El ahorro es otro punto importante, ya que, tal y como expone el ingeniero del servicio de Mantenimiento del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, porque

se ha calculado que puede rondar, inicialmente entre el 3% y el 5%, sin embargo, la idea es que se optimicen las programaciones pudiendo aumentar el ahorro energético sin que suponga una disminución del confort de los usuarios.

Aparte de este ahorro energético, puntualiza que va a existir una disminución del coste de operación de los técnicos, al poderse evitar numerosos desplazamientos a los diferentes centros y otra reducción del coste de oportunidad, ya que en los tiempos que ocuparían los desplazamientos, los técnicos pueden llevar a cabo otra serie de actuaciones.

Los próximos pasos son, en primer lugar, tener una mejora continua en esta plataforma de control, con el fin de incrementar la eficacia y la eficiencia de las instalaciones de clima, adaptándose a cada centro de salud, su uso y sus usuarios, ya que no dejan de ser edificios que están 'vivos' y evolucionan con el paso del tiempo. Más tarde, adelanta que, gracias a la flexibilidad del sistema y a su escalabilidad, se planificará su ampliación a otras instalaciones, como puede ser alumbrado, medidores de energía o cualquier otra instalación.

SORIA

Heras desmiente a Villar y afirma que la radioterapia la paga la Junta

La Consejería de Sanidad confirma que el acelerador lineal, el TAC simulador y la obra de la Unidad Satélite están financiados al 100% con crédito propio del Castilla y León

MILAGROS HERVADA SORIA

El procurador del PP por Soria, Pedro Antonio Heras, desmiente a la homóloga socialista, Judith Villar, destacando que la Unidad Satélite de Radioterapia de Soria no ha recibido «un céntimo de euro de Fondos Europeos a través del Gobierno de España». Reacciona así a la entrevista publicada en este medio en el que la procuradora del PSOE aseguraba que la radioterapia va a llegar a Soria «por el trabajo del Gobierno de España, que ha traído a través de los fondos europeos dinero para sacarla adelante».

Heras reta a Villar a demostrar «si el Gobierno de España ha construido el búnker, si ha realizado alguna aportación económica para la licitación del acelerador lineal, si ha puesto fondos para el TAC simulador, o si ha puesto algún recurso para la contratación del personal».

Según el procurador del PP, la única implicación de un ente distinto a la Junta de Castilla y León será la autorización de puesta en marcha del acelerador lineal, a través del Consejo de Seguridad Nuclear. En ese sentido, Heras confía en que «la señora Villar pida a sus jefes que agilicen los trámites de dicha autorización».



Un acelerador lineal en una imagen de archivo. HDS

ción, o cuanto menos no la dificulten».

Desde la Consejería de Sanidad confirman que el acelerador lineal, el TAC simulador y la Unidad Satélite en sí están financiados al 100% con crédito propio de la Junta de

Castilla y León, como todo el equipamiento, la obra y los profesionales.

La Junta de Castilla y León aprobó en marzo pasado, en el Consejo de Gobierno, una inversión de 8,4 millones de euros para el acelerador lineal que se instalará en el Hospital de Soria y para las obras de construcción de la unidad satélite de radioterapia. En concreto, tres millones para el acelerador lineal y cinco más para las obras de la unidad satélite.

Por otro lado, desde el PP cargan las tintas contra la procuradora y afirman que «tendría que estar algo más enterada, tanto del modo en que se financian inversiones tan importantes como la Unidad Satélite de Radioterapia, como en el conocimiento de ciertos conceptos», en relación a su mención de una ampliación de la cartilla sanitaria. «Las únicas cartillas que yo conozco —asegura Heras— son con las que aprendíamos a leer, y las cartillas de racionamiento de los regímenes comunistas, como Venezuela y Cuba, que tanto gustan a Sánchez y a sus socios de gobierno y parlamentarios. Quiero pensar, siendo muy generoso, que se referirá a la Cartera de Servicios», señala en un comunicado.

Del mismo modo, critica las declaraciones de Villar sobre el «ambiente más alterado» en esta legislatura en las Cortes de Castilla y León por el acuerdo de Gobierno entre PP y Vox, y que echa de menos el anterior de PP y Ciudadanos: «Es sorprendente porque Vox es un partido totalmente democrático y no lleva golpistas, condenados por terrorismo y malversadores en sus listas, cosa que sí ocurre con los socios de Sánchez; y es sorprendente, también, porque si tanto le gustaba el gobierno de PP y Cs, parece mentira, ya que ni ella, ni sus compañeros de bancada sanchista votaron jamás a favor de los presupuestos presentados, no cejaron en deslegitimar ese acuerdo de gobierno, y es más, pusieron una moción de censura con algún tráfugo, en plena pandemia de covid-19, contra el Gobierno de coalición del Partido Popular y Ciudadanos».

Raúl de la Hoz abrirá la campaña del PP de las europeas y Mañueco visitará Soria dos veces

Francisco Vázquez plantea los comicios como una consulta sobre el Gobierno central

J.A.C. SORIA

Raúl de la Hoz estará en Soria en la apertura de campaña del PP en las elecciones europeas. El número 12 de la lista de los populares y hasta ahora portavoz en las Cortes regionales estará en Soria como «la primera de las provincias a las que va a asistir», explicó ayer el secretario autonómico del PP, Francisco Vázquez. Regresará en otro momento de la campaña, de manera que estará en dos ocasiones, lo mismo que se espera que haga el presidente de la Junta Alfonso Fernández Mañueco. Vázquez acompañó en Soria al Comité de Campaña de los populares, que tenían previsto cerrar en Almazán la ronda de consultas y explicaciones con sus cargos de cara a los comicios, según explicó el presidente provincial, Benito Serrano.

Los comicios del 9 de junio suponen «la primera ocasión que tienen los sorianos de pronunciarse sobre la labor del Gobierno central», señaló Vázquez, sobre el «giro que ha tomado el Gobierno res-



Francisco Vázquez y Benito Serrano. MONTESEGUROFOTO

pecto del programa de gobierno» con que concurrió a las elecciones generales y que no contemplaba la amnistía a los procesados separatistas de Cataluña. Más allá de Europa estos comicios «también se presentan como unas elecciones

genéricas, generales» sobre «dar privilegios a unas comunidades autónomas sobre otras» o «esa posible autodeterminación». Suponen además pronunciarse acerca de las «políticas que se están llevando por parte de la Junta». Y, «también, co-

mo es lógico, de las competencias de Europa.

El secretario autonómico explicó los ejes del programa de los populares, centrado en la economía y la «carestía de la vida» y la «subida constante de impuestos», así co-

mo en el «compromiso del PP con los servicios públicos en el territorio», una «forma distinta de ver las necesidades de las personas». Los populares aportan igualmente el «compromiso con los derechos constitucionales que se están viendo en peligro por parte de algunas formaciones» y el «compromiso con el sector primario» y «con el medio rural a través de las ayudas diferenciadas». Vázquez añadió «la protección ambiental allá donde se necesita», con «moderación en esas políticas sectaristas», y el «desafío geoestratégico mundial que se está llevando a cabo».

El PP «siempre ha sido el partido del campo», aseguró Vázquez, quien explicó el apoyo al sector a la hora de «simplificar la burocracia» y la exigencia de la «misma calidad y mismas condiciones» que las europeas a las importaciones de países extracomunitarios. «En esas cuestiones estamos dando la razón a los agricultores», indicó acerca de las protestas del campo.

«Todas las elecciones tienen un componente nacional», expuso, cuestionado sobre el carácter de plebiscito sobre el Gobierno central que el PP quiere introducir en los comicios europeos. «No nos vamos a engañar», admitió, «el trasfondo que subyace» son las políticas nacionales.

Cerca de 170 pacientes podrán recibir radioterapia en Soria

- Sanidad prevé que la nueva unidad satélite dé tratamiento al 85% de los afectados
- Seis hospitales acogieron a 193 sorianos el año pasado, siete de cada diez en Burgos

MILAGROS HERVADA SORIA

La nueva unidad satélite de radioterapia que está próxima a su culminación en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria podrá atender al 85% de los pacientes que requieren este tratamiento para combatir su enfermedad oncológica, lo que supone que cerca de 170 se quedarán en la provincia cuando comience a funcionar el servicio, fijado para el próximo 2025. Será la cifra de pacientes que ya no tendrán que viajar fuera de Soria, como venía ocurriendo hasta ahora. El año pasado, se desplazaron 193 pacientes a un total de seis hospitales, cuatro de ellos de otras comunidades autónomas, según los datos facilitados por la Consejería de Sanidad a través del Portal de Transparencia.

La gran mayoría, siete de cada diez, lo hicieron al Complejo Asistencial Universitario de Burgos, 139, y en un caso al Hospital Clínico de Valladolid. Otros 53 afectados salieron de Castilla y León. En concreto, 36 fueron al Centro de Investigación Biomédica de La Rioja, otros 15 al Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y uno al Universitario de Toledo y de Navarra, respectivamente.

La Consejería de Sanidad no dispone de un registro que recoja el número de viajes que lleva a cabo cada paciente para recibir radioterapia, que depende de la cifra de sesiones que esté prescrita en su tratamiento, además, confirma que algunos pacientes acuden con medios propios.

Es lo que hizo una paciente soriana con cáncer de mama. «Fui en ambulancia para la prueba del ganglio centinela antes de la operación y fue una experiencia tan horrorosa que después siempre fui en mi coche», relata ahora ya con el tumor supe-



MONTESEGUROFOTO

BUEN RITMO EN LAS OBRAS. Las obras del edificio que albergará la unidad satélite de radioterapia avanza a buen ritmo y cumpliendo las previsiones de que quede terminado en verano para comenzar con el equipamiento, según prevé la Gerencia de Asistencia Sanitaria. La Junta invierte en radioterapia 8,4 millones.

rado. Recuerda que el viaje en ambulancia es incómodo, «con los cristales tintados que no ves ni por dónde vas, dando bandazos y tumbos», lo que es aún más grave para una persona enferma. Ella fue a Burgos y volvió a Soria 35 veces, de lunes a viernes, para sesiones de radioterapia de tres minutos. «Tardaba más en desvestirme y vestirme», afirma.

Otros que optan por la ambulancia invierten más horas, porque hay que hacer recorrido por otras localidades para reunir a un grupo y via-

jar juntos hasta Burgos. A otra paciente de cáncer de mama la iban a buscar a su pueblo a las 6.30 horas de la mañana y con suerte siempre volvía a casa a la hora de comer. «Yo me sentía como una mercancía que metían en un vehículo donde ni siquiera puedes ver el exterior», señala, poniendo el énfasis en la «deshumanización» del transporte y de lo «vulnerables» que se sienten los pacientes. Coincide en haber padecido los bandazos y los tumbos durante el trayecto, además de sufrir por el compañero del asiento de al-

lado que regresa a casa en no muy óptimas condiciones. Ella pide que se «humanice» el transporte para aquellos que sigan viajando para poder recibir radioterapia.

En su caso fueron 17 viajes, aunque sólo 15 sesiones, porque en dos ocasiones el acelerador lineal no funcionó. «Cinco o seis horas no te las quitaba nadie», cuantifica de aquella etapa, y recuerda el estado de debilidad en el que regresaban algunos pacientes tras el tratamiento, lo que hace que sean necesarias para- das no previstas.

Con la puesta en marcha de la unidad satélite de radioterapia en el Hospital Universitario Santa Bárbara estas «odiseas» pasarán a la historia para muchos pacientes sorianos. Desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria estiman que se harán al año unas 5.000 sesiones, y que el hospital responsable de la unidad satélite será el Universitario de Burgos.

No todos los que han de recibir el tratamiento podrán hacerlo en Soria. El presidente de la Asociación Española contra el Cáncer, Jesús Aguarón, destaca que no todos los hospitales con el servicio de radioterapia pueden tratar los diferentes tumores. «Hay ciertos casos en los que por la edad o por el estado del paciente y también por el tipo de tumor o su localización, tienen que ir a otros centros a recibir tratamiento, pero no es algo que sólo se produzca en Soria», aclara.

La radioterapia contribuye en el 40% de las curaciones, y más del 60% de los pacientes con cáncer necesitan radioterapia en algún momento de su enfermedad.

LOS MÁS FRECUENTES

Aguarón indica que la mayoría de los tumores son tratados con radioterapia, si bien los más frecuentes son los de mayor incidencia en España como el cáncer de mama, de próstata, de pulmón y de recto. También los tumores del área de otorrinolaringología (cabeza y cuello) y otros digestivos, además de los tumores ginecológicos, cerebrales, sarcomas, genitourinarios, cutáneos o hematológicos.

«Los tratamientos de radioterapia son específicos para cada tumor. Los calculan los oncólogos radio-terapeutas junto con los radiofísicos. Se calcula la dosis total que precisa y se divide en el número de sesiones que se pueden administrar a ese paciente en función de su estado general. Por lo tanto, no se puede hacer una valoración exacta del número de sesiones necesarias para un determinado tipo de tumor. Tampoco hay un mínimo y un máximo, depende del tipo de tumor, de su localización y del estado general del paciente», explica el presidente de la delegación soriana de la Asociación Española contra el Cáncer.

**TIENES MOTIVOS
PARA VOLVER
A CASTILLA Y LEÓN**

La Junta de Castilla y León
pone en marcha un programa
con **AYUDAS** de hasta
6.600 €
si eres **MEJOR DE 35 AÑOS**

EL PLAZO PARA SOLICITAR ESTAS AYUDAS
FINALIZA EL **31 DE MAYO DE 2024**

Toda la información en



www.jcyl.es/pasaportedevuelta

Junta de
Castilla y León

ACTUALIDAD ECONÓMICA

BOLSA



MAYORES SUBIDAS DEL IBEX %		MAYORES BAJADAS DEL IBEX %		TIPOS OFICIALES	
CaixaBank	+2,00	Ferrovial Se	-1,68	España	4,50
ROVI	+1,68	Acerinox	-1,05	Alemania	4,50
Bankinter	+1,48	Merlin Properties	-0,92	Zona euro	4,50
Fluidra	+1,26	Acciona Ener	-0,91	Reino Unido	5,25
Enagás	+1,14	ACS	-0,90	EE.UU.	5,50
Telefónica	+1,11	BBVA	-0,88	Japón	0,10
Meliá Hotels Int.	+0,89	Cellex Telecom	-0,79	Suiza	1,50
Acciona	+0,82	IAG	-0,53	Canadá	5,00

IBEX 35

TÍTULO	ÚLTIMA COTIZACIÓN	VARIACIÓN DIARIA		AYER	VARIACIÓN AÑO		TÍTULO	ÚLTIMA COTIZACIÓN	VARIACIÓN DIARIA		AYER	VARIACIÓN AÑO		
		EUROS	%		MAX.	ACTUAL			EUROS	%		MAX.	ACTUAL	
Acciona	123,500	1,000	0,82	123,400	125,200	-20,09	-7,35	Grifols	9,924	0,038	0,38	9,812	10,045	43,50 -35,79
Acciona Ener	21,740	-0,200	-0,91	21,700	22,320	-20,58	-22,58	IAG	2,067	-0,011	-0,53	2,066	2,097	28,08 16,06
Acerinox	10,390	-0,110	-1,05	10,280	10,580	26,28	-2,49	Iberdrola	12,285	-0,030	-0,24	12,275	12,370	15,38 3,50
ACS	39,480	-0,360	-0,90	39,360	39,960	62,09	-1,69	Inditex	43,430	0,280	0,65	42,970	43,510	67,59 10,14
Aena	178,400	-0,400	-0,22	177,600	179,500	50,73	8,71	Indra	20,580	0,160	0,78	20,300	20,680	34,32 47,00
Amadeus	66,040	0,460	0,70	65,360	66,320	36,09	1,79	Logista	26,840	0,080	0,30	26,780	26,920	15,61 9,64
ArcelorMittel	24,190	-0,090	-0,37	24,180	24,650	6,83	-5,75	Mapfre	2,356	0,010	0,43	2,348	2,366	15,64 21,26
B. Sabadell	1,886	-0,003	-0,13	1,879	1,900	32,59	69,45	Meliá Hotels Int.	7,910	0,070	0,89	7,790	7,910	30,19 32,72
B. Santander	4,878	0,018	0,36	4,855	4,888	43,52	29,05	Merlin Properties	10,720	-0,100	-0,92	10,690	10,850	23,66 6,56
Bankinter	7,802	0,114	1,48	7,708	7,840	1,72	34,61	Naturgy	24,980	-0,040	-0,16	24,860	25,180	17,57 -8,48
BBVA	9,932	-0,088	-0,88	9,912	10,025	62,22	20,74	Redelra	16,670	-0,080	-0,48	16,650	16,840	-0,68 11,80
CaixaBank	4,985	0,098	2,01	4,890	4,985	17,92	33,79	Repsol	14,960	0,090	0,61	14,900	15,100	-2,69 11,23
Cellex Telecom	34,980	-0,280	-0,79	34,700	35,350	15,50	-1,91	ROVI	87,800	1,450	1,68	86,350	87,850	72,15 45,85
Colonial	6,190	-0,010	-0,16	6,160	6,250	14,03	-5,50	Sacyr	3,668	-0,004	-0,11	3,668	3,710	28,54 17,34
Enagás	14,250	0,160	1,14	14,110	14,410	8,95	-6,65	Solaria	11,000	-0,020	-0,18	10,950	11,150	8,70 -40,89
Endesa	18,340	0,105	0,58	18,220	18,390	16,05	-0,65	Telefónica	4,186	0,046	1,11	4,137	4,194	12,86 18,45
Ferrovial Se	36,400	-0,620	-1,67	36,400	36,920	14,12	10,24	Unicaja Banco	1,323	-0,003	-0,23	1,319	1,334	-5,39 48,65
Fluidra	24,160	0,300	1,26	23,840	24,160	34,91	28,17							



Un grupo de mujeres mayores sentadas en un banco de un parque en Japón. ALAMY STOCK PHOTO

El 'boom' del negocio de la muerte solitaria

El envejecimiento de la población en Japón impulsa la «economía plateada»

LUCAS DE LA CAL SHANGHAI
CORRESPONSAL

La mayoría de las veces, cuando los trabajadores de la limpieza entran en la vivienda, se enfrentan a un insoportable hedor a carne podrida porque los cuerpos ya están en descomposición. Suelen pasar varios días, incluso semanas o meses, hasta que algún vecino, alertado habitualmente

por el tufo, da el aviso a la policía y se encuentra el cadáver. En Tokio cada vez hay más empresas que se dedican a limpiar las casas de los ancianos que mueren solos.

Hace tiempo que en Japón se virilizó la palabra *kodokushi* («muerte solitaria») para hacer referencia al creciente fenómeno de personas que mueren solas, la mayoría mayores de

65 años, y cuyos cuerpos no son descubiertos hasta tiempo después.

La prensa cotidiana contó hace un par de semanas el caso de un señor de 82 años que llevaba muerto dos meses cuando el conserje de su urbanización encontró el cuerpo. El anciano murió solo y nadie se dio cuenta en una vibrante ciudad en la que viven más de 30 millones de personas.

Como el fallecido no tenía familia, todas sus pertenencias se almacenaron en el garaje de una empresa municipal, ToDo, que es la misma que limpia unas viviendas que luego no son fáciles de vender o alquilar: en una cultura tan supersticiosa como la japonesa, mucha gente no quiere vivir en un hogar en el que ha muerto una persona por si su espíritu sigue vagando por la casa. Por ello, las inmobiliarias, en muchas ocasiones, no quieren inquilinos mayores solitarios porque luego, si mueren allí dentro, se tienen que hacer cargo del coste de la limpieza y del estigma.

La semana pasada, las autoridades japonesas dijeron que este año calculan que más de 68.000 personas mayores morirán solas en sus casas. Entre enero y marzo, el total ascendió a 21.716 personas, de las cuales el 80% tenía más de 65 años. Las cifras, incluidos los suicidios, se basaron en informes que la policía recibió de hos-

Más de 68.000 mayores morirán solos en sus casas durante este año

pitales y empresas que se hacen cargo de la limpieza y de las pertenencias del difunto.

Hace 12 años, un estudio nacional que se realizó sobre el fenómeno de los *kodokushi* estimó que el número anual de muertes solitarias de personas de 65 años o más en todo Japón

era de 26.821, casi tres veces menos que las cifras de muertes que las autoridades manejan actualmente. Esto es lo que ocurre en el país más envejecido del mundo, donde casi el 30% de una población de 125 millones de personas tiene más de 65 años. Uno de cada 10 japoneses tiene 80 años o más; en Japón viven 90.000 ancianos que superan los 100 años. Medio siglo atrás, apenas eran 150.

La etiqueta del moderno Japón como el país más envejecido del mundo está haciendo que la bautizada como «economía plateada», la que gira en torno a la vejez, crezca con nuevos negocios, muchos de ellos impulsados por programas de inteligencia artificial. Hay varias empresas que se han especializado en la venta de chips y sensores para los hogares donde viven personas mayores solas. Por ejemplo, una agencia inmobiliaria, R65 Inc., instala en las casas un aparato que registra el uso de electricidad de un residente. Si detecta cualquier anomalía que indique que esa persona se encuentra dentro de la vivienda, pero sin actividad, se alerta a las autoridades. Tokyo Gas, el principal proveedor de gas y electricidad, está instalando decenas de miles de sensores en casas que pueden detectar cuándo los ocupantes ya no se mueven.

Japón está lidiando con muchos problemas relacionados con el envejecimiento, como tener la mayor proporción de personas con demencia en el mundo: un 2,3% de la población. Esto lleva a que, según registros policiales, el año pasado hubiera un récord de 18.700 desapariciones de personas con demencia.

Para revertir estas cifras, las empresas están sacando rastreadores como el diseñado por Ridgelinez, una subsidiaria de Fujitsu, que monitoriza el movimiento de hasta 20 partes del cuerpo. En Iruma, al norte de Tokio, los trabajadores sociales pegan diminutos sellos con códigos QR en las uñas de las personas con demencia. Quien encuentre a los ancianos perdidos, escaneando el código con el móvil, puede saber su dirección y el contacto de familiares o cuidadores.

CASTILLA Y LEÓN

Valladolid y Salamanca preparan ya el protocolo para extender el programa de trasplante cardiaco

Los equipos de ambos servicios de Cardiología ya se han reunido para avanzar en la «unidad única con dos sedes» que coordinará el Clínico vallisoletano y ultimar los trabajos que permitan su implantación definitiva

ALICIA CALVO VALLADOLID

El proyecto para desdoblarse el plan de trasplantes cardíacos al hospital de Salamanca no sólo sigue adelante, sino que avanza para ultimar los trabajos que permitan su implantación definitiva. Los profesionales de los servicios del Clínico de Valladolid y del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca preparan ya el protocolo para extender el programa de trasplantes de corazón al centro hospitalario salmantino. Los miembros de ambos equipos se han reunido para poner las mimbres de lo que será una alianza que dará como resultado una «unidad única con dos sedes» coordinada por el Hospital Clínico vallisoletano y que implicará a los especialistas de ambos centros.

Pese a la controversia generada por la oposición por parte del servicio cardiológico de Valladolid, y de los responsables de programas en otras comunidades (algunos de los cuales no llegan a los mínimos de actividad que esgrime la ONT como razón para desaconsejar esta unión), el grupo que dirige Alberto San Román, como jefe



Alberto San Román (Valladolid).

de servicio de Cardiología del Clínico de Valladolid, y el que encabeza Pedro Luis Sánchez, en Salamanca, mantuvieron el pasado 24 de abril un encuentro en Tordesillas, Valladolid, en el que abordaron este asunto y comenzó a fraguarse la puesta a punto del plan, según fuentes a las que ha tenido acceso este diario. Volverán a reunirse en breve, a decir de las mismas fuentes.

El propio jefe de Cardiología de Valladolid y director del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Alberto San Román, que ha mos-



Pedro Luis Sánchez (Salamanca).

trado su disconformidad con el plan y ha recabado cartas de unidades de otras comunidades que se oponían también, confirma a este diario que el encuentro se produjo recientemente. «Ya nos hemos reunido con los profesionales de Salamanca, tal y como se nos ordenó desde la Consejería de Sanidad, aunque todavía queda mucho trabajo por hacer y no manejamos fechas», asegura.

De este acuerdo resultará que algunos pacientes de la Comunidad que antes tendrían que haberse trasladado a Valladolid para un

trasplante de corazón ahora podrán ser operados en Salamanca y las intervenciones se realizarán en ambos centros.

La nueva unidad compartirá presupuesto, profesionales (trabajarán como un único equipo dividido en dos sedes) y lista de espera, aunque será Valladolid quien la gestione dada su experiencia. «La gestión de las listas de espera corresponderá al Clínico de Valladolid y en su inclusión colaborará y participará Salamanca», precisó la semana pasada el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez.

Un plan que, como ya desveló este diario en su edición de este lunes, arrancó con tres reuniones en 2021, cuando la consejera de Sanidad era Verónica Casado, de Ciudadanos, y el vicepresidente de la Junta, Francisco Igea, uno de los que ahora muestran su oposición. Tanto que hoy preguntará en las Cortes al presidente de la Junta sobre este proyecto.

Y esto pese a que aquellas tres reuniones ocultas entre cargos de la Consejería, que no trascendieron a la agenda pública, se produjeron en la etapa de Casado.

Tres encuentros de los que no consta ningún informe en contra, ni tampoco acta del contenido, según las fuentes sanitarias a las que ha tenido acceso este diario.

En ellos, según las mismas fuentes, se presentó la memoria del Programa de Trasplante de Órganos Torácicos (Pulmón y Corazón) del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, «donde se especificaron los requisitos generales para la autorización sanitaria de acuerdo al Real Decreto 1723/2012».

El titular de Sanidad ya explicó hace unos días que la petición surgió del equipo de «profesionales salmantinos en 2021», y destacó que «este hospital cuenta con dos centros de referencia nacional en precisamente dos patologías importantes que generan un cierto número de pacientes a trasplantar por presentar cardiopatías congénitas o metabólicas». Defendió que responde, además de para «reforzar el programa», a que «en un momento de falta de profesionales podrían surgir problemas en algún momento que hicieran zozobrar el programa de trasplantes de corazón».

La Junta abre un expediente sancionador a las clarisas por criar perros sin permiso

Argüello descarta la «raíz» económica del problema en Belorado / «Por un edificio no se llega a negar el Concilio Vaticano II», afirma

L.B./M.R.BURGOS

Como los panes y los peces a manos de Jesús, a las clarisas de Belorado se les multiplican los problemas. Y es que la Junta de Castilla y León tiene abierto un expediente sancionador a la comunidad por albergar en el monasterio un criadero ilegal de perros. El procedimiento, actualmente en período de alegaciones, nace tras confirmar que se lleva a cabo esta actividad sin disponer del permiso necesario para ejercer como núcleo zoológico.

La investigación efectuada por el Servicio de Protección de la Naturaleza (Seprona) de la Guardia Civil se remonta a hace más de un año, pues sus efectivos se personaron en el convento en febrero de 2023, tras varias quejas de los vecinos de la zona a causa del ruido existente.

La repercusión de la reciente y po-

lémica salida de la Iglesia de las religiosas ha servido a la Asociación Protectora de Animales de Burgos (Proanbur) para iniciar una campaña en redes sociales que insta a presionar para que los canes salgan cuanto antes del cenobio. Llamen además a sus seguidores a enviar mensajes a las distintas cuentas gestionadas por las clarisas para reclamar el cierre de este «negocio paralelo». «Las hemos escrito para mostrarles nuestra desaprobación», afirman y claman que «no todo vale por dinero».

«Nos consta que ahora mismo tienen más de 20 animales», explica Judith Sánchez, voluntaria de la agrupación que reclama la retirada inmediata de los perros, con independencia de los plazos administrativos, que suelen dilatarse en estos casos y permiten que se mantenga la actividad



Sor Sión y otra hermana de Belorado junto a varios cachorros. ECB

pese a tener constancia de su ilegalidad. Tanto fuentes de la Guardia Civil como la representante de la entidad local coinciden en destacar que la irregularidad cometida por las monjas es burocrática, pues las instalaciones cumplen al parecer con los requisitos exigidos para garantizar el bienestar animal.

Con todo, lo constatado es más que suficiente para que haya que desmantelar el criadero en cuestión. Según relata Sánchez hace ya muchos

meses que Proanbur supo de su existencia y conoció que las clarisas vendían cachorros por internet, algo totalmente prohibido. «Nos comenzaron a llegar mensajes, pero no podíamos corroborarlo», añade.

Fue a raíz del mediático cisma, y las informaciones sobre los negocios de las religiosas, cuando entraron en contacto con varios vecinos de Belorado que confirmaron punto por punto sus sospechas. «Cuando tienes un criadero debes pedir la licencia medioam-

biental municipal para, una vez obtenida, remitirla a la Junta y que te conceda el permiso de núcleo zoológico. El Ayuntamiento, antes de dar paso alguno, sacó esta petición a consulta pública y varios vecinos se negaron por las molestias que podía ocasionar», y fundamentalmente, porque es una actividad que no puede desarrollarse en área urbana, explica la representante de Proanbur. Las clarisas obviaron la denegación de su solicitud y siguieron con la cría de perros.

Aunque las monjas no publicitan tan lucrativo negocio, sí que publicaron en su momento fotografías que las «delatan». En ellas, ya en septiembre de 2022, posan con varios cachorros -hasta siete ejemplares diferentes de razas distintas, todas comerciales- en una clínica veterinaria que recomiendan como su servicio de confianza.

Por otra parte, el arzobispo de Valladolid y presidente de la Conferencia Episcopal, Luis Argüello, abordaba ayer el cisma protagonizado por la comunidad de Belorado y aseguraba que «la raíz» de la situación que se vive en el convento «no tiene principalmente que ver ni con los inmuebles ni con lo económico», aunque el «detonante de la situación final haya podido ser ese». «Por un edificio no se llega a negar el Concilio Vaticano II y todos los papas posteriores, en los que han hecho su propia profesión religiosa», valoró.

MENÚ DEL DÍA

SORIA
Si por algo se caracteriza la dieta mediterránea, una de las mejores del mundo por su equilibrio y por ser garante de la salud, es por el aceite de oliva. Las condiciones de su mercado, por los costes de producción y adversa climatología, entre otros factores, han provocado un aumento del precio de venta al público, pero, no obstante, sigue siendo el ingrediente estrella que no falta en ninguna buena receta.

El aceite de oliva protege contra la inflamación, el estrés oxidativo y el riesgo cardiovascular provocados por el envejecimiento. Así lo señalan los estudios científicos que cada vez aportan más pruebas de las propiedades beneficiosas para la salud. Hace solo unas semanas, un equipo investigador del Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología de la Universidad de Córdoba anunciaba el resultado de un estudio en el que demuestran que el aceite de oliva presenta un efecto protector contra diferentes enfermedades. En su investigación se estudió cómo el aceite afecta a las proteínas plasmáticas de ratas jóvenes (6 meses) o viejas (24 meses), alimentadas a lo largo de su vida con dietas que contenían como fuente grasa aceite de oliva virgen o aceite de girasol. De esta forma comprobaron que en aquellos animales alimentados con aceite de oliva se redujeron los niveles plasmáticos de las proteínas de fase aguda (presentes en los procesos inflamatorios), en proteínas habituales en situaciones de estrés oxidativo (que ocasionan daño a las células) y las relacionadas con la coagulación sanguínea, el riesgo cardiovascular y con el metabolismo y el transporte de lípidos.

Gracias a su alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados (ácido oleico) y poliinsaturados (ácido linoleico), el aceite de oliva aporta importantes beneficios, eleva los niveles de colesterol HDL (bueno), disminuye el colesterol LDL-c (colesterol malo), beneficia el control de la hipertensión arterial, reduce la aparición de trombosis y previene la aparición de diabetes. La ingesta diaria recomendada es de tres a seis raciones, sin embargo, las personas que sufran obesidad y que estén bajo tratamiento dietético deben controlarlo siguiendo los consejos de su médico.

Cien gramos de aceite de oliva extra virgen proporciona el 96% del consumo diario recomendado de vitamina E, antioxidante

El aceite de oliva, un lujo para la salud



HDS

Cien gramos de aceite de oliva extra virgen proporciona el 96% del consumo diario recomendado de vitamina E (conocido antioxidante) y un 50 % del consumo diario sugerido de vitamina K, que ayuda a incrementar la densidad ósea y prevenir osteoporosis y también tiene un papel importante en la prevención de la enfermedad del Alzheimer al impedir el desgaste de las neuronas.

El empleo de aceite de oliva en la cocina mediterránea es fundamental. Como aderezo de ensaladas y guisos, y hasta para freír patatas. En

este último caso, los nutricionistas recomiendan su utilización por encima de cualquier otro aceite vegetal, ya que a altas temperaturas sigue manteniendo sus propiedades.

Hay un sinfín de usos de aceite en caliente pero es en crudo cuando el aceite de oliva mantiene intactas todas sus propiedades organolépticas. Durante el proceso de calentamiento sufre un proceso denominado polimerización oxidativa que hace que evaporen y se pierdan polifenoles y antioxidantes. Cabe decir en este punto que en compara-

ción con otros aceites vegetales (que además desprenden sustancias tóxicas durante un excesivo proceso de calentamiento), el aceite de oliva posee un porcentaje de pérdida menor. Su evidente resistencia reside en los ácidos grasos que posee, eso no quita que, si recalentado repetidas veces su contenido fenólico y de antioxidantes disminuya gradualmente.

En cuanto a la fritura por ejemplo, es recomendable que el aceite de oliva no se caliente demasiadas veces y siempre que se utilice se mantenga

la temperatura entre 180 y 200°C. Si sobrepasa esa temperatura se acelera la degradación del mismo y no se recomienda su reutilización. Si se respeta la temperatura sugerida, se recomienda reutilizarlo un máximo tres veces y una vez terminado el ciclo reciclarlo en un punto limpio adecuado, nunca desecharlo por el fregadero.

Respecto a los tipos de aceite de oliva, mucho depende del tipo de aceituna o del estado de madurez de la oliva. Las ensaladas al ser más amargas, se combinan mejor con aceites virgen extra o manzanillo, que son aceites más sabrosos y frescos con los cuales los herbáceos combinan a la perfección. Si además a la ensalada se añaden frutas amargas (o quesos como el de cabra), se recomienda el uso del aceite hojiblanca. Por otro lado, si las frutas añadidas son dulces (como las peras) se recomienda el uso de aceite arbequina.

Incluir el aceite de oliva extra virgen en la dieta es una alternativa natural a los antiinflamatorios y analgésicos tradicionales. Estudios en Estados Unidos y España han comprobado que un elemento de este aceite es capaz de impedir la actividad de las enzimas COX, una acción farmacológica propia de otros medicamentos.

LA RECETA

Escabeche de verduras. Ingredientes: 1 calabacín, 3 zanahorias, 1 pimiento rojo, 1 verde, 2 cebollas, 1 berenjena, pimienta negra molida, sal, 2 cucharadas de azúcar moreno, 2 de comino, 250 ml de vinagre de manzana y 500 ml de aceite de oliva virgen extra. En una olla con un poco de aceite, sofreír el calabacín, la zanahoria, el pimiento rojo y verde, la cebolla y la berenjena, todo cortado en dados. Salpimentar y sazonar con comino. Verter 1/2 litro de aceite de oliva y 250 ml de vinagre. Agregar el azúcar moreno y hervir. Dejar a fuego medio hasta que las verduras estén blandas. Enfriar e introducir en el frigorífico durante 24 horas.



EL VEHÍCULO DESTACADO DE LA SEMANA

Madurga Selection

16.900€

Cuota desde 169 €/mes

SKODA Kamiq 1.0 TSI 81kW 110CV Ambition 5p.

Gasolina 2021 38341 km 1 año de garantía



Madurga Selection C/ Eduardo Saavedra 44-46 · Soria · T. 975 22 14 50



SALUD | PAPEL

3.000 MUERTOS Y MÁS DE 30.000 BRITÁNICOS INFECTADOS DE HEPATITIS Y VIH

Escándalo. Ya se conoce el trágico impacto de las transfusiones con sangre contaminada en los años 70 y 80. "Hoy es un día de vergüenza", lamenta primer ministro, Rishi Sunak

Por María Sierra (Londres)

Cerca de 3.000 muertes y más de 30.000 infectados por transfusiones realizadas con sangre contaminada en Reino Unido entre 1970 y principios de los 90. «Un día de vergüenza para el Estado británico». El veredicto lo pronunció el primer ministro del Reino Unido, Rishi Sunak, en respuesta al informe final de la comisión investigadora del escándalo de la sangre contaminada que se administró en el sistema sanitario público en los años 70 y 80, el NHS, publicado ayer. «Una década de fallos morales», añadió el político conservador en su comparecencia en el Parlamento de Westminster, donde emitió un *mea culpa* en nombre del Estado por el «catálogo de errores sistemáticos» cometidos en cada fase y punto de la cadena de instituciones y entes sanitarios, sociales, políticos y educativos.

Más de 30.000 personas fueron infectadas por transfusiones realizadas con sangre contaminada en Reino Unido entre 1970 y principios de los 90 en una «catástrofe» sanitaria que pudo evitarse, según la investigación cuasi judicial presidida por Brian Langstaff. Se considera el

«tratamiento más desastroso en la historia de la NHS», que propagó los virus de la hepatitis B y del sida a unos estimados 3.000 hemofílicos, incluidos menores de edad.

Un alto porcentaje de los infectados ha muerto prematuramente, sin conocer la verdad de su situación ni exigir la rendición de cuentas por parte de los responsables. La

conclusión de la investigación independiente, después de ocho años de andadura y la aportación de testimonios de casi 5.000 personas, debería marcar el inicio del final de la catástrofe.

El gobierno conservador y la oposición laborista se han comprometido a indemnizar tanto a infectados como a los afectados por la tragedia, es decir, el círculo de familiares o cuidadores de las víctimas directas.

Sunak hizo hincapié en los «errores colectivos e individuales» destapados en la revisión, en la «actitud

de negación» de los problemas y en el «deliberado encubrimiento» de las malas prácticas a lo largo del proceso, cotejados finalmente por Lagstaff.

El informe confirma que niños escolarizados en un internado donde el NHS gestionaba una unidad de atención de hemofílicos fueron tratados, con fines experimentales, sin el consentimiento de sus padres y a sabiendas de que los productos de plasma tenían un alto riesgo de estar contaminados.

La investigación abierta en 2018 ha concluido que el sistema público de Sanidad y el Gobierno británico «encubrieron» el escándalo durante décadas después de que las víctimas fueran expuestas a riesgos «inaceptables» a sabiendas. «La respuesta de los que estaban en posiciones de autoridad agravó más el sufrimiento de los afectados», manifestó Lagstaff.

Sunak emitió una «sentida disculpa» a las víctimas y sus familiares. «Lo siento de verdad», exclamó en la Cámara de los Comunes. Fue una jornada de gran expectativa y algunas familias y grupos de hemofílicos presenciaron en directo la intervención parlamentaria, en la que diputados de todos los partidos expresaron pesar y la voluntad de enmendar los errores del pasado. «Reconozco que no protegimos a los más vulnerables de nuestro país», manifestó Keith Starmer, el líder laborista y candidato favorito a entrar en Downing Street en las elecciones previstas en el otoño. «Os falló la política. Eso incluye a mi propio partido. Solo vale una palabra: *sorry* (lo siento)».



Un familiar de una víctima lleva una camiseta con una imagen de un niño que fue contagiado.
BENJAMIN CREMEL / AFP

El gobierno anunciará este martes los detalles de un paquete completo de indemnizaciones, «al coste que requiera», dijo Sunak. El primer ministro se comprometió también a estudiar las doce recomendaciones del panel investigador y a implementar medidas adecuadas para impedir que una tragedia similar pueda volver a suceder.

CASTILLA Y LEÓN

Sacyl indemniza a la familia de un muerto por un diagnóstico tardío de cáncer

Sanidad pagará 124.000 a sus familiares después de que durante tres años le diagnosticaran anemia en Palencia

RAÚL RUANO VALLADOLID
Sacyl tendrá que indemnizar a una familia de un paciente fallecido por un retraso en su diagnóstico. Una falta de pruebas que no pudieron determinar el alcance de la enfermedad de un hombre que terminó falleciendo cuando de verdad descubrieron la enfermedad que tenía. El montante total que deberá pagar la Consejería de Sanidad, tres años después del fallecimiento, asciende a los 124.000 euros. El hombre de 58 años comenzó en 2016 a acusar ferropenia y sangre oculta en las heces. Su médico de cabecera, en el Centro de Salud Los Jardinillos, en Palencia capital, le diagnosticó anemia. Para contrarrestar esta supuesta enfermedad, que en realidad no padecía, se le pautó un tratamiento con hierro y controles periódicos.

Esta situación se prolongó en el tiempo durante tres años, con una sintomatología cada vez más acusada, según señala la asociación El Defensor del Paciente en un comunicado remitido a los medios. Pese a que los síntomas empeoraban, el tratamiento continuó con la misma pauta sin cambio alguno. No se derivó al paciente al especialista para realizarle pruebas complementarias y determinar por qué no mejoraban los resultados analíticos, pese a la medicación durante tres años para tratarle esta supuesta anemia.

No fue hasta octubre de 2020 cuando el paciente acudió al médico especialista donde se le realizaron pruebas complementarias y se le diagnosticó un cáncer gástrico, causante de los problemas que llevaba arrastrando los últimos tres años y que nada tenían que ver con la supuesta patología que se le detectó en un primer momento. Desgraciadamente la enfermedad ya estaba avanzada, en estadio IV, con metástasis y peritoneal; por lo que era no era posible aplicar un tratamiento efectivo a este hombre. El paciente falleció en febrero de 2021.

Tras estos hechos, la mujer e hija del paciente fallecido presentaron una reclamación ante el Sacyl. La Inspección Médica emitió un informe desfavorable al entender que la actuación de Atención Primaria y del Hospital Río Carrión

de Palencia habían sido correctas. En cambio, el Consejo Consultivo de Castilla y León emitió un dictamen totalmente opuesto, proponiendo la estimación de la reclamación, ante la evidente ausencia de pruebas que llevarán a determinar por qué durante tres años el paciente no mejoraba pese al tratamiento.

Así, el Consultivo considera que hubo una excesiva demora en la petición y realización de las pruebas necesarias para averiguar la causa del empeoramiento del paciente. La defensa ha sido llevada a cabo por el Abogado Santiago Díez Martínez, del Bufete SDS Legal, despacho encargado de los Servicios Jurídicos de la Asociación El Defensor del Paciente en Castilla y León. «No es justificable que un paciente permanezca durante más de tres años sin que se le realice ni una sola prueba diagnóstica para averiguar el origen de sus dolencias, mientras el médico ve cómo se va consumiendo víctima de un cáncer que daba signos de alarma», lamentó la presidenta, Carmen Flores.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Jueves 23 de mayo 2024

Matilde Sánchez Reyes,
Sergio Cobos,
Fátima Matute,
Marco Pompignoli,
Mónica García,
Laura Múgica,
Carlos Murillo,
Rosario Serrano y
Daniel Aparicio.
SERGIO ENRIQUEZ

LOS GALARDONES 'ADMIRABLES' DE LA SANIDAD

Gala sanitaria. 'Diario Médico' y 'Correo Farmacéutico' reúnen a la sanidad española en la IV edición de los premios que reconoce la labor de 12 profesionales

Por EL MUNDO

Desde el área de Salud de Unidad Editorial, a través de sus publicaciones líderes *Diario Médico* y *Correo Farmacéutico*, se entregaron ayer los Premios Admirables 2024, unos galardones que reconocen la trayectoria y la labor diaria de los profesionales sanitarios. «No son héroes, son personas que quieren hacer bien su trabajo y por eso debemos dotarles de las herramientas necesarias». Estas fueron las palabras de Mónica García, ministra de Sanidad, en el discurso de clausura que también destacó la «labor de hormiguita» de estos medios sanitarios y de sus valores fundamentales que «deberían trasladarse a la política», como «la responsabilidad, el rigor y la independencia de la mano de la evidencia científica».

Antes que ella, la consejera madrileña, Fátima Matute apuntó que «aquí están todas las profesiones que miran al futuro a través del ejercicio de una medicina más compleja pero que nosotros tenemos que hacer más sencilla para acompañar al paciente». Estos galardones nacieron con la irrupción del Covid-19 como homenaje a la labor sanitaria en la pandemia. El acto tuvo lugar en la Real Fábrica de Tapices y reunió a importantes personalidades del sector sanitario de nuestro país.

En esta IV edición de Admirables, que también es el XXXII aniversario de *Diario Médico*, se otorgaron 12 galardones en cuatro categorías. En Medicina, se distinguieron las trayectorias de Luis Madero, uno de los padres de la Oncología Infantil y referente en España en esta área, es jefe de Servicio de Oncohematología y Trasplante Hematopoyético en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid; Julio Ancochea, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario La

de Investigación Clínica en Inmunoterapia del Cáncer del Hospital 12 de Octubre-CNIO; Miguel Ángel Martínez González, catedrático de Salud Pública en la Universidad de Navarra, Catedrático Adjunto de Nutrición en la Harvard TH School of Public y jefe del grupo del Ciberobn; y Carmen Ayuso García, jefa del departamento de Genética del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y directora científica del Instituto de Investigación FJD.

En Farmacia, destacan María Sanjurjo, jefa del Servicio de Farmacia Hospital General Universitario Gregorio Marañón desde 1997; Ana Daria Deza, vocal de Oficina de Farmacia del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia; y Ana López-Casero, fue tesorera del Consejo General de COF de 2021 a 2023 y miembro de su órgano de gobierno desde 2018.

En Enfermería, cabe destacar a Mayte Moreno, directora de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investen-ISCIII), del Instituto de Salud Carlos III, y miembro de la Academia Americana de Enfermería; Mercedes Montoro Lorite, enfermera de práctica avanzada en terapia CAR-T en el Hospital Clínic de Barcelona y responsable del eje de Enfermería de Terapia Celular en el Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular (GETH); y Soledad Gallardo Bonet, gerente del Hospital Son Llàtzer, de Palma de Mallorca.

El director Editorial del Área de Salud de Unidad Editorial, Daniel Aparicio, durante su intervención resaltó que «nuestros 12 Admirables de este año no son súper héroes ni tienen más vocación que los demás. El motivo por el cual hoy les distinguimos es por su compromiso y su liderazgo. Por su capacidad para imaginar lo que el Sistema Nacional de Salud podría

32 ANIVERSARIO DIARIO MÉDICO

ADMIRABLES 2024



Princesa de Madrid y un referente nacional en el abordaje de la patología respiratoria; y Eduard Vieta, el jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona y del grupo de investigación en trastornos bipolares y depresivos del Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer (Idibaps). En Investigación, Luis Álvarez-Vallina, inmunólogo e investigador del Instituto i+12, jefe de la Unidad Mixta

ser y por dirigir todas sus acciones, pequeñas y grandes, a construirlo». En este sentido, Rosario Serrano, directora de Negocio del área, añadió que «queremos ser aliado de las administraciones públicas y contribuir en la prevención en salud».

CASTILLA Y LEÓN

La Junta dice que «los pacientes van a ganar» con la extensión de los trasplantes cardiacos a Salamanca

R. G. VALLADOLID

La ampliación del programa de trasplante cardíaco de Castilla y León del hospital Clínico de Valladolid a Salamanca, haciendo que tenga dos sedes y recursos compartidos, servirá para que la Comunidad mejore en esta materia. Así lo defendió este martes el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, quien garantizó que con la iniciativa «va a ganar Valladolid, va a ganar Castilla y León y van a ganar los pacientes».

Así lo expuso durante el pleno de las Cortes de esta semana y preguntado por el procurador del Grupo Mixto, Francisco Igea, acerca de las instrucciones que desde la Junta se habían dado en este sentido. «Usted bien sabe la respuesta», replicó Mañueco a su ex socio de gobierno, «la instruc-

ción es la de mejorar la atención a las personas. Es un buen programa que se va a reforzar para proteger la salud de las personas», incidió.

Ya en el turno de réplica, Mañueco incidió acerca de este asunto en que la línea que sigue la Junta es la de una «alianza estratégica entre hospitales marcada por la consejería de Sanidad a lo largo del año 2021», con lo que puso de manifiesto que fue planteado en la etapa en la que el departamento lo encabezaba Verónica Casado, de Ciudadanos, el mismo partido del que Igea formaba parte en aquel entonces cuando, además, ocupaba la Vicepresidencia de la Junta.

Durante su intervención, Mañueco puso el acento en que con esta iniciativa, Castilla y León contará con

«un único programa de trasplantes que va a sumar más capacidades». Auguró, además, que «esto va a aumentar número de trasplantes y donaciones» y que garantizará «la supervivencia del programa en Valladolid» y lo va a «fortalecer».

«Castilla y León es un referente nacional en donaciones y trasplantes y vamos a seguir mejorando», finalizó el presidente de la Junta.

Por su parte, Francisco Igea defendió que el programa «pone en riesgo la supervivencia de los pacientes» y recordó que fue en abril de 2021 cuando la dirección del hospital Clínico de Salamanca pidió poder hacer trasplante cardíaco, pero en mayo de ese mismo año la Gerencia Regional de Salud denegó y desaconsejó hacerlo por el número de intervenciones. Sin

embargo, con el cambio de legislatura y gobierno y «sin nada por escrito», desde la Junta ahora «vuelven a la carga», aunque la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) lo desautorice, porque puede aumentar el riesgo de mortalidad de esos pacientes.

«Ustedes no cejan e insisten», dijo Francisco Igea, quien aseguró que en diciembre de 2022 se ha vuelto a pedir un programa de trasplante cardíaco para Salamanca, pese a la oposición de la ONT, los jefes de servicio, la Federación de Pacientes y la Sociedad Española de Cardiología. El hecho, añadió, es que la Junta no niega que esto se vaya a hacer, a pesar de que con ello «dijo» se ponga en riesgo la supervivencia de los pacientes para «contar el apoyo de los medios de Salamanca», informa Ical.

VÁZQUEZ: «NUNCA SE HA ACTIVADO NI SE ACTIVARÁ UN PROTOCOLO ANTIABORTO»

El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, aseguró ayer que «nunca se ha activado ni se activará» un protocolo que vaya en contra de la ley de salud sexual y reproductiva, mientras que la socialista Patricia Gómez recordó que el texto sigue en la web oficial de la Junta de Castilla y León y pidió que se retire.

«¿Tiene pensando la Junta de Castilla y León activar el protocolo antiaborto tal y como ha solicitado el vicepresidente de la Junta de Castilla y León?», preguntó la parlamentaria socialista en el pleno de las Cortes, a lo que recibió el rechazo del titular de Sanidad, quien manifestó que el asunto fue aclarado en enero de 2023 por el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, informa Ical.

En su intervención, Gómez subrayó que el protocolo antiaborto, que presentó el vicepresidente, Juan García-Gallardo, después de un Consejo de Gobierno y en presencia del portavoz de la Junta, sigue colgado en la web oficial y reclamó que sea retirado. «Celebro que no tengan pensado aplicarlo, pero si lo tenían pensado», aseveró.

CESM VE UNA «OCURRENCIA» LA PROPUESTA DE PP Y VOX PARA ATRAER SANITARIOS

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos en Castilla y León (CESM) tachó ayer de «ocurrencia» la proposición de ley presentada por el Grupo Popular y VOX de medidas extraordinarias para la provisión de Puestos de Dificil Cobertura, al tiempo que pide una reunión «urgente» para «llegar a un acuerdo sobre medidas que de verdad puedan solucionar este problema», informa Europa Press.

«En los últimos días estamos teniendo conocimiento por su difusión en los medios de comunicación y su publicación en la página web de las Cortes, de la proposición de ley presentada por el Grupo Popular y VOX de medidas extraordinarias para la provisión de Puestos de Dificil Cobertura», explicó el sindicato a través de un comunicado para añadir que presenta medidas «que modifican las condiciones laborales de los profesionales médicos y no han sido habladas con ninguno de los representantes de sus organizaciones profesionales».

Para CESM, la necesidad de abordar este problema es «indudable» y ha sido «desde hace muchos años una de las reivindicaciones» del sindicato.

Las enfermedades de transmisión sexual registran una tendencia al alza

La llamada de atención salta del centro de salud de Covalada reclamando prevención por el aumento de casos / Ayuntamientos de Pinares lanzan una campaña de concienciación

MILAGROS HERVADA SORIA

La tendencia es general y también ha llegado a Soria. El aumento de enfermedades de transmisión sexual es una realidad y todo apunta a la relación en las medidas de prevención como causa. La llamada de atención saltó la semana pasada en el Consejo de Salud del centro de salud de Covalada, donde se expuso un incremento de casos, que ha llevado a los ayuntamientos de la zona a lanzar una campaña de sensibilización para tratar de frenar los contagios.

Sífilis y gonorrea son las enfermedades detectadas en los últimos meses en la comarca, pero no hay motivo de alarma, destaca la jefa del Servicio Territorial de Sanidad, Elena del Vado, quien constata que la tendencia es general en todo el país, y también en la provincia, con casos en los distintos centros de salud, principalmente en la capital, consecuencia lógica de una mayor población. «En Soria hay semanas de cuatro o cinco diagnosticados pero también hay semanas que no hay ninguno», especificó. Las enfermedades de transmisión sexual son de declaración obligatoria. Explica que también hay casos de sida, pero eso no significa que sean nuevos puesto que es una enfermedad que prevalece en el tiempo.

En cuanto a los casos de enfermedades de transmisión sexual detectados en la comarca de Pinares, con varios afectados de sífilis, gonorrea y sida, Vinuesa es la localidad más afectada por esta incidencia, «preocupan-



Centro de salud de Covalada. MARIO TEJEDOR

te», como reconoció el alcalde, Juan Ramón Soria, tras conocer la información facilitada en el Consejo de Salud del pasado 15 de mayo, que cifró en unos siete casos en enero y otros tantos en febrero.

Según asistentes al Consejo, allí se informó de que el aumento estaba por encima de la media nacional y que era un problema sanitario grave, cifrando en al menos dos los casos de sida. Y éste es uno de los aspectos que más preocupa. «Me preocupa que

existan porque puede haber más. En el resto de enfermedades como gonorrea y sífilis se trata con medicación, pero el VIH es más complicado», aseguró el alcalde de Covalada, José Llorente.

En los ayuntamientos ya han lanzado una campaña de sensibilización, con carteles distribuidos por la Junta de Castilla y León, informando de teléfonos y protocolos «para una sexualidad sana y responsable».

El origen de esta incidencia es des-

conocido y el rango de edad de los afectados está entre los 20 y los 40 años, por lo tanto quedan fuera los adolescentes, que, desde el punto de vista de la concienciación, se consideran más vulnerables, pero no es este el caso. El alcalde de Vinuesa insistió en la necesidad de tomar precauciones para evitar los contagios y habló de «estupidez en pleno siglo XXI con toda la información disponible que existe al respecto». «No es cuestión de alarmar pero sí hay inquietud

por algo que no ha existido y ahora tenemos», añadió Soria.

La acción ahora desde los ayuntamientos pasa por distribuir los carteles informativos y que también lo hagan las diferentes asociaciones, que igualmente asistieron al Consejo de Salud de la semana pasada, al objeto de que llegue al mayor número de personas posible. Los ayuntamientos ya han colgado los carteles en sus páginas web y en las redes sociales.

La responsable del Servicio Territorial de Sanidad de Soria quiso hacer hincapié en la necesidad de adoptar medidas de prevención, «porque parece que se está olvidando la im-

Los consistorios buscan concienciar con una campaña informativa

La capital registra el mayor número de casos por tener más población

portancia de adoptarlas para evitar la transmisión. La gente le ha perdido un poco el miedo. Quizá se están utilizando otros métodos pero que no impiden que se contagien estas enfermedades», concretó.

Respecto al Consejo de Salud celebrado en Covalada, del que tuvo conocimiento por asistentes al mismo, señaló que el coordinador del centro de salud de Covalada «buscaba incidir en el hecho de que los casos estaban aumentando, como ocurre a nivel general, para sensibilizar a la población y que se podían tomar medidas», como así ha ocurrido ya con las campañas lanzadas, pero sin generar ninguna alarma, quiso manifestar la jefa del Servicio Territorial.

Rechazada la moción de Soria Ya de incentivos para fomentar la natalidad

Ceña considera que las políticas puestas en marcha por la Junta «son o muy insuficientes o directamente ineficaces»

SORIA

Las Cortes de Castilla y León rechazaron ayer una moción presentada por el Grupo UPL-Soria Ya que instaba a la Junta a introducir incentivos a las familias y empresas para favorecer la conciliación e incrementar la natalidad. La propuesta contó con el respaldo de los 37 procuradores de toda la oposición, pero no con los 43 que suman PP y Vox, que argumentaron que muchas de las medidas propuestas ya están en marcha y funcionan «poco a poco», tal y como defendió la 'popular' Inmaculada Ranero.

El portavoz de la formación Ángel Ceña recordó que la cifra de nacimientos «ha caído en picado» des-

de que el presidente del Ejecutivo autonómico, Alfonso Fernández Mañueco, llegó a la Presidencia en 2019, al pasar de 14.323 a 12.461 nacimientos en 2023, que supone 1.862 menos y un descenso en cuatro años del 13 por ciento. «Pese a los anuncios grandilocuentes y magníficos incentivos fiscales o cheques bebé de los que tanto presumen, la natalidad cae en picado», sentenció Ceña, encargado de presentar la propuesta durante la segunda sesión del Pleno.

A su juicio, en la Comunidad hay «muchos ciudadanos que no tienen los hijos que desean tener y hay un desfase entre la fertilidad real y la deseada», algo que achacó a las jorna-

das partidas de trabajo, el «difícil acceso» a la vivienda, el «desigual reparto de cuidados» y una «tardía emancipación de los jóvenes», que cae al 14 por ciento, dijo, en las personas de entre 16 y 19 años, «de las más bajas de España». Por ello, aseguró que las políticas puestas en marcha por la Junta «son o muy insuficientes o directamente ineficaces, a la vista de los datos».

EMPRESAS

Algunas de las medidas que incorporaba la moción se referían a la puesta en marcha de un plan con incentivos a las empresas para el abandono de la jornada partida en el caso de madres y padres con hijos me-

nores de 12 años, o con hijos menores de edad con una discapacidad igual o superior al 33 por ciento; modificar las subvenciones destinadas a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral y en concreto la línea de reducción de jornada, estableciendo el límite anual de rentas para poder acceder a estas ayudas en 50.000 euros anuales, en el caso de que se trate de dos cónyuges, o en 30.000 euros en el caso de familias monoparentales.

También, establecer la cuantía de la ayuda en 5.000 euros anuales si se cumple el requisito de una reducción de jornada como mínimo en un 40 por ciento durante al mínimo seis meses ininterrumpidos e incrementar en 2.000 euros esta ayuda en el caso de familias numerosas, monoparentales, que residan en municipios de menos de 10.000 habitantes o con hijos con discapacidad igual o superior al 33 por ciento; reformar el Bono Concilia para ampliar los beneficiarios a familias con hijos menores de 12 años; modificar la cartera de servicios del

Sacyl para ampliar la edad límite de las mujeres para acceder a la reproducción asistida gratuita a los 45 años, tal y como ya han hecho otras comunidades autónomas; y ampliar horarios en la escolarización gratuita en el primer grado de educación infantil.



**Centro de Reconocimiento Médico
CRUZ ROJA
PERMISOS DE CONDUCIR
Y OTROS RECONOCIMIENTOS**
Lunes a Viernes:
Mañanas de 09:30 a 13:30 horas.
Tardes de 16:30 a 18:30 horas.
Julio y Agosto: Horario de mañana
C/ Santo Domingo de Silos, 1. Soria
Registro Sanitario JCYL 42-C2510-0001
Registro DGT 50-0001
Agrega: miércoles, de 16:00 a 19:30 horas
Registro sanitario 42-C2510-0003
Cita previa: 975 212 641
crmsoria@cruzroja.es

MONOGRÁFICO ESPECIAL



Avances en el tratamiento microquirúrgico de la estenosis del canal lumbar

A medida que envejecemos, la columna vertebral se ve inevitablemente afectada por el uso continuo y el desgaste diario. Esto conduce a cambios degenerativos que resultan en el estrechamiento progresivo del canal raquídeo, el cual alberga las raíces nerviosas y la médula espinal. Este estrechamiento puede desencadenar un dolor lumbar debilitante y limitaciones significativas en la movilidad.

¿Cómo impacta la estenosis del canal lumbar en los pacientes?

Diariamente recibimos en nuestra consulta a un gran número de personas mayores que, a pesar de gozar de buena salud, desean mantener su calidad de vida. Los síntomas clínicos que experimentan son dolor lumbar que se irradia hacia los glúteos, acompañado de sensaciones como hormigueo, quemazón, entumecimiento y pérdida de fuerza en las piernas al caminar, lo cual les obliga a detenerse o sentarse.

Sus familiares observan cómo el paciente adopta una postura encorvada y flexionada hacia adelante para aliviar el malestar. Esta limitación en la movilidad y el dolor tienen un impacto significativo en su calidad de vida, llevándolos al aislamiento social y familiar, y contribuyendo a síntomas depresivos y deterioro cognitivo.

¿Qué impacto tiene en las personas de edad avanzada?

La estenosis del canal lumbar afecta con mayor frecuencia a los adultos mayores de 70 años, sin hacer distinción entre hombres y mujeres. En la última década, hemos sido testigos de cómo esta afección se ha convertido en un problema de salud pública.

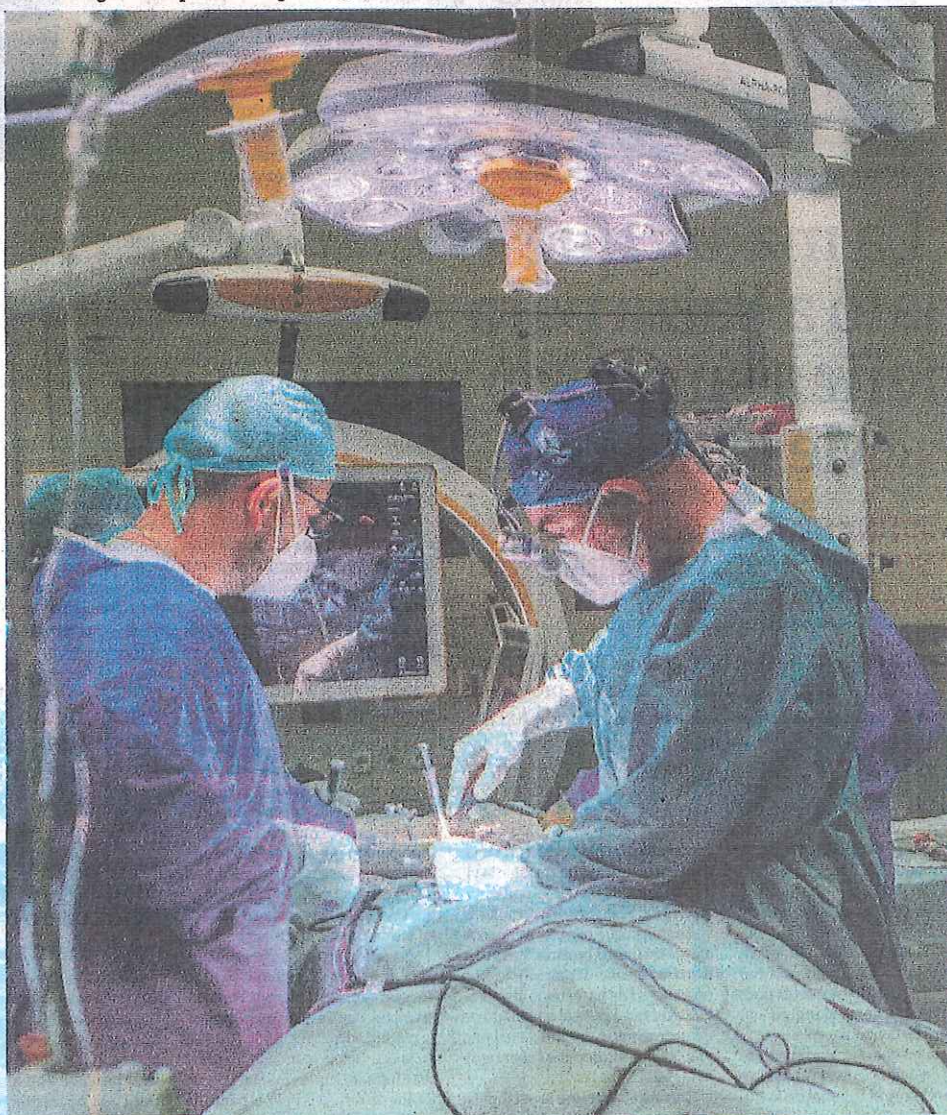
De hecho, en la población mayor de 80 años, la incidencia ha aumentado en un 60%, siendo este grupo el más afectado. Es importante desmitificar la creencia popular de que los problemas de columna en edades avanzadas no pueden solucionarse ni tratarse quirúrgicamente. La edad en sí misma no es un factor determinante.

¿Cuál es el enfoque de tratamiento en estos casos?

España se encuentra entre los países con una esperanza de vida más prolongada en el mundo. En particular, la provincia de León y sus provincias vecinas son algunas de las áreas más envejecidas del país, con más del 25% de la población superando los 65 años. Esta demografía ha permitido que

nuestra unidad adquiera una amplia experiencia y especialización en el tratamiento de la estenosis del canal lumbar en pacientes de edad avanzada. En mi opinión, el enfoque inicial del tratamiento debe ser multidisciplinar y conservador, con el objetivo de restaurar la función y aliviar el dolor. Aunque el tratamiento médico es principalmente paliativo y no aborda

directamente el problema del estrechamiento del canal lumbar, la mayoría de nuestros pacientes han experimentado un alivio significativo de sus síntomas mediante un tratamiento médico y de rehabilitación. Esto se debe en gran parte a nuestro equipo multidisciplinar altamente experimentado en el manejo de esta condición.



El Dr. José Manuel Valle Folgueral durante una intervención

¿Es la cirugía una opción viable?

En pacientes cuidadosamente seleccionados, cuando los síntomas se vuelven debilitantes a pesar del tratamiento médico, hemos desarrollado técnicas microquirúrgicas y mínimamente invasivas con resultados sobresalientes.

En la última década, más de 560 pacientes mayores de 80 años han sido intervenidos con éxito en nuestra unidad. Es importante destacar que la edad por sí sola no es un factor de riesgo, sino las afecciones crónicas comunes en esta etapa de la vida. Contamos con un equipo multidisciplinar experimentado en el manejo de estas situaciones, llevando a cabo una selección preoperatoria adecuada de forma personalizada. El uso del microscopio quirúrgico en todas nuestras intervenciones mínimamente invasivas nos ha permitido reducir los tiempos quirúrgicos y la agresión, con pérdidas sanguíneas mínimas y cicatrices pequeñas. Los pacientes comienzan a caminar al día siguiente de la cirugía con poco dolor postoperatorio y suelen recibir el alta hospitalaria en las primeras 48 a 72 horas.

Es esencial diseñar cada intervención de manera individualizada y seleccionar cuidadosamente a los pacientes para garantizar el éxito del tratamiento. Además, disponemos de una unidad de seguimiento postoperatorio para reducir las posibles complicaciones.

¿Existe un límite de edad?

Así como en la cirugía pediátrica se requiere especialización, la cirugía en pacientes ancianos también debe seguir este enfoque. Cada intervención quirúrgica debe ser personalizada y realizada con extrema precaución, tanto durante la cirugía como en los cuidados pre y postoperatorios, con el objetivo de obtener resultados satisfactorios. La edad promedio de nuestros pacientes sometidos a cirugía por estenosis del canal lumbar oscila entre los 75 y 80 años. Sin embargo, cada vez es más frecuente intervenir a pacientes de 85 e incluso 90 años, quienes no se resignan a vivir con dolor y limitaciones. Estos pacientes se benefician de tratamientos microquirúrgicos y recuperan su autonomía y calidad de vida.

Nuestro equipo médico-quirúrgico, liderado por el Dr. Valle Folgueral, es reconocido internacionalmente en su especialidad. El Dr. Folgueral fue galardonado en el Hotel Ritz de París con uno de los *European Awards* en la categoría de mejor neurocirujano especializado en patología de columna a nivel europeo en 2022.



El Dr. Valle Folgueral es neurocirujano en León con más de 20 años de experiencia profesional.

Avances recientes en el tratamiento de la patología

En la actualidad, se ha demostrado que la micro descompresión quirúrgica realizada por un cirujano especializado en cirugía mínimamente invasiva de columna ofrece los mejores resultados en la mayoría de los casos de estenosis del canal lumbar en pacientes de más de 80 años.

Nuestro enfoque se basa en el análisis detallado de cada caso, respaldado por nuestra amplia experiencia y la alta especialización de nuestros servicios neuroquirúrgicos. Esto nos posiciona como referentes en el tratamiento de la estenosis del canal lumbar en pacientes de edad avanzada en nuestro país.

¿Cuáles el cuadro clínico más característico de los pacientes que se someten a una cirugía?

En nuestra consulta de la Unidad de Patología Compleja de la Columna, atendemos a pacientes de alrededor de 80 años que presentan un cuadro clínico de dolor dorsolumbar incapacitante de larga duración. Estos pacientes no han experimentado mejoría con tratamientos médicos convencionales y muestran una mala tolerancia a la medicación analgésica, con efectos secundarios significativos. Asimismo, muchos de ellos han pasado por múltiples procedimientos de intervención del dolor sin mejoría. Además del dolor, estos pacientes experimentan irradiación del dolor a las extremidades inferiores, dificultad severa para caminar,

REMITIDO

claudicación de la marcha y tienden a inclinarse hacia adelante al caminar con ayuda de un bastón. Esta limitación en la movilidad conduce a un aislamiento social y a menudo se asocia con síntomas depresivos. En nuestra opinión, la cirugía de columna, utilizando técnicas microquirúrgicas avanzadas, es segura en pacientes mayores de 75 a 80 años que han sido seleccionados cuidadosamente.

Reconocimientos y premios

En Medicina, la innovación y la excelencia son pilares fundamentales, y permiten a los profesionales marcar la diferencia en la vida del paciente. El Dr. Jose Manuel Valle Folgueral, destacado neurocirujano leonés, es un claro ejemplo de este compromiso con la vanguardia médica y la constante búsqueda de la mejora en el tratamiento de patologías de columna. En esta línea, el Dr. Valle Folgueral fue el primer neurocirujano en el mundo en realizar una cirugía compleja de columna guiada por TAC robotizado intraoperatorio LOOP-X y el sistema de navegación espinal CURVE 2.0. Es una tecnología de última generación que, gracias a un sistema de navegación espinal, permite una visión a tiempo real y en todo momento de la región concreta de la columna en la que se está trabajando.

El Dr. Valle Folgueral ha sido galardonado con múltiples reconocimientos y premios a lo largo de su carrera profesional, demostración de su compromiso con la excelencia en Medicina y que le sitúan como referente en su especialidad a nivel nacional e internacional. Entre sus distinciones se encuentran:

- Premio Nacional de Medicina en Neurocirugía.
- Premio Pasteur en Medicina, Farmacia e Investigación Biomédica.
- *European Awards*, un galardón internacional que reconoce su destacada labor en el campo de la cirugía compleja de columna.
- Premios Dr. Fleming a la Excelencia Sanitaria como Mejor Neurocirujano en Cirugía Compleja de la Columna.

Dr. José M. Valle Folgueral
Unidad de Patología de Columna
Hospital San Juan de Dios
Av. San Ignacio de Loyola, 73. 24010,
León
987232500
doctorvalle.es

REMITIDO

Dra. Cristina López, especialista en implantes y estética facial

“Existen muchos tratamientos de estética facial no invasivos para revertir el envejecimiento prematuro causado por la pérdida de dientes”

El rostro es nuestra carta de presentación. En una época en que la proyección de la imagen personal se ha convertido en un activo clave de las relaciones sociales y profesionales, es normal que muchísimas personas se preocupen por ofrecer el mejor aspecto posible. Esto quizá cobra más relevancia cuando maduramos y en la cara se manifiestan los signos de la edad. No tendría que haber ningún problema con ello, ya que forma parte del proceso de la vida. Sin embargo, hay ocasiones en las que el envejecimiento es más prematuro de lo que debería. Esto se debe, entre otros, a que existen problemas en la estructura bucodental que aceleran el declive sin que seamos conscientes de ello. Por ejemplo, si perdemos piezas dentales y no las restituimos a tiempo, o si sufrimos patologías diversas que afectan a la calidad y firmeza de nuestra dentadura y los tejidos blandos que la rodean, envejeceremos antes de tiempo.

Como nos cuenta la Dra. Cristina López, cirujana maxilofacial experta en implantes dentales y estética facial, “muchas gente ignora que detrás de una mala salud bucodental está la decrepitud antes de tiempo, y no solo de los dientes en sí, sino sobre todo del rostro en su conjunto. De ahí que insistamos en que antes de abordar cualquier mejora estética, bien de las piezas dentales o de partes de la cara, hemos de restituir primero el estado interior de la boca”. Y una vez dado ese paso, a través de implantes, reconstrucciones óseas u otros tratamientos de cirugía oral y odontología, también cabe realizar mejoras en la estética facial.

Por eso, en Clínica Bustillo & López, un centro de dilatada experiencia en implantología dental, con sedes en Pamplona y Vitoria, han incorporado progresivamente tratamientos de estética facial con un servicio integral.

Junto con el Dr. Ángel Fernández Bustillo, referente nacional en el campo de los implantes dentales, la Dra. López se ha especializado además en medicina estética y cirugía plástica facial. Es experta en integrar los últimos avances de rehabilitación oral con los conceptos más novedosos de estética facial. La hemos entrevistado sobre estas cuestiones.



¿Por qué es tan importante conservar la salud de los dientes y la estructura ósea de la cara?

Con el envejecimiento y el paso de los años, la pérdida de hueso que se produce en el rostro, y que puede estar agravada por la desaparición de piezas dentales, disminuye el soporte que proporciona la estructura ósea de la cara. Esto conlleva que los tejidos blandos pierdan el elemento de sostén y caigan, aparte del propio declive de estos tejidos. La caída se manifiesta en arrugas, pérdida de firmeza o, por ejemplo, en la aparición de la papada. Si queremos retrasarlo, hemos de mantener la estructura bucodental en las mejores condiciones, lo que implica conservar la dentadura completa, con las piezas naturales o con implantes dentales, cuyas propiedades mecánicas y funcionales son similares. También contribuyen a mantener la densidad del hueso.

Al restaurar la dentadura, se recupera el aspecto perdido?

En parte sí. Basta con ver la transformación que se produce en un paciente que ha perdido la totalidad de los dientes en el maxilar o la mandíbula. Al someterse a un tratamiento de implantología y regeneración ósea, rejuvenece muchos años porque todo vuelve a estar en su sitio. Sin embargo, hay algunos efectos del envejecimiento prematuro que no se pueden revertir de forma natural. Y, para eso, aplicamos tratamientos de estética facial.

¿De qué tratamientos hablamos?

La estética facial ha avanzado muchísimo en los últimos años. Se ha desarrollado un buen número de técnicas, de filosofía menos invasiva, entre las que hay que elegir aquellas que encajen mejor con las expectativas del paciente. Estas son las que mayor auge están teniendo porque se realizan de forma ambulatoria, sus resultados son visibles casi de inmediato y porque no requieren apenas postoperatorio. Se puede llevar vida normal desde el mismo día de la intervención.

¿Se pueden clasificar?

Por una parte, existe un grupo de terapias de estética facial no invasivas, basadas en la aplicación de biomateriales, como ácido hialurónico o toxina botulínica, con las que se mejoran algunos rasgos del rostro: ojeras, definición de la mandíbula, los pómulos, o el volumen y definición de los labios o la nariz, por citar algunas. Por otro lado, están las técnicas más específicas de rejuvenecimiento facial.

¿Y en qué consisten?

Su propio nombre lo dice, ¿no? Están orientadas a proporcionar un aspecto más juvenil a la mirada, a eliminar las arrugas o a tonificar el estado de la piel. En este apartado, junto a los biomateriales y la cirugía, están teniendo mucho auge sistemas como la radiofrecuencia fraccionada (Morpheus 8). Mediante microagujas y energía térmica, esta estimula la generación de colágeno, remueve la grasa y devuelve naturalmente la firmeza

a la piel, que recupera una apariencia mucho más joven. Este tipo de tecnología, que estamos aplicando de forma creciente en nuestra clínica, marca una nueva frontera. Es más accesible, tiene efectos inmediatos, se puede repetir con cierta frecuencia y, tal vez lo más importante, no tiene huella estética. A diferencia de otros procedimientos, como las inyecciones y los rellenos, no se introduce ninguna sustancia ajena en el organismo, y se evitan posibles consecuencias a medio plazo. De todos modos, en las terapias que denominamos de rejuvenecimiento también utilizamos las inyecciones y los rellenos.

¿Y la cirugía plástica más convencional?

Recurrir a la cirugía plástica facial en casos en que las otras técnicas no cubren las expectativas del paciente o se buscan resultados más permanentes. Numerosos tratamientos se hacen hoy día con anestesia local, en la propia clínica y con un uso intensivo de las nuevas tecnologías quirúrgicas. El postoperatorio se ha acortado y resulta muy llevadero en buena parte de los casos. En definitiva, ante tantas posibilidades, el cirujano informa y aconseja, siempre de acuerdo con su ética profesional y médica, y la persona decide.

Clínica Bustillo & López
C / Castillo de Maya, 45. 31003,
Pamplona
948004817
clinicabustillo.com

Dra. Gema Pérez Sevilla, especialista en medicina estética

REMITIDO



Técnicas de vanguardia para eliminar los signos de la edad en minutos

En la época actual, en la que la esperanza de vida va aumentando y tenemos muchos más recursos para llegar a edades medias y avanzadas en un excelente estado de salud físico y mental, estamos asistiendo a un problema de desequilibrio entre el sentimiento de juventud interna y el aspecto de envejecimiento que puede mostrar nuestro rostro. Por esta razón ahora más que nunca, la posibilidad de mantener un aspecto facial más joven y fresco, alineado con la percepción de edad interior de cada uno, se ha convertido en una herramienta excelente para mantener y mejorar la autoestima. La Dra. Gema Pérez Sevilla, cirujana maxilofacial y experta en Medicina estética facial, que dirige la clínica que lleva su nombre, ha desarrollado una técnica para poder conseguir un rostro más terso y juvenil, conservando toda su naturalidad en tan solo unos minutos.

¿En qué consiste esta técnica?

Cleft infiltration® es un procedimiento en el que usamos el ácido hialurónico inyectado en varias capas, a distintas profundidades, para levantar la inserción de los músculos y ligamentos que provo-

can arrugas inestéticas en el rostro. Se realiza mediante infiltraciones tras la aplicación de anestesia tópica en crema para que el procedimiento no resulte molesto.



¿Qué zonas podemos mejorar con este tratamiento?

Las arrugas que se pueden mejorar mediante este procedimiento son, sobre todo, las líneas de marioneta (surco nasogeniano y pliegue de amargura) y la arruga del entrecejo. También líneas finas en las mejillas o en la pata de gallo.

¿Cuánto se tarda en realizar las inyecciones?

Son procedimientos muy cortos, podemos tardar entre uno y cinco minutos en realizar tratamientos completos. La rapidez en la ejecución favorece que los pacientes no se enfrenten con ansiedad a sus tratamientos y que apenas sientan molestias. Los resultados se ven de manera inmediata, si bien en los primeros días hay algo de inflamación y se podrán percibir mejor a medida que va pasando el tiempo y el producto se va asentando.

¿Cuánto dura su eficacia?

Esta técnica tiene la ventaja de no tener una duración determinada, ya que hace que el producto inyectado regenere el tejido, de tal manera que el efecto obtenido no solo dependa del producto que hemos infiltrado, sino que además se

produzca por una recuperación de la piel de la zona tratada. Se recomienda un mantenimiento del tratamiento dependiendo de la zona entre dos y cinco años, para poder compensar el nuevo envejecimiento que pueda afectar al rostro. Cleft infiltration® se ha convertido en la técnica más rápida y vanguardista del momento para recuperar la juventud, manteniendo la naturalidad y fisiología facial y mejorando nuestra percepción y autoestima.



Dra. Gema Pérez Sevilla

Clinica Dra. Pérez Sevilla
Calle del Príncipe Vergara 73. Bajo.
Madrid.
6352544219
www.draperezsevilla.com



EL PRÓXIMO LUNES 27 DE MAYO GRATIS

Especial 38º Aniversario

Expansión

Medio líder de información económica

Inteligencia Artificial y competitividad

En este número extra, de más de 95 páginas, se analizan los grandes retos económicos y geopolíticos a los que se enfrenta España. Desvela las claves de todos los sectores económicos y sus perspectivas de futuro. Anticipa los grandes cambios que se van a producir en los próximos años. Incluye secciones especiales sobre energía y renovables, economía sostenible, coche eléctrico e inteligencia artificial.



Además, destacadas personalidades ofrecerán su opinión sobre la situación actual y las reformas necesarias para mejorar la competitividad de la economía española.

COSMÉTICA



De izquierda a derecha: Dra. María del Carmen López, Beatriz Martín Sánchez, Mar Rodríguez, Estefanía Blanco, Ana Sánchez la Chica, Dra. María José Isarria, Dra. Ana Maldonado, Mau Castillo y Dra. Sonia San Julián. Fotos: Jesús Jiménez.

Cómo preparar la piel para la época de bodas, bautizos y comuniones según dermatólogos, médicos estéticos y farmacéuticos

Bodas, comuniones, bautizos, fiestas de verano... La temporada de eventos ha dado el pistoletazo de salida y, aunque cualquier ocasión es buena para ponerse guapos, es en estos momentos especiales en los que queremos lucir nuestro mejor aspecto; sobre todo, si somos protagonistas de alguna de estas celebraciones

Por **UE Studio**

Pero ¿cómo preparar la piel para estos eventos? Dermatólogos, farmacéuticos y médicos estéticos se han reunido en Málaga en la tercera jornada de SkinCeuticals, -marca médico-estética número 1 a nivel mundial- para tratar estos temas y dar respuesta a los secretos de belleza para lucir la mejor versión de la piel.

Cuando una persona quiere mejorar su aspecto porque tiene un acontecimiento importante, lo ideal es que acuda a un centro dermocosmético unas semanas, o incluso meses antes de la fecha del evento. De esta manera, la preparación de esa piel puede hacerse con tiempo y los resultados serán óptimos. Esto no quiere decir que si va unos días antes de la celebración no pueda realizarse tratamientos, pero es evidente que habrá procedimientos a los que no puede optar. En cualquier caso, los expertos han

coincidido en la jornada de SkinXpert Days en Málaga en que antes de utilizar cualquier producto, lo fundamental es empezar por lo básico: limpieza e hidratación.

Ana Maldonado, médico-estético y moderadora de la mesa, coincidía con los expertos en que "la preparación de la piel depende de la edad y del tipo de piel de cada persona, lo que implica que no existe un protocolo único aplicable a todos". Los productos que necesita una joven de 20 años suelen ser muy diferentes a los de una señora cercana a los 60 años. Además, siempre se tienen en cuenta los deseos de cada paciente. Mientras los jóvenes buscan luminosidad y una piel jugosa (glow), las personas maduras suelen perseguir el efecto tensor y que elimine los signos de fatiga (flash). También, antes de iniciar cualquier procedimiento o rutina, los médicos y dermatólogos preguntan al paciente cuáles son los productos que se aplica en casa. De esta manera, podrán complementarlos o ir incorporando nuevos si lo ven necesario. En lo



Lo fundamental es empezar por lo básico: limpieza e hidratación

que coinciden los expertos es en los productos que son imprescindibles para conseguir una piel sana y brillante: el fotoprotector, el antioxidante de día y glicólico y retinol, alternados por la noche. Todos, independientemente de la época del año.

Procedimientos

Para elegir el procedimiento estético también hay que tener en cuenta el tiempo del que se dispone. Si el paciente llega con una semana o días antes del evento, lo recomendable es realizarle un tratamiento de limpieza profunda ya que es adecuado para todo tipo de pieles y su efecto es inmediato.

Si hay más tiempo, luz pulsada, hidradermabrasión, peelings químicos o radiofre-

cuencia son algunas de las intervenciones más aconsejadas para los eventos, ya que proporcionan luminosidad y eliminan arrugas, líneas de expresión o manchas.

La luz pulsada (IPL) es un procedimiento no invasivo que se utiliza para mejorar las líneas de expresión, arrugas, lesiones vasculares, así como el enrojecimiento y las manchas solares.

Este tratamiento da un aspecto sano y luminoso a la piel.

La hidradermabrasión consiste en limpiar succionando las impurezas, a la vez que se aplica productos. Esta técnica ayuda a corregir las líneas de expresión y las arrugas, y es adecuado para todo tipo de pieles.

El peeling químico consiste en aplicar una solución química que proporciona luminosidad, devolviendo a la piel un aspecto saludable.

La radiofrecuencia es la aplicación de ondas electromagnéticas en cara y cuello que estimulan la producción de colágeno y corrigen la flacidez y las arrugas de rostro y cuello.

Sinergia entre procedimiento y rutina en casa para maximizar resultados

Los especialistas insisten en que cualquier procedimiento tiene que ir de la mano de una rutina en casa, con productos de calidad. De nada sirve gastarse dinero en una intervención estética si no se hace de la mano de un buen producto cosmético. Esta combinación es fundamental, porque "ni una crema llega donde un procedimiento ni un procedimiento va a aportar la hidratación y luminosidad de un producto. El punto extra lo da ese cosmético en sinergia con el procedimiento", comentaban dermatólogos y farmacéuticos. SkinCeuticals tiene productos que están clínicamente testados que maximizan los resultados de los procedimientos mencionados arriba, por lo que los médicos tienen mucha confianza a la hora de pautarlos. El ácido glicólico, el limpiador y el tratamiento de noche fueron los más recomendados para tener la piel a punto.

Dentro de estos productos, uno de los renovadores que se puede aplicar es el nuevo sérum de SkinCeuticals, Cell Cycle Catalyst. Además de renovador se trata de un potenciador de la rutina y de los procedimientos estéticos. Gracias a su composición de multiácidos, aumenta la vitalidad de las células, mejorando su renovación. Su formulación sin alcohol ni perfume está adaptada a todo tipo de piel, incluso las más sensibles, por lo que es un tratamiento muy universal, que se aplica como primer paso en cualquier rutina, después de la limpieza. En los estudios del producto se apreciaron los resultados desde la primera semana, actuando sobre los ocho signos de envejecimiento (líneas, manchas, poros, arrugas, luminosidad, marcas de acné, rugosidad y uniformidad de tonos) y se demostró que, utilizándolo en combinación con cualquier rutina cosmética, duplica la eficacia anti-arrugas y mejora la luminosidad.

CASTILLA Y LEÓN

Vázquez reprueba a la ministra de Sanidad y la llama «sectaria» por manifestarse contra Ayuso

● El consejero de Castilla y León firma una carta junto al resto de comunidades del PP en la que arremeten contra Mónica García por «pancartista» y le exigen que se preocupe de los problemas como la falta de médicos

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, firmó ayer una carta de reprobación de la ministra del ramo, Mónica García, por comportarse como una «activista» en la manifestación celebrada el pasado domingo en contra las políticas sanitarias de la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz-Ayuso. Con «rechazo a esa actitud», Vázquez le recomienda que abandone esas «posturas extremistas, de pancarta, impropias de una ministra de Sanidad, que tiene que tomar las medidas para abordar la situación del Sistema Nacional de Salud, y que en seis meses no ha hecho todavía».

Al frente de una movilización de 20.000 personas a lo largo del Paseo de la Castellana se posicionó Mónica García, quien refrendó algunos de los eslóganes estampados en las pancartas para reivindicar una mejora de la sanidad pública. «Lo que hoy se defiende aquí es la democracia. Lo que hoy se defiende aquí es la salud de todos los ciudadanos y las ciudadanas», afirmó ante los medios de comunicación congregados en la marcha, dirigiéndose a su vez a la presidenta de la Comunidad de Madrid para decirle que si el tiempo que le dedica «a las insidias y ataques» contra ella y «a confrontar con el Gobierno de España y con el Ministerio» lo dedicase «a cuidar realmente de la sanidad pública de Madrid esta no estaría hecha unos zorros».

En el documento al que tuvo acceso este periódico, el titular del departamento de Sanidad de la Junta de Castilla y León considera que Mónica García debería centrarse en los problemas de su Ministerio, como los que afectan a la Atención Primaria o a las plazas MIR que, como apunta Vázquez, en la Comunidad de Madrid no queda ninguna vacante y «la calidad y el trabajo de sus profesionales los lleva a estar, año tras año, a la cabeza del registro del Ministerio de Sanidad de las comunidades autónomas con menor lista de espera, tanto qui-

Reprobación de la ministra de Sanidad

Mónica García encabeza el domingo una manifestación contra la gestión sanitaria del Gobierno de la Comunidad de Madrid. En ese acto, la titular de Sanidad se comportó como una activista, y no como la ministra que tendría que representar a todos los españoles.

Desde los Consejeros de Sanidad de las CC.LL. queremos mostrar nuestro rechazo a esa actitud y pedir a Mónica García que abandone las posturas sectarias impropias de una ministra que lo que tendría que hacer es trabajar para mejorar la situación del Sistema Nacional de Salud.

Consideramos que Mónica García debería centrarse en problemas que tiene su Ministerio como el que afecta a la Atención Primaria o a las plazas MIR.

Una vez más, las CCAA firmantes de este comunicado solicitamos a la ministra de Sanidad que abandone las acciones que son de su competencia para que, en todo el territorio nacional, incluido aquellos donde la gestión sanitaria le corresponde como las ciudades autónomas o la sanidad penitenciaria, se disponga de médicos de familia en un número suficiente para abordar las jubilaciones o las ausencias prolongadas. Cabe recordar que el problema que vive hoy en día la Atención Primaria se analizó ya con los comunidades en el Consejo Interterritorial de la Salud de abril de 2018.

La ministra debería trabajar en ello, así como desarrollar, de una vez, las medidas necesarias, y de su competencia, para que ni una sola de las plazas de formación MIR queden vacantes.

Cabe destacar en este punto que es en la Comunidad de Madrid donde más sistemáticamente no quedan plazas MIR vacantes. Además, la calidad y el trabajo de sus profesionales los lleva a estar, año tras año, a la cabeza del registro del Ministerio de Sanidad de las CCAA con menor lista de espera, tanto quirúrgica, como de pediatría o de consultas.

Los ataques de Mónica García a la Comunidad de Madrid que pudimos ver este domingo no son una manifestación en defensa de la Sanidad Pública, que por supuesto respetamos, sino un acto de populismo y pancartismo de la titular del Ministerio de Sanidad, el mismo que desde el 2018 no ha desarrollado ni una sola de las acciones que le corresponden dentro de sus competencias.

Por todo ello, reprobamos el comportamiento de Mónica García en la citada manifestación y le recomendamos que abandone esas posturas extremistas, de pancarta, impropias de una ministra de Sanidad, que tiene que tomar las medidas para abordar la situación del Sistema Nacional de Salud, y que en seis meses no ha hecho todavía. En este contexto, más que hacer la OMS, la Ministra debería mirar a todos los ciudadanos que están sufriendo su injustificable falta de acción.

Alejandro Vázquez Ramos
CONSEJERO DE SANIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

B.M.

CARTA COMÚN DE LOS CONSEJEROS. El documento firmado por Alejandro Vázquez, que suscriben sus homólogos del PP, refleja el rechazo a la actitud de la ministra de Sanidad al comportarse como una «activista».

rúrgica, como de pruebas o de consultas».

Espor ello que el consejero Vázquez solicita a la ministra de Sanidad que «aborde las acciones que son de su competencia para que, en todo el territorio nacional, incluido aquellos donde la gestión sanitaria le corresponde como las ciudades autónomas o la sanidad penitenciaria, se disponga de médicos de familia en un número suficiente para abordar las jubilaciones o las ausencias prolongadas». Una especialidad, la de Medicina Fami-

liar y Comunitaria, que en Castilla y León se quedó en la última convocatoria con 47 plazas sin cubrir, una situación que solo se ve empeorada por Extremadura y donde ocho hospitales de la Comunidad tuvieron asignaciones libres, como el de Miranda de Ebro, que acaparó la peor situación al no ser elegido por ningún aspirante pese a contar con once plazas, las mismas que quedaron vacantes en el Complejo Asistencial de Soria. Ya por debajo se encontraron El Bierzo y Aranda de Duero, con seis plazas



Alejandro Vázquez. ICAL

sin cubrir, Zamora (5), Burgos capital (4), Medina (3) y León (1).

«Cabe recordar que el problema que vive hoy en día la Atención Primaria se analizó ya con las comunidades en el Consejo Interterritorial de la Salud de abril de 2018. La ministra debería trabajar en ello, así como desarrollar, de una vez, las medidas necesarias, y de su competencia, para que ni una sola de las plazas de formación MIR queden vacantes», continúa la carta de reprobación.

Con este contexto, y tras comprobar cómo participó la ministra de Sanidad el pasado domingo en una manifestación en contra de la gestión sanitaria del gobierno de Isabel Díaz Ayuso, el consejero Vázquez considera «los ataques de Mónica García a la Comunidad de Madrid» del pasado domingo «no son una manifestación en defensa de la Sanidad Pública», que respetan, «sino un acto de populismo y pancartismo de la titular del Ministerio de Sanidad, el mismo que desde el 2018 no ha desarrollado ni una sola de las acciones que le corresponden dentro de sus competencias».

«Más que hacer la OMS, la ministra debería mirar a todos los ciudadanos que están sufriendo su injustificable falta de acción», concluye la carta de reprobación, no sin antes volver a instar a que Mónica García abandone las «posturas extremistas» y que tome medidas para abordar la situación del Sistema Nacional de Salud.

nica García abandone las «posturas extremistas» y que tome medidas para abordar la situación del Sistema Nacional de Salud.

«MUCHA PROPAGANDA»

Conviene recordar que el consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León ya criticó recientemente la gestión de Mónica García al frente del Ministerio de Sanidad al no dar respuesta a los problemas a los que se enfrentan las comunidades tras reconocer el secretario de Estado de Salud, Javier Padilla, las dificultades para aprobar la ley que pretende limitar las privatizaciones del sistema público.

Por ello, Alejandro Vázquez tildó a su departamento de «mucha propaganda y mucha cosmética», y no «por las cremas solares», sino por proponer la Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud que no van a llevar a efecto.

«Son tantos los problemas que tiene la Sanidad, a los que por cierto no han dado respuesta en los ya casi seis meses que llevan de gestión, que parece absolutamente ridículo que anuncien una ley si creen que no la van a llevar a efecto», expuso el titular de Sanidad en Castilla y León.

En ese sentido, Alejandro Vázquez recordó que la propia ministra admitió a su llegada al cargo que era una «responsabilidad» de su departamento que hubiera profesionales sanitarios y le pidió que «haga frente» al «grave problema de Estado» que supone la falta de profesionales sanitarios, además de ofrecer soluciones a las comunidades, tras las propuestas que le han enviado y las reuniones celebradas «y de todas las propuestas que se han hecho por parte de las comunidades autónomas».

Finalmente, Alejandro Vázquez censuró la falta de gestión del Ministerio ante los problemas existentes en los que recalco tiene que ayudar a las autonomías y también atajarlos, porque son de su competencia.

Todos los martes...

INNOVADORES



EL MUNDO

UNA 'NARIZ' ARTIFICIAL SE ACERCA AL OLFATO DE LOS HUMANOS

Bioingeniería. Un grupo de investigadores surcoreanos diseña un sistema olfativo artificial capaz de detectar combinaciones complejas de moléculas y que podría reconocer biomarcadores relacionados con trastornos

Por Pere Jitgo (Madrid)

Consiguir emular el sentido del olfato mediante una nariz artificial es el objetivo que persiguen desde hace décadas distintos grupos de investigación. Por el momento, los sistemas desarrollados no han logrado imitar por completo las capacidades del sistema olfativo, si bien se han dado pasos importantes hacia esa meta.

El último de ellos lo ejecuta esta semana un equipo de investigadores de Corea del Sur, que ha diseñado un sistema olfativo artificial que permite discriminar ácidos grasos de cadena corta con una precisión de hasta el 90%. Algunas de estas moléculas, destacan los científicos en las

la sinapsis biológicas» y una red neuronal artificial que hace posible distinguir distintos aromas y olores con alta precisión e incluso permite discriminar combinaciones de moléculas.

Este sistema, subrayan los investigadores en la revista científica, abre la puerta al desarrollo de una plataforma de sensores eficiente y marca las bases para crear «sistemas sensoriales artificiales que se puedan integrar en dispositivos implantables o que sean incorporables».

Santiago Marco, catedrático del departamento de Electrónica e Ingeniería Biomédica de la Universidad de Barcelona y líder de grupo en el Instituto de Bioingeniería de Cataluña ha señalado en declaraciones a Science

integrados que, por el momento, se limita a unas pocas unidades», ha destacado.

En la opinión del experto, «para favorecer su uso en la práctica, es necesario alargar el tiempo de vida de estos dispositivos que en la actualidad es típicamente de solo una o dos semanas. En el futuro podemos vislumbrar el uso de prótesis olfativas basadas en estas tecnologías para personas con anosmia, pero para eso aún queda camino por recorrer».

Según explica Marco, «el sentido del olfato biológico es una impresionante obra de ingeniería diseñada por la evolución. En nuestro epitelio olfativo podemos encontrar millones de neuronas sensoriales cuyos cilios se extienden en una película mucosa. En las membranas de esos cilios, las neuronas se especializan en expresar un único tipo de receptor olfativo».

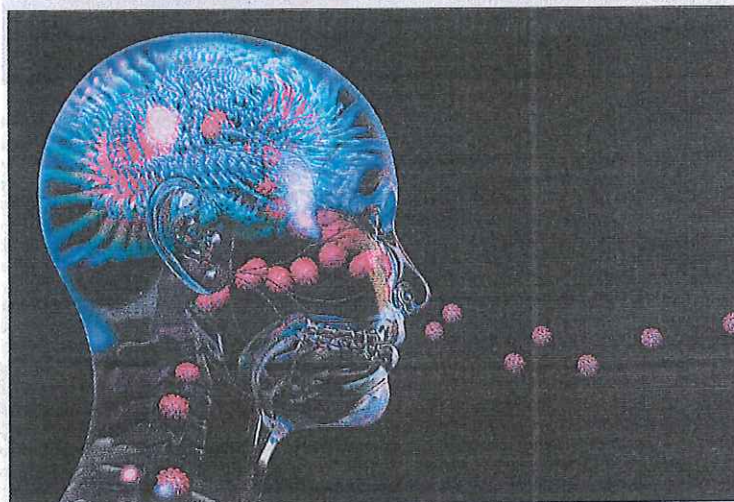
Los seres humanos, continúa el investigador, «tenemos aproximadamente 400 tipos de receptores olfativos, siendo algunos de ellos muy selectivos a odorantes de alta significación biológica, mientras que otros son más generales y responden a una amplia variedad de compuestos volátiles. Los olores se codifican mediante un patrón de respuesta a lo largo de estos 400 receptores, permitiéndonos discriminar millones de olores diferentes».

Aunque hace ya cuatro décadas «los pioneros de la olfacción artificial propusieron la gran visión de un sistema biomimético que pudiera emular el sentido del olfato biológico», de momento el objetivo completo no se ha logrado.

«Lentamente, sin pausa», en los últimos años se han logrado importantes progresos. «Se han integrado con éxito biosensores basados en las neuronas sensoriales olfativas, pero también se han explorado receptores olfativos expresados en membranas celulares, nanovesículas y más recientemente nanodiscos lipídicos», ejemplifica Marco. «En un camino paralelo, los investigadores han desarrollado modelos de computación neuromórfica inspirados

en los circuitos neurales del bulbo olfatorio y el córtex olfativo. Otros grupos han demostrado previamente la integración de un número limitado de receptores olfativos de ratón y mosca de la fruta para el reconocimiento de odorantes sobre nanotubos de carbono». El trabajo que ahora publica *Science Advances* es un nuevo paso adelante hacia la consecución de una verdadera nariz artificial, concluye el investigador, pero no el definitivo.

La 'nariz' artificial combina receptores olfativos con un sistema de sinapsis artificiales. SHUTTERSTOCK



páginas de la revista *Science Advances*, pueden funcionar como biomarcadores diagnósticos de distintos problemas de salud, como la halitosis o el cáncer gástrico.

La nariz artificial, que pretende emular el sofisticado sentido del olfato que tienen las personas, integra tres componentes fundamentales: un sensor basado en los receptores olfativos humanos, un sistema de sinapsis artificiales «que emulan la neuroplasticidad de

Media Center España (SMC) que los resultados de la investigación «son muy interesantes, si bien dos de los receptores utilizados se muestran muy correlacionados entre sí».

«Este trabajo es un paso más hacia el sueño de la olfacción artificial: conseguir emular tecnológicamente el sentido del olfato y acercarnos al enigma de la percepción química humana. Sin embargo, aún es necesario aumentar el número de receptores

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad hace fijos a 399 médicos de urgencias y especialidades hospitalarias

El reparto por hospitales y servicios se ha realizado en base a las necesidades y a la espera de que la próxima semana se publiquen las doce categorías restantes

R. G. VALLADOLID

El Boletín Oficial de Castilla y León publicó ayer la Resolución de 22 de mayo de 2024, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional de la Gerencia Regional de Salud, por la que se culmina el proceso selectivo iniciado en 2022 para el acceso a la condición de personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León de un total de 399 médicos pertenecientes a 33 categorías de especialidades hospitalarias y de Emergencias Sanitarias, mediante el sistema de concurso de méritos.

Asimismo, está previsto que la próxima semana se publique la resolución de las doce categorías restantes de facultativos de especialidades hospitalarias que han concurrido a esta convocatoria, de manera que, con ambas actuaciones, quedará finalizado este proceso de estabilización de todos los licenciados de especialidades médicas de Sacyl, salvo Medicina Familiar y Comunitaria que va aparte, en lo que respecta al concurso de méritos.

Se trata de uno de los procesos más importantes puesto en marcha por la Consejería de Sanidad para hacer fijo al personal temporal de larga duración que desempeña su trabajo en los centros e instituciones de la Gerencia Regional de Salud. En este caso el acceso a la condición de personal estatutario fijo se ha llevado a cabo, tal y como establece la normativa estatal aprobada en 2020, mediante un proceso de concurso de méritos. Además, habrá que sumar la futura fijeza de otros 313 profesionales médicos de hospitales por el sistema de concurso oposición, pendiente de convocatoria.

La Gerencia Regional de Salud tiene también pendiente de su publicación, como se ha dicho, la convocatoria de plazas vacantes para hacer



Varios médicos realizan una operación a un paciente con la ayuda de un robot. Ical.

fijos a 84 licenciados en Medicina de Familia y Comunitaria, 58 de ellos mediante concurso de méritos y otros 26 por concurso oposición, tal y como informó la Consejería de Sanidad a través de un comunicado.

El objetivo es que todas las plazas previstas por concurso de méritos estén cubiertas cuanto antes, lo que unido a la reciente resolución de la OPE ordinaria dará lugar a que a 30 de junio sean fijos más de mil profesionales médicos en el Servicio de Salud de Castilla y León.

Las categorías que salen publicadas son las siguientes: Alergología, Anatomía Patológica, Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vascular, Aparato Digestivo, Ci-

neal y del Aparato Digestivo, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Cirugía Torácica, Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Endocrinología y Nutrición, Farmacia hospitalaria, Geriátrica, Hematología y Hemoterapia, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología y Parasitología, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Psicología Clínica, Psiquiatría, Radiodiagnóstico, Reumatología, Médico de Urgencias Hospitalarias y Médico de Urgencias y Emergencias.

Las 399 plazas adjudicadas de ma-

nera definitiva en esta primera resolución -la semana que viene saldrá la segunda con las plazas que faltan en hospitales- se distribuyen por hospitales de la siguiente manera, atendiendo a criterios establecidos en función de las necesidades reales de cada centro: Ávila 32; Burgos 61; Aranda de Duero 23; Miranda de Ebro 21; El Bierzo 35; León 46; Palencia 34; Salamanca 18; Segovia 15; Soria 36; Clínico de Valladolid 22; Río Hortega de Valladolid 7; Medina del Campo 10; Zamora 27; y Emergencias Sanitarias 12.

En el plazo de un mes, contado a partir del día siguiente al de la publicación de esta resolución, los aspirantes nombrados deberán efectuar la toma de posesión en la Gerencia a la que esté adscrita la plaza adjudicada.

La Junta incorpora avances en la gestión de los servicios TIC

VALLADOLID

La consejera de Movilidad y Transformación Digital, María González Corral, destacó ayer que, dentro del proceso de transformación digital que afecta a la Junta, uno de los objetivos es impulsar la coordinación de las comunicaciones entre los diferentes departamentos de la Administración Autonómica mediante plataformas que incorporen los últimos avances tecnológicos.

González Corral realizó estas declaraciones en Valladolid durante una visita al Centro de Operaciones de Redes y Servicios (CORS), que viene a reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de telecomunicaciones bajo elevados estándares de calidad, mediante la monitorización, gestión y diagnóstico de aplicaciones y recursos en tiempo real. «Se trata de un servicio de 24 horas los siete días de la semana que aporta una seguridad y atención muy elevada», matizó González Corral, informa Ical.

El Programa Pemcyl llega a 76 mujeres desempleadas de 6 provincias

VALLADOLID

Un total de 76 mujeres en desempleo, de entre 21 y 63 años, residentes en capitales y núcleos rurales de las provincias de Burgos, León, Ávila, Segovia, Valladolid y Palencia, formaron parte de la primera ronda del Programa Pemcyl, que está impulsado por la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades con la colaboración de la Fundación Santa María la Real para mejorar la empleabilidad de mujeres en situación de especial vulnerabilidad.

Todas ellas tienen diferentes niveles formativos y trayectorias profesionales, y se encuentran en diferentes situaciones o contextos de vulnerabilidad, como son migrantes, residentes en medio rural, víctimas de violencia de género, desempleo de larga duración, minorías étnicas, entre otros.

Posteriormente, la segunda ronda se realizará en las provincias de Salamanca, Soria y Zamora, informa Ical.

Médicos de León y Valladolid cubren el servicio de Oncología de El Bierzo

VALLADOLID

El Servicio de Oncología del Hospital de El Bierzo será atendido la próxima semana por un oncólogo del Complejo Asistencial Universitario de León y otro del Hospital Clínico de Valladolid, según informó ayer Sacyl.

El médico de León se encargará de atender a los pacientes en horario de mañana mientras que el profesional llegado desde Valladolid pasará consulta durante todo el día, recoge Ical.

La Consejería de Sanidad cubre así el servicio, que este martes tuvo que suspender sus consultas por la baja de los dos médicos del Hospital del

Bierzo. Otros dos se marcharon la pasada semana por el concurso de traslados y se espera que sus plazas se puedan cubrir en próximos días gracias al proceso de estabilización que hay en marcha.

Sobre este asunto se pronunció ayer el secretario general del PSOE de Castilla y León, Luis Tudanca, quien al hilo de las críticas que estos días atrás el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, dirigía a la ministra del ramo, Mónica García, defendió sobre la Junta «que dejen en paz al Gobierno de España y se dediquen a trabajar». Así, acusó a la Junta de

estar solo en «hacer oposición» al Gobierno y no ocuparse de los problemas de los ciudadanos, donde se refirió expresamente a la falta de oncólogos en el Hospital de El Bierzo, lo que calificó de una «auténtica vergüenza».

En esta línea, sostuvo que el Gobierno central se dedica a «solventar problemas creados» por el consejero de Sanidad y criticó que el PP se opusiera a la proposición no de ley de su grupo en el último pleno para pedir incentivos a los puestos de difícil cobertura. «Es una maldita vergüenza, que dejen en paz al Gobier-

no de España y trabajen».

Así, incidió en que tienen unas competencias y se les paga para que las ejerzan y subrayó que si no son capaces de hacerlo, «que se vayan a su casa», respondió en relación a la reprobatión de los consejeros del PP, entre ellos Vázquez, a la ministra de Sanidad por acudir a una manifestación por la sanidad pública en Madrid.

El dirigente socialista inició en Valladolid el primer día de la campaña electoral junto a la 'número dos' de la candidatura del PSOE a las europeas, Iratxe García, en una comparecencia ante los medios en la que defendieron que existen dos opciones, la que apuesta por un crecimiento económico, verde y social y la que propone «volver a tiempos oscuros y pasados», en referencia a la «extrema derecha».

SORIA

Sanidad adjudica por 50.200 euros el nuevo densitómetro digital

Las listas de espera para una medición ósea se siguen alargando después de que el anterior equipo se averiara a finales de febrero / El plazo para la instalación es de 2 meses

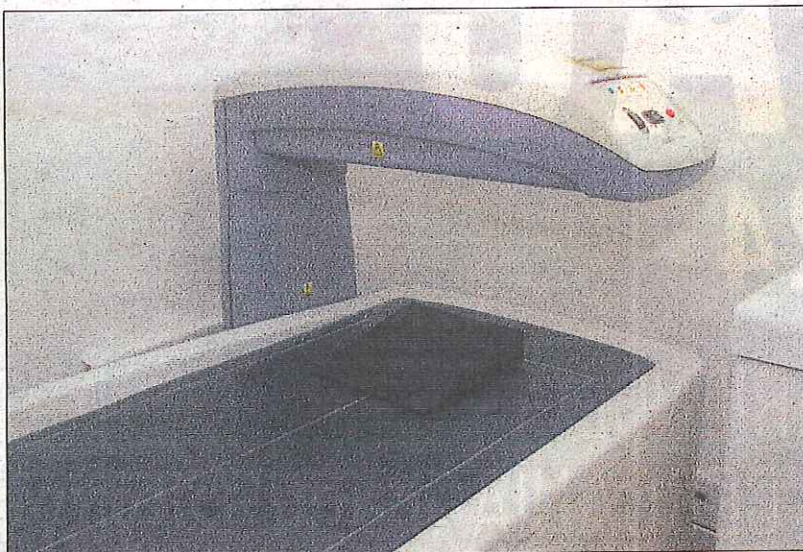
MILAGROS HERVADA SORIA

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ha adjudicado por 50.215 euros el nuevo densitómetro óseo digital que sustituye el averiado a finales de febrero y que ha dejado sin este servicio a los pacientes durante todos estos meses, abultando las listas de espera. Desde Sanidad ya indicaron que la opción era obtener un nuevo equipamiento dada la imposibilidad de arreglar el averiado, con años de antigüedad.

Según consta en el anuncio de adjudicación, la empresa Emsor SL será la encargada del suministro, instalación y puesta en marcha de un densitómetro digital con destino a la Unidad de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial Universitario de Soria.

El plazo de ejecución es de dos meses, si bien, uno de los criterios de adjudicación es la reducción del plazo de entrega. Si la empresa agotara dicho plazo, no sería hasta el mes de julio cuando pudiera volver a ponerse en marcha la prestación para medir la densidad ósea, fundamental a la hora de determinar la debilidad de los huesos o la presencia de osteoporosis y por tanto el riesgo de sufrir fracturas en el futuro.

Fueron dos las empresas que optaron a la licitación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria y la elegida fue la de la oferta económica más alta, puesto que en la decisión final entran en juego otros criterios, como el mencionado de



El densitómetro óseo digital se instalará en el Hospital Virgen del Mirón. MARIO TEJEDOR

reducción de plazo de entrega o la propia tecnología utilizada. En la licitación también consta la formación del personal que se hará cargo del equipo y su funcionamiento.

VIRGEN DEL MIRÓN

La unidad de radiodiagnóstico realizaba, hasta la avería, un total de siete densitometrías al día, de lunes a viernes, por lo que se han dejado de practicar desde finales de

febrero más 500 densitometrías, destinadas a medir el calcio y otros minerales en los huesos. Esta prestación se realizaba en el Hospital Virgen del Mirón y según fuentes de la Gerencia se seguirán practicando allí.

Los huesos de la mayoría de las personas se vuelven más delgados a medida que envejecen. Si se vuelven más delgados de lo normal, se conoce como osteopenia, que aumenta el riesgo de osteoporosis,

enfermedad progresiva que hace que los huesos se vuelvan muy delgados y frágiles. Suele afectar a las personas mayores y es más común en las mujeres de más de 65 años, que tienen un mayor riesgo de sufrir fracturas, especialmente en las caderas, la columna vertebral y las muñecas.

La densitometría también se realiza para determinar si el tratamiento para la osteoporosis está dando resultado.

Los médicos abogan por la prevención ante la enfermedad venérea

M.H. SORIA

El aumento de las enfermedades de transmisión sexual, que se ha puesto de manifiesto tras saltar la alarma en el Consejo de Salud del centro de salud de Covalada, lleva a los profesionales médicos a reclamar mayor prevención y uso de preservativos para evitar los contagios. Explican la mayor incidencia de casos, una tendencia general especifican, a una relajación en los medios preventivos. «Se ha perdido el respeto que había en los años 90», apuntó el coordinador del centro de salud de Covalada, quien en el Consejo de Salud llamó la atención sobre un aumento de casos y la necesidad de ponerle freno, «pensando también que llega el período de fiestas donde se consume más alcohol y drogas», asociadas a una conducta sexual irresponsable. Los ayuntamientos y asociaciones ya han comenzado una campaña de concienciación en redes sociales.

El coordinador aseguró que solo en su consulta en Vinuesa ha diagnosticado en lo que va de año cuatro casos de gonorrea, otros tantos de clamidia y dos de sífilis. En el centro de salud de Covalada, que atiende a varios pueblos, también se ha declarado un caso de sida.

Sobre el posible origen, el coordinador señaló que «no es necesario un foco clandestino», en referencia a los rumores no fundados de la existencia de un prostíbulo ilegal, «sino que se ha perdido el respecto a las relaciones sexuales sin precaución y por tanto al riesgo de este tipo de enfermedades».

Ninguno de los alcaldes de los ayuntamientos de Vinuesa y Covalada tienen constancia de que exista un punto de prostitución en sus municipios. «Si hubiera algo así nos habríamos enterado, seguro», argumentaron tanto Juan Ramón Soria como José Llorente. Por su parte, la Guardia Civil investigará la posible existencia de algún lugar en la zona donde se ejerza la prostitución, según informó la Subdelegación del Gobierno.

Por su parte, el coordinador calificó de «irresponsables» los mensajes por whatsapp que circulan con cifras de afectados de gonorrea y sífilis en la zona de Pinarens, «que son falsos», y lamentó que la intención de alertar sobre la necesidad de la prevención haya acabado como una «alarma que no es la realidad. El objetivo de hacer algo bueno, que es la prevención, se ha perdido», matizó.

El Colegio de Abogados festeja a su patrón

SORIA

El Colegio de Abogados de Soria celebró ayer la fiesta de su patrón San Saturio con la jura de los nuevos letrados y la imposición de insignias de oro por los 40 años de profesión y plata, por los 25, al mérito colegial, además de los diplomas a los no ejercientes. También entregaron a título póstumo a Bernardo Carnicero, César Polch y Francisco Soto. Los actos comenzaron con una eucaristía en la Iglesia de La Mayor y posteriormente se impusieron las insignias en la sala de vistas de la Audiencia Provincial, para acabar con un vino español. Los nuevos letrados son Mayte Romero y Carlos Sainz, y la insignia de oro la recibieron Francisco González, Carlos Revilla y Saturio Hernández. La de plata, Rubén González, Pilar Rodrigo y Ana María Sanz.



El Colegio de Abogados de Soria celebra a su patrón con insignias y diplomas. MARIO TEJEDOR

La talidomida también es Hacienda

El PP propone exceptuar del IRPF las ayudas a sus afectados y el Gobierno lo veta

MARISA CRUZ MADRID
«Ahora, Hacienda somos todos. No nos engañemos». Este es el famoso lema de 1978 cuando el Gobierno de Adolfo Suárez introdujo en la vida de los españoles la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. El IRPF vino a sustituir al Impuesto General sobre la Renta de la etapa franquista que no era sino un agujero sin fondo de fraude. Ahora, 46 años después, la cita con el impuesto es una rutina anual que llega como las flores, en primavera, mellando incluso las ayudas que reciben las personas afectadas por la talidomida y que, de acuerdo con el real decreto 574/2023 del pasado mes de julio, se eleva a 12.000 euros por punto de grado de discapacidad.

El Partido Popular registró en el Senado el pasado 4 de abril una proposición de ley para establecer la exención fiscal de las ayudas previstas para las personas gestadas entre 1950 y 1985 que resultaron afectadas por la talidomida con graves malformaciones (acortamiento de extremidades o ausencia de las mismas).

Veintiseis días después, el 30 de abril, el secretario de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales, Rafael Simancas, respondía a la propuesta con un veto: «Se considera que la aprobación de la proposición de ley es susceptible de producir en los Presupuestos



BERNARDO DÍAZ

LAS VÍCTIMAS EN EL CONGRESO. Un grupo de afectados por la talidomida muestra con sus manos la letra T durante el debate, el 30 de septiembre de 2015, acerca de la prescripción del protocolo de acceso a sus ayudas.

Generales del Estado una disminución de los ingresos presupuestarios, por lo que el Gobierno no presta la conformidad para su tramitación en virtud de los establecido en el artículo 134.6 de la Constitución». En román paladino: Hacienda so-

mos todos y la talidomida, también.

Según el Gobierno, la exención fiscal de las ayudas para los afectados por la talidomida representaría un coste para las arcas públicas de 20,3 millones de euros. Y aceptarlo supondría «una ruptura del principio

de igualdad y generalidad que sólo debe aplicarse cuando existan razones suficientemente justificadas».

El Partido Popular discrepa frontalmente de la decisión del Ejecutivo y, pese al veto expreso del mismo, ha registrado una nueva propo-

sición de ley idéntica a la rechazada el pasado mes de abril con la única diferencia de que en esta el coste de la exención fiscal a las ayudas se imputaría a los próximos Presupuestos del Estado, esto es, a los que se presenten, y en su caso se aprueben, para el ejercicio 2025. Fuentes populares avisan de que su intención es responder con nuevos registros de la iniciativa a cada veto del Gobierno «hasta que se logre superarlo».

El PP argumenta que no eximir fiscalmente la ayuda supone que, en gran medida, esta pierda su razón de ser y añade que, además, es una «discriminación manifiesta respecto a afectados por otros daños como es el caso de los afectados por VIH», que sí

Según el Ejecutivo, los ingresos del Estado perderían 20,3 millones

están exentos de tributar por las ayudas percibidas. También señalan que en los países de nuestro entorno se han reconocido exenciones fiscales totales para los afectados.

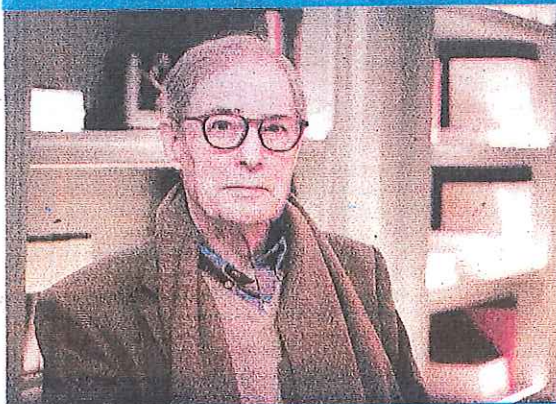
La talidomida es un fármaco desarrollado originalmente por la empresa alemana Grünenthal GmbH que empezó a comercializarse sin receta en 1957 como sedante y calmante de las náuseas frecuentes en las primeras etapas del embarazo. Una de las formas del compuesto tenía efectos teratogénicos provocando malformaciones congénitas irreversibles. España fue uno de los últimos países en retirar el fármaco, en 1963.



FUNDACIÓN
RAMÓN ARECES



FUNDACIÓN
RAMÓN MENÉNDEZ PIDAL



Félix de Azúa

Catedrático de Estética y escritor

CONFERENCIA

Gótico real y falso gótico

El gótico real y verdadero es el que ocupa apenas tres siglos catedralicios. Sin embargo, el romanticismo lo revivió y el estilo neogótico renace como monumento a partir del siglo XIX. Este neogótico (o falso gótico) influirá a su vez sobre el gótico verdadero de manera que las viejas catedrales harán un esfuerzo por ponerse al día mediante añadidos y ornamento de falso gótico que les devuelvan el esplendor ahora como objetos artísticos modernos.

Miércoles, 29 de mayo de 2024, 19:00h

SEDE: C/ Vitruvio 5. Madrid

Asistencia gratuita hasta completar aforo.

Necesaria inscripción online en www.fundacionareces.es

CAMPUS DUQUES DE SORIA

CIENCIAS DE LA SALUD AUMENTA SU OFERTA CON UN NUEVO MÁSTER

Esta iniciativa de alta especialización está dirigida a personal médico y de enfermería

REDACCIÓN / SORIA

La Facultad de Ciencias de la Salud del Campus Duques de Soria de la Universidad de Valladolid (UVa) iniciará el próximo mes de septiembre, coincidiendo con la apertura del curso académico 2024-2025, un nuevo máster que, bajo el título *Atención integral al paciente pluripatológico*, estará dirigido a médicos y profesionales de enfermería con el objetivo de proporcionar formación especializada y multidisciplinar en el ámbito de la atención integral, la coordinación y la gestión sanitaria de enfermos con dolencias crónicas múltiples.

El máster, que tiene también entre sus objetivos iniciar a los alumnos en tareas de investigación en el manejo clínico, así como en el cuidado a pacientes que presenten enfermedades crónicas prevalentes a través de técnicas actuales de intervención, se impartirá en su totalidad en formato online. Con ello, destaca Ana María

Fernández Araque, decana de la Facultad de Ciencias de la Salud en el Campus Duques de Soria, se busca favorecer la conciliación de la vida familiar y también de la laboral atendiendo a «los turnos de trabajo» de los profesionales en activo que apuesten por seguir mejorando su formación. Además, al ser en remoto, también se promueve la matriculación de alumnado internacional, ya que podrán cursarlo estudiantes desde otros países sin necesidad de desplazarse a Soria.

DOS AÑOS DE PLANIFICACIÓN. El máster en *Atención integral al paciente pluripatológico* es el fruto de dos años de planificación y trabajo para adaptar los contenidos a los nuevos retos profesionales que surgen en el sector así como de incluir nuevas técnicas como los avances en inteligencia artificial, robótica y domótica y el uso de la E-Health, cuestiones que se abordarán de forma específica en el segundo semestre. El máster, con una duración de un año lectivo, tendrá 60 créditos lectivos distribuidos en cinco áreas o materias y un trabajo final.

El profesorado, indica Fernández Araque, ha sido cuidadosamente seleccionado entre los «mejores especialistas» en cada materia médica y de enfermería y cuentan con una acreditada trayectoria profesional y experiencia en el área asistencial y docente en los Hospitales Universitarios de

Valladolid y Soria, así como en la UVa y otras universidades como la de Burgos, la Complutense de Madrid o la de Extremadura. Entre las materias que se impartirán destacan la investigación en Ciencias de la Salud y Bioética, las enfermedades cardiovasculares, renales, musculoesqueléticas y respiratorias, la fragilidad y las patologías neurodegenerativas serán algunas de las áreas temáticas que se impartirán en el primer semestre del curso junto a cuestiones como la nutrición, la sarcopenia, las enfermedades metabólicas y las denominadas raras, así como distintos programas y criterios de atención interdisciplinar en pluripatologías.

Las áreas docentes se completarán en el segundo semestre con formación específica en polifarmacia y farmacovigilancia en este tipo de pacientes, así como en cuestiones como genética y la epigenética en enfermedades crónicas no transmisibles o patologías oncológicas y de salud mental. Además, los alumnos podrán elegir una optativa entre dos opciones: heridología o una simulación clínica como herramienta de educación sanitaria.

El máster, destaca la decana de Ciencias de la Salud, permitirá ahondar en la gestión continua del paciente pluripatológico «desde Atención Primaria a hospitalaria o cualquier institución sanitaria» con especial hincapié en las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA).

MÁSTER UNIVERSITARIO

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

UVa

Profundiza en el manejo clínico y gestión eficiente de los procesos complejos de pacientes con múltiples patologías crónicas

100% online
60 ECTS
Oficial

EN DATOS

20

EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN YA ESTÁ ABIERTO PARA LAS PLAZAS OFERTADAS

El máster *Atención integral al paciente pluripatológico* cuenta con un número total de 20 plazas para las que ya se ha abierto el período de inscripción. De hecho, destaca la decana de la Facultad de Ciencias de la Salud en el Campus Duques de Soria, Ana María Fernández Araque, ya han recibido las primeras solicitudes. El máster se imparte en castellano y no requiere nivel de inglés y está especialmente indicado para alcanzar un nivel muy alto de especialización tanto en medicina como en enfermería que permita trabajar en Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) o de tratamiento de enfermedades crónicas múltiples.

INCLUYE FORMACIÓN EN ÁREAS DE LA E-HEALTH

Enseñanza pública y de calidad en Soria

PRACTICAS en empresa garantizadas
INTERNAZIONALE
Facilidades para la **INSERCIÓN LABORAL**

Universidad de Valladolid
Campus Universitario Duques de Soria

UVa
Soria

a un paso de tu futuro
campusdesoria.uva.es

PAPÉL

TODA LA VERDAD

SOBRE LA PRUEBA PREVENTIVA

QUE TRIUNFA

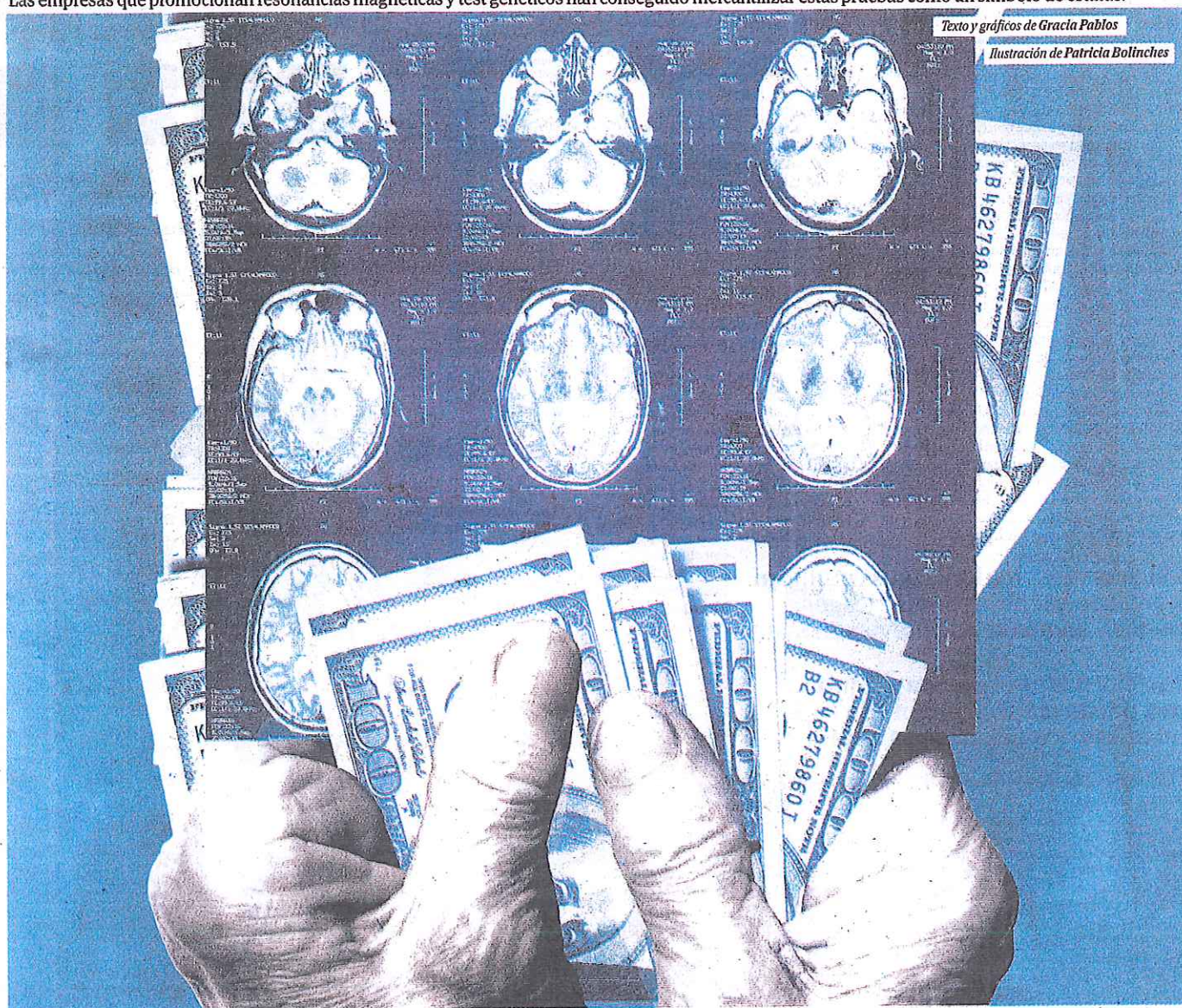
ENTRE RICOS

E INFLUENCERS

Las empresas que promocionan resonancias magnéticas y test genéticos han conseguido mercantilizar estas pruebas como un símbolo de estatus.

Texto y gráficos de Gracia Pablos

Ilustración de Patricia Bolinches



PAPEL EN PORTADA

Por Gracia Pablos (Texto e Infografías)

Cuánto estaría dispuesto a pagar por saber que todo está bien en su cuerpo y que su salud está asegurada? ¿O por adelantarse a cualquier posible complicación en caso de que no todo esté en orden? Todos daríamos un cheque en blanco por algo así, pero por desgracia es imposible comprar esa seguridad. Y si creemos que sí, estamos cayendo en la trampa.

En este contexto, no es de extrañar la creciente popularidad (vía recomendaciones de *influencers* y sus códigos de descuento) de empresas que ofrecen resonancias magnéticas de cuerpo entero a modo de *screening*. Se trata de una prueba que no utiliza radiación ionizante (al contrario que el TAC), así que a priori es una forma completamente inofensiva de poder obtener una foto detallada de nuestro cuerpo por dentro, para comprobar que no haya nada que amenace a nuestra salud. En sus campañas se entremezclan expresiones como «el precio de la paz mental» con arengas a una «medicina proactiva frente a una medicina reactiva». Hablan de pacientes «empoderados», al mando de su salud. Y todo esto por un precio que, ante tales ventajas, casi parece simbólico: 2.500 dólares. Este tipo de compañías aún no ha llegado a España, pero lo cierto es que muchas aseguradoras y mutuas ya incluyen resonancias de cuerpo completo como parte de sus cheques. Y es un negocio al alza, al menos para los proveedores.

¿Cuáles son las ventajas de someternos a una resonancia magnética (RM) como técnica de detección de patología en general? La doctora Asunción Torregrosa, presidenta de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) afirma que no existe ninguna evidencia de su utilidad en ese sentido: «Someterse a una RM de cuerpo completo 'para ver lo que encuentro' tendrá utilidad si de verdad hay un hallazgo relevante, si no lo hay no implica que se pueda descartar la existencia de tumores en estado incipiente puesto que para ello se precisan estudios dirigidos a detectar esos tumores en su estadio inicial».

El problema no es que este tipo de pruebas no encuentren nada, sino que de hecho casi siempre se encuentra algo. Pero se trata de un algo que puede dejarnos más preguntas que respuestas. Se denominan hallazgos incidentales a los encontrados en exploraciones realizadas por otros motivos diferentes. «Son tan frecuentes», afirma Torregrosa, «que se ha acuñado la palabra *incidentaloma* para describirlos».

Muchas veces los hallazgos conducen a análisis que solo suman riesgos, costes y angustia y no previenen nada

“No hay ninguna prueba médica que pueda predecir quién va a tener un infarto y quién no lo va a sufrir”

La mayoría son benignos y su momento de gloria termina en el propio informe. Pero, en otros casos, plantean problemas diagnósticos y conducen a una serie de pruebas complementarias que suman riesgos, costes y angustia. La presidenta de la SERAM tiene su propio término para describir estas complicaciones derivadas: «Espiral de violencia diagnóstica».

Esta situación se ilustra a la perfección con lo que sucedió en Corea del Sur con su cribado de tiroides. Entre 1993 y 2011 el ratio de diagnósticos de cáncer de tiroides en ese país se multiplicó por 15, un aumento muy superior al que habían experimentado el resto de los países. ¿El motivo? Los hospitales y las clínicas privadas

decidieron sumar los cribados de tiroides mediante ecografía al resto de pruebas cubiertas por el gobierno. Este aumento en los diagnósticos derivó en un número muy elevado de procedimientos costosos en dinero y calidad de vida para tratar pequeños tumores que quizá nunca habrían causado problemas. De hecho, este aumento dramático de diagnósticos y cirugías no se tradujo en una menor mortalidad por cáncer de tiroides.

Ante esta situación, en 2014, ocho médicos surcoreanos formaron una coalición y denunciaron públicamente el sobrediagnóstico, solicitando que se dejase de recomendar el cribado con ecografía. La respuesta no tardó en llegar, ya que durante este tiempo habían proliferado en todo el país clínicas especializadas en tiroides e incluso una incipiente industria de cirugía robótica de tiroides. Fueron ellos, los propios endocrinos y cirujanos de tiroides, quienes mostraron su fuerte rechazo a esta propuesta afirmando que no se podía prohibir el cribado ya que se trataba de «derechos humanos básicos».

Las empresas que promueven estas resonancias electivas no advierten en sus webs de este tipo de hallazgos, que además suponen un sobrecoste si el paciente requiere una explicación por parte de un especialista o si ello deriva a otro tipo de pruebas en un sistema sanitario como el estadounidense. Ellos se centran en su tasa de éxito, que definen como aquellos casos en los que se ha encontrado una lesión «potencialmente letal». La cuestión es que entre esas lesiones que configuran su tasa de éxito también se contabilizan las que podrían no haber dado nunca un problema (ni haber requerido intervención).

Por otra parte, es importante entender que este tipo de pruebas sólo se dirigen a una determinada serie de patologías. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo y sin embargo se quedan fuera de este *screening* vía resonancia. «No hay ninguna prueba que pueda predecir quién va a tener un infarto y quién no de una forma individual, ojalá la hubiera», explica el doctor Manuel

Anguita, cardiólogo y portavoz de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). El especialista explica que por encima de los 20-25 años todos comenzamos a tener placas de ateroesclerosis en nuestras arterias coronarias, «pero no todas las placas de ateroma crecen y no todas se rompen». El objetivo sería por tanto averiguar o detectar mediante pruebas de imagen cuáles son esas placas inestables para poder predecir con más exactitud el riesgo

LUCES Y SOMBRAS DE LAS PRUEBAS

Es la nueva tendencia: someterse a una Resonancia Magnética (RM) de cuerpo entero a modo de **cribado general**, pero ¿es realmente eficaz?

1 ¿POR QUÉ UNA RESONANCIA?

Al igual que la Ecografía, la RM no emplea radiación, de forma que su realización no conlleva un riesgo añadido para el paciente. Por ese motivo son las técnicas adecuadas para aquellos pacientes que necesitan someterse a estas pruebas con frecuencia a modo de seguimiento. Y también por eso la RM es la elegida para estos 'cribados' genéricos.

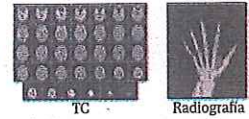
NO EMPLEAN RADIACIÓN



Ecografía

RM

EMPLEAN RADIACIÓN



TC

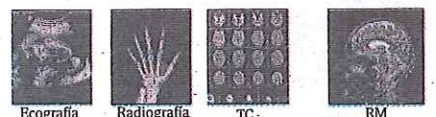
Radiografía

2 ¿POR QUÉ NO SIEMPRE ES LA MEJOR OPCIÓN?

La radiación no es el único criterio a tener en cuenta: la RM es una prueba que consume más tiempo por lo que se suele emplear para estudios más específicos y complejos. Sin embargo, la radiología convencional, la ecografía y la Tomografía Computarizada (TC) pueden facilitar un diagnóstico en un breve espacio de tiempo.

PRUEBAS RÁPIDAS

PRUEBA MÁS LENTA



Ecografía

Radiografía

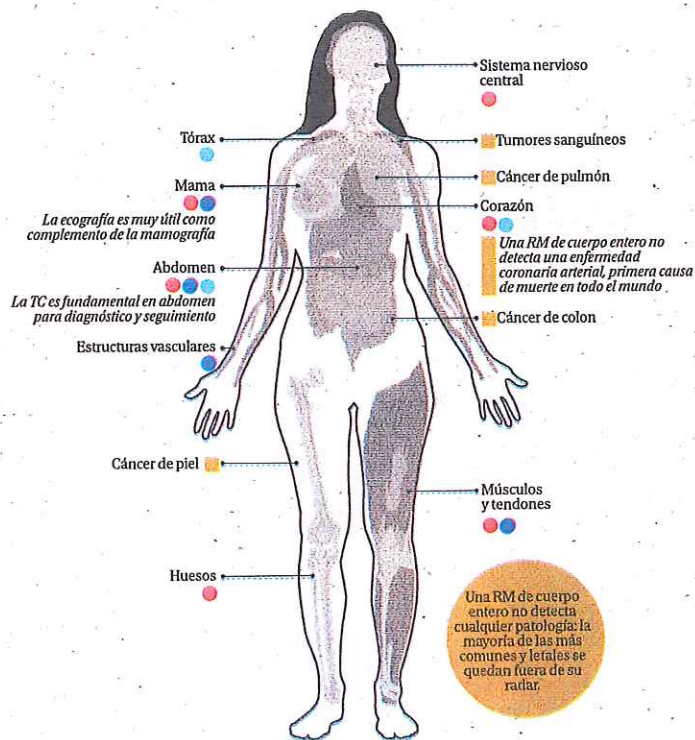
TC

RM

3 ¿CUÁNDO SE EMPLEA (Y CUÁNDO NO) CADA TÉCNICA?

Cada técnica es más o menos eficaz en función de qué queramos observar, no hay una que sirva para todo.

● Resonancia magnética ● Ecografía ● Tomografía computarizada ● Patologías que podría no detectar una RM de cuerpo entero



Información: Doctora Asunción Torregrosa Andrés, presidenta de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y elaboración propia

EN PORTADA PAPEL

TRAMPAS DE LAS PRUEBAS A LA CARTA

Cualquier cribado acarrea determinados sesgos, y éstos se hacen más evidentes en pruebas inespecíficas y realizadas sin indicación médica.

1. LO MÁS PROBABLE ES QUE SE ENCUENTRE 'ALGO'

Si no existe ningún factor de riesgo ni indicación médica que justifique la realización de una prueba de imagen, lo lógico es esperar que no se vea nada. Sin embargo las pruebas de este tipo suelen mostrar algún tipo de hallazgo, lo que no implica que se trate de algo de vida o muerte.

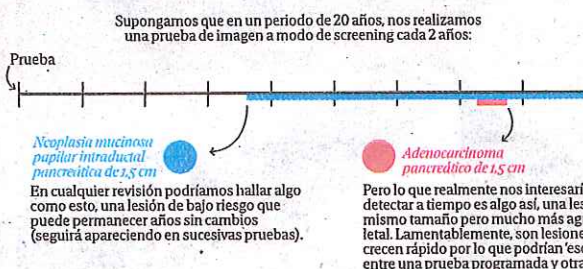


El 15-30% de todos los diagnósticos por imagen y el 20-40% de los exámenes por TC contienen al menos un hallazgo incidental, algo que no era objeto de estudio y que suele ser benigno, aunque puede plantear problemas de diagnóstico.

Los hallazgos incidentales suponen una enorme carga para los sistemas sanitarios y una espiral de violencia diagnóstica.

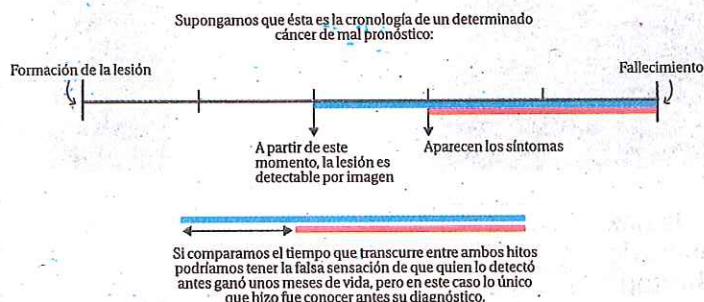
2. ¿CADA CUÁNTO HEMOS DE REPETIR UNA PRUEBA ASÍ?

Las pruebas de imagen nos muestran nuestro cuerpo en un momento determinado, pero evidentemente no garantizan que nada cambie en el futuro. Por eso estas empresas aconsejan repetir las pruebas (en este caso, la resonancia magnética) con cierta frecuencia.



3. NI DEMASIADO PRONTO NI DEMASIADO TARDE

El cribado ideal es aquel que detecta la lesión no sólo antes de que sea clínicamente significativa, sino también cuando el tratamiento efectivo puede cambiar el curso de la enfermedad. En caso contrario lo único que obtenemos es la 'ilusión' de una prolongación.



4. NO TODOS LOS HALLAZGOS SON UN SALVAVIDAS

Si no tenemos en cuenta la tipología y agresividad de un cáncer podemos creer (erróneamente) que cada descubrimiento ha salvado una vida. La 'tasa de éxito' de las compañías que promueven este tipo de pruebas no suele discriminar entre lesiones más y menos graves.

Este es un quiste renal Bosniak IIF, una lesión muy común.

Sólo el 5% es cancerígeno y aún así se trataría de un cáncer que es muy poco probable que cause muerte o enfermedad.

Si lo equiparamos a cualquier otro carcinoma renal parecerá que ha sido un caso de éxito de prevención y tratamiento, cuando en realidad nunca supuso un riesgo.

Información: 'Incidental Findings and Low-Value Care', Matthew S. Davenport, MD. Publicado en el American Journal of Roentgenology, 11 de enero de 2023; elaboración propia

de infarto, algo que de momento no es posible. Anguita menciona otro tipo de pruebas que sí que aportan más información sobre el riesgo de infarto, como el TAC torácico y su hallazgo de calcificaciones coronarias (Índice de Agatston), pero un resultado positivo conduce a lo mismo que la constatación de otros factores de riesgo (tabaco, hipertensión, colesterol, diabetes, obesidad...). Y de todo ello lo único que condiciona que el tratamiento preventivo sea más o menos agresivo es el nivel de colesterol malo, nada más. «No hace falta hacer una resonancia ni un TAC, simplemente con una historia clínica, la toma de tensión arterial y una analítica básica sabes si el paciente es de muy alto riesgo, de alto riesgo o de riesgo bajo-moderado», afirma el doctor.

Este tipo de valoraciones se realizan en la propia Atención Primaria, que es precisamente el primer eslabón en la atención sanitaria. Es una actividad primordial junto con la práctica clínica, en palabras de Lorenzo Armenteros, portavoz de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), pero que requiere mucho trabajo y mucho tiempo además de necesitar de la concienciación de la persona para que colabore en la modificación de sus hábitos.

“¿Qué valor aporta un estudio genético que no puedo interpretar o que no me va a permitir hacer ningún cambio?”

“La información sanitaria de las personas viaja a otros países y nadie sabe qué es lo que se hace con ella”

Precisamente por ese motivo sería deseable que los médicos tuviesen menos carga burocrática para poder dedicar ese tiempo a sus ejes fundamentales. «En una atención primaria que es la nuestra, que es modelada en todo el mundo, el rendimiento en salud que se podría obtener de nuestro trabajo sería altísimo», explica Armenteros, quien acusa también la falta de compromiso por parte de las autoridades sanitarias: «lo preventivo no tiene un rendimiento político claro ya que los beneficios se ven a los 25 años».

Nuestro sistema de salud también se ocupa de los genes, pese a que somos el único país de Europa que no tiene reconocida la especialidad de genética clínica. «En España y desde el sistema público se hacen estudios genéticos en patologías concretas y en aquellas de las que tenemos certeza de que puede haber un componente hereditario», afirma el portavoz de la SEMG. Es decir, siempre a partir de un riesgo sobrevenido. Estamos cubiertos, y sin embargo la popularidad de los llamados test genéticos directos al consumidor no deja de crecer.

La Asociación Española de Genética Humana (AEGH) publicó hace algunos años su posicionamiento crítico frente a este tipo de pruebas, basándose en el incumplimiento de los requisitos que fija la ley española vigente, la Ley de Investigación Biomédica de 2007. Según la legislación, este tipo de test siempre se ha de realizar en un entorno sanitario y por indicación de un profesional sanitario, que también se encargará de explicar tanto las expectativas como los riesgos, las posibles complicaciones y, posteriormente, los resultados. Cuando el paciente decide qué test hacerse (y comprar) se incumplen estos requisitos.

«Cuando las compañías, que lo que buscan es un beneficio económico, promueven la realización de los servicios», explica Ignacio Blanco, genetista y miembro de la Comisión de Ética de la AEGH, «lo que promueven son los efectos beneficiosos que se pueden obtener, pero nadie tiene en cuenta las posibles consecuencias o los efectos secundarios que puede tener la realización de estas pruebas». De hecho, un paciente informado no toma la misma decisión. El genetista explica que cuando ofrecen a pacientes que se han de realizar un estudio genómico una ampliación del mismo para ir más allá de su patología, en un primer momento casi todos quieren tener esos datos, pero tras la explicación

de los beneficios y consecuencias más de la mitad prefieren obviar esa información.

Lo cierto es que en ocasiones los datos que se extraen de los test comercializados son sesgados, de poco valor y ni siquiera se explican correctamente. O incluso con incoherencias, como cuando, tal y como relata el genetista Ignacio Blanco, algunas de estas compañías informan a todos los pacientes de su riesgo de desarrollar cáncer de próstata, sin tener en cuenta si se trata de un hombre o una mujer. «El no hacer una buena indicación puede desvirtuar el resultado, pero es que hacer una mala interpretación es incluso peor», advierte Blanco. Al igual que sucede con las pruebas de imagen, su validez estriba en la correcta indicación y oportunidad de las mismas. «¿Qué

valor aporta un estudio genético que no puedo interpretar o que no me va a permitir hacer cambios con respecto a lo que habitualmente vengo haciendo? En estos momentos nada».

Armenteros afirma algo similar: «en estos casos hasta cierto punto pondría la palabra prevención entre comillas, ¿qué parte es prevención que te digan que estás condenado a tener un Alzheimer del que no puedes hacer nada por evitar? ¿Eso qué previene?».

Por último, los test genéticos directos al consumidor tienen un problema añadido, tal y como señala Blanco: «la mayoría de estas compañías que hacen estudios genéticos no tienen sus sedes en nuestro país. Eso quiere decir que la información genética del individuo viaja a otros países y nadie sabe qué se hace con ella». Según la ley nacional se debe informar al paciente de quién va a tener acceso a los datos, dónde se van a llevar a cabo los estudios, qué estudios se van a hacer y, por supuesto, qué se hará con la muestra una vez finalicen estos estudios. Pero según el genetista estas compañías no informan de ello.

El paciente puede y debe ser clave en su propia prevención y la gestión de su salud, pero siempre de la mano de un profesional y lejos del mercantilismo y de la «medicalización de la vida», según Blanco. Por suerte contamos con un sistema sanitario que cubre nuestra prevención a todos los niveles, de forma que nuestra capacidad económica no será la que marque la diferencia en el acceso a una mejor prevención. Y si retomamos el concepto del paciente empoderado podríamos ponerlo en práctica con una mayor adherencia a los programas que ya existen y también llevando una vida más saludable.

SANIDAD | HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA BÁRBARA

ENFERMERÍA

APRENDER A VIVIR CON UNA OSTOMÍA

La consulta de ostomías digestivas de eliminación realiza el seguimiento de 77 pacientes en la provincia de Soria. Las enfermeras Esther Prieto y Cristina Romero se ocupan de su atención

ANA I. PÉREZ MARINA/SORIA

Alejandro Gutiérrez (57 años) es uno de los 200.000 españoles (datos de la Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España) que viven con un dispositivo de ostomía. En 2021, en una prueba de heces «saltó el adenocarcinoma de recto» y fue sometido a una colostomía. Desde entonces, porta una bolsa adherida a su estoma en el lado izquierdo del abdomen para la eliminación de las deposiciones. «Se apaga la luz y hay que buscar la llave», admite. Y ha conseguido librarse de ese eclipse que, inicialmente, supuso el diagnóstico y la consiguiente intervención quirúrgica. «Hay que seguir. Estaba perdido. Me hubiera gustado que, en ese momento, hubieran estado ellas», apunta.

Alejandro se refiere a Esther Prieto y Cristina Romero, responsables de la consulta de ostomías digestivas de eliminación del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria. «Comenzó a funcionar en noviembre de 2022. Hasta ese momento, a los pacientes

sometidos a una colostomía o ileostomía no les hacíamos un seguimiento en un espacio concreto. Contactabas con los pacientes en tu horario laboral, pero no registrabas en ningún sitio la evolución. Dejábamos a los pacientes un poco huérfanos. Hacíamos el trabajo a salto de mata, en los huecos», explica la enfermera Prieto, jefa de la unidad y supervisora de Cirugía General y Aparato Digestivo (planta 3ª C).

Por su parte, Cristina Romero, enfermera de esta consulta y de la planta de Cirugía General, sostiene que «no había un plan de cuidados establecido» y los pacientes ostomizados recurrían a Atención Primaria.

Ambas acumulan una dilatada experiencia en Cirugía y, además, se han especializado a través de cursos específicos sobre colostomías y todo lo relacionado con este tipo de intervenciones quirúrgicas. En sus previsiones está ampliar esa formación, aunque implica el desplazamiento durante un año a Madrid y Sevilla.

Desde que se puso en marcha hace poco más de año y medio la con-

sulta de ostomías, han conseguido captar a 46 pacientes, que ya habían sido intervenidos previamente, y en este tiempo se han incorporado 36 más. En total, las enfermeras realizan el seguimiento de 77.

«Abarcamos nivel asistenciales de preoperatorio, perioperatorio -pacientes aún hospitalizados recién operados- y una vez dados de alta, de forma ambulatoria, vienen a consulta. Antes de la intervención, les vemos en planta y empezamos a informar sobre el tipo de operación y la patología, aunque ya lo conozcan por la consulta con el cirujano. Comenzamos con la educación sanitaria, enseñando bolsas y cómo se manejan, para que vayan visualizando en qué consiste. Buscamos la ubicación y hacemos el marcaje del estoma en el abdomen», detalla Cristina Romero.

Durante el período de hospitalización, a diario, hacen un control de la evolución del estoma y se profundiza en la educación sanitaria sobre su cuidado, así como de la piel periestomal que tiene «más riesgo» de complicaciones. Una vez reciben el alta

EN PRIMERA PERSONA



ALEJANDRO GUTIÉRREZ

«Al principio, no lo aceptas. Luego ves que no pasa nada»

Alejandro Gutiérrez asume que, al principio, «cuesta mirarte al espejo». «No lo aceptas. Es psicológico. Luego ves que no pasa nada», abunda. Sigue con su oficio de pintor, su afición al ciclismo -«a los seis meses ya cogí la bici»-, va a la playa... Atrás quedó ese aislamiento inicial «por no molestar», sobre todo, a su mujer y dos hijas de 23 y 18 años. «Todos nos hemos adaptado. Luego te ven igual», asegura.

Casi siempre lleva su maletrín con el material necesario para la sustitución de la bolsa, pero si la distancia o la salida es «corta» no es necesario.

Alejandro lo tiene muy claro: «Soy joven y tengo que seguir adelante».

hospitalaria, se establece un planificación de continuidad asistencial. «Tenemos la suerte de que somos las mismas y se hace en esta consulta. Les damos las recomendaciones, el teléfono de contacto, se van con la cita, con las recetas y vienen de forma ambulatoria al postoperatorio con unas visitas estandarizadas, pero siempre en función de las necesidades del paciente. La primera visita es a la semana del alta, luego al mes, a los tres meses, a los seis... y, si hay algún problema, les atendemos incluso en el mismo día», cuenta Romero.

Las dos enfermeras se ocupan de ese apoyo emocional y psicológico que requieren las personas ostomizadas para adaptarse a la situación, a aceptar su imagen corporal y el nuevo estado fisiológico. También, a desmontar tópicos. La innovación en bolsas y discos, así como en otros accesorios, ha contribuido a ello. «Al mes, cuando vienen a la consulta, más o menos, se han adaptado a su rutina».

HACIA ADELANTE. Alejandro describe su experiencia y cómo ha mejorado, en su opinión, la asistencia desde que existe la consulta de ostomizadas. «Ahora hago mi vida igual que antes, soy feliz y tengo este apoyo, así que genial. No quedaba otra, era la bolsa o la vida», bromea.

Desde los 15 años es pintor y su debilidad es la bicicleta, afición que ni mucho menos ha abandonado, aunque reconoce que la práctica del ciclismo la lleva con más calma, por edad y porque hay que cuidar el estoma. «Es mi bebé», apostilla.

Desde que fue intervenido no ha tenido complicaciones y asegura que su día a día apenas ha variado. «Mi rutina es igual que antes, pero más tranquila. Ahora tengo que desayunar para cambiar la bolsa en casa y continuar con el día», señala.

En su caso, la sustitución de la bolsa de las deposiciones no es frecuente, una o dos veces diarias, más en casos excepcionales si hace algún exceso en las ingestas. Alejandro se cuida. Evita el alcohol y aquellas bebidas y alimentos que producen gases. «No tengo restricciones alimenticias, pero lo hago porque sé que el estoma se

PINTURA PLÁSTICA
INTERIOR/EXTERIOR
PROFESIONAL
BLANCO, 15 L



REF. 5391257



36'95 € IVA INCLUIDO

BigMat
LA TIENDA PROFESIONAL DE LA CONSTRUCCIÓN

LA PLATAFORMA
ODORICIO

OFERTA VÁLIDA HASTA EL 30-06-2024

CALLE D - PARCELA 45 - POLIG. IND. LAS CASAS (SORIA)



EN IMÁGENES

1. Consulta. Cristina Romero y Esther Prieto con Alejandro Gutiérrez durante la revisión.
2. Innovación. Las firmas comerciales incorporan avances en los artículos que necesitan los pacientes ostomizados. **3.** Aseo. El hospital de Soria cuenta con un aseo adaptado.

/FOTOS: EUGENIO GUTIÉRREZ

puede irritar. Antes no lo veía y ahora, sí. E intento no coger peso por la hernia. Hay que cuidarse», manifiesta.

Esther Prieto puntualiza que el tipo de colostomía de Alejandro, en el lado izquierdo y en la parte baja del abdomen, es de las que «más se pueden educar». La enfermera refiere que la adaptación, a veces, es más compleja cuando se trata de personas mayores y en pacientes sometidos a otras intervenciones, como las ileostomías, que necesitan reemplazar las bolsas con más frecuencia. A otros les coincide con quimioterapia o radioterapia. «Les tratamos, frenamos las complicaciones y salen adelante», resalta.

SIN PRISAS. Las enfermeras que asisten a los pacientes ostomizados en esta consulta ponen de relieve que una de las ventajas es que pueden ofrecer toda la atención e información «sin prisas», dedicando el tiempo que requiera cada paciente.

Además, al poco tiempo de establecer la consulta de ostomías, Esther Prieto contactó con todos los centros de salud y residencias de mayores. «Queríamos darle difusión porque igual hay personas ostomizadas desde hace muchos años que tienen un problema y creen que tiene que ser así. Por ejemplo, una señora tenía la piel periestomal irritada y con un cambio de disco, en 15 días, se resolvió. Para nosotras es una satisfacción, mejora su calidad de vida [...] La idea es normalizar, es lo que tratamos de inculcar», destaca la enfermera.



Jade no se planteaba marcar la 'X' de la Iglesia.

Hasta que visitó una de sus casas para personas con discapacidad.

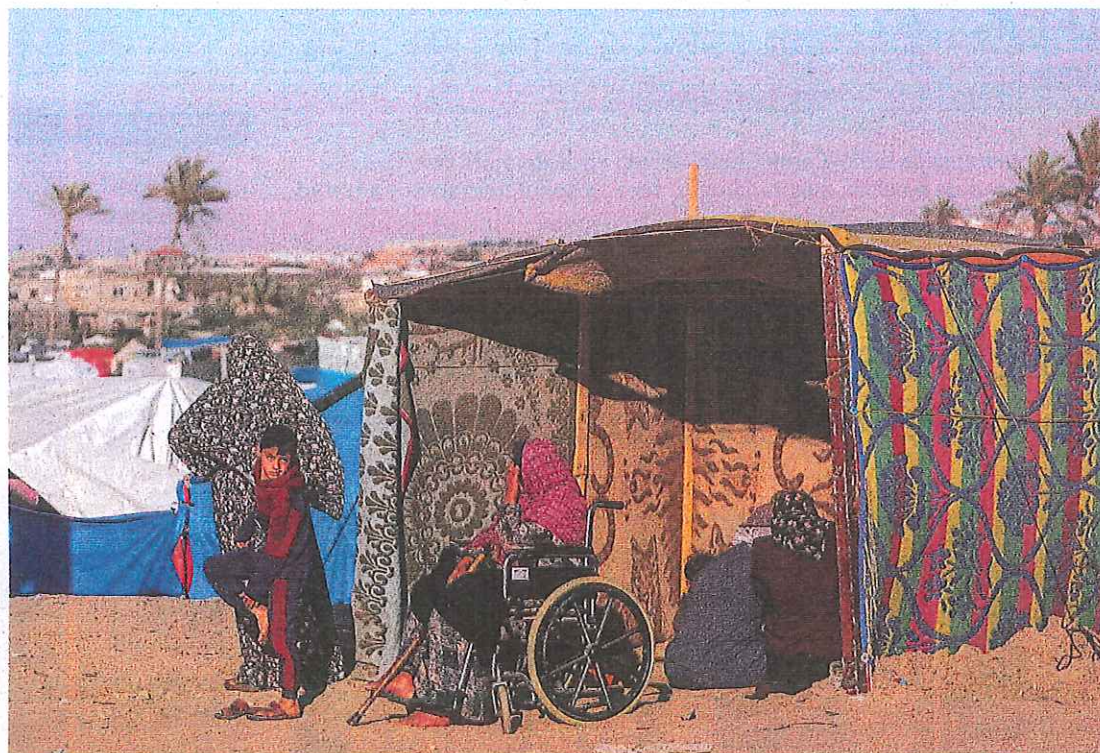
Descubre su experiencia en unviajeportantos.es



Marca la 'X' a favor de la Iglesia en tu declaración de la renta.

X TANTOS

SANIDAD | UNA PROBLEMÁTICA EN LAS REGIONES TENSIONADAS



Más de las dos terceras partes del total de defunciones en los territorios palestinos ocupados en 2018 se debieron a afecciones de tres o más meses de duración. / EFE

AGENCIAS / MADRID

Normalmente se asocia a la guerra con la muerte, el dolor y el sufrimiento de una forma muy directa. Pero, en ocasiones, pasa desapercibido cómo los enfrentamientos también tienen su impacto en la salud de las personas sin que las armas actúen de manera explícita. Los conflictos bélicos generan un caos que desmantela los sistemas sanitarios y socava las estructuras sociales y económicas. En este contexto, uno de los campos más afectados es el de las enfermedades crónicas, donde la atención médica se ve gravemente comprometida, dejando a quienes dependen de ella en una situación de extrema vulnerabilidad.

La interrupción de la cadena de suministro de medicamentos, la destrucción de infraestructuras sanitarias y la migración forzada de profesionales de la salud son solo algunas de las consecuencias que agravan la carga de este tipo de patologías en medio del conflicto.

En este sentido, la Sociedad Española de Salud Pública y Admi-

nistración Sanitaria (SESPAS) ha elaborado un informe que arroja luz sobre esta realidad y que alerta que estas situaciones de conflicto suelen pasar desapercibidas y, a menudo, pasado por alto. Así, la denominan la «muerte silenciosa», ya que acecha a quienes padecen enfermedades crónicas en zonas donde se libran las contiendas.

A pesar de que aún hay pocas publicaciones al respecto, la conclusión a la que llega el estudio es esclarecedora: la prevalencia de este tipo de afecciones es alta en territorios donde la guerra impera.

Uno de los conflictos que en la actualidad copan cada día los informativos es el de Oriente Próximo. Los constantes ataques de Israel contra la Franja de Gaza y el grupo terrorista Hamás no cesan y, pese a que la guerra comenzó en 2023, el mal de las enfermedades crónicas proviene de varios años atrás. En 2018, antes de la pandemia, estas patologías representaron más de las dos terceras partes del total de defunciones en los territorios palestinos ocupados. Esta lacra supone la mayor carga de morbilidad en los países del entorno, donde la falta de atención médica incide en la calidad de vida de forma decisiva.

«Pueden afectar hasta un 70 por ciento de la población a lo largo de la vida», sostiene el informe. El asunto se complica cuando, durante los conflictos armados, la prevención primaria y secundaria, el control de factores de riesgo, el acceso a las pruebas diagnósticas y los tratamientos para intentar cu-

CUANDO LA GUERRA GOLPEA LA SALUD

Los conflictos bélicos influyen silenciosamente en las personas que padecen enfermedades crónicas debido a la falta de acceso a las atenciones médicas y a la interrupción de tratamientos y cuidados en estas zonas

rar estas enfermedades quedan interrumpidos. Este escenario tiene unas importantes consecuencias sobre las personas, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad como los niños, las mujeres o los ancianos.

CONSECUENCIAS DIRECTAS. De este modo, los efectos sobre la salud de estos colectivos son claros:

la interrupción de tratamientos y cuidados aumenta la mortalidad prematura evitable entre las personas con enfermedades crónicas. Un ejemplo evidente es que la falta de acceso a los medicamentos pertinentes agrava el pronóstico de los pacientes con cáncer.

Así, sin salir de Oriente Próximo, durante la guerra de Siria, solo el 46 por ciento de la población pu-

46%

DE LA POBLACIÓN

Durante la guerra de Siria, solo el 46 por ciento de la población pudo completar el tratamiento con radioterapia como consecuencia del déficit de instalaciones y personal sanitario.

do completar el tratamiento con radioterapia y uno de cada dos finalizó el de quimioterapia, como consecuencia directa del déficit de instalaciones y personal sanitario.

No solo en esta parte del mundo sufren esta cruda realidad y el continente africano es otra buena muestra de ello. A raíz del conflicto desatado en el 2020 en Etiopía, más de la mitad de las personas que sufrían de SIDA, hipertensión, diabetes e insuficiencia cardíaca tuvieron que dejar los tratamientos. Las devastadoras consecuencias de esta problemática se ven de manera más acuciente, como en la mayoría de casos, entre la población con menos recursos. Y es que el incremento del precio de los medicamentos se convierten en otro «asesino silencioso» que afecta a millones de personas.

Si se atiende a la salud mental, los trastornos psicológicos como la ansiedad, el estrés o la depresión también se topan con distintas barreras a la hora de intentar ponerles freno, dado que los desplazamientos forzados y los traumas derivados de la violencia generada en situaciones tan convulsas son muchos y no se cuenta ni con personal ni con tiempo y dedicación para tratarlos como es debido.

CÓMO PONER REMEDIO. En este contexto, las muertes por estas causas pueden quedar enmascaradas por las grandes cifras de pérdidas humanas directas e indirectas a corto plazo, ya sea por culpa de los bombardeos, las epidemias o las infecciones.

Para dar cobertura sanitaria tanto a las personas que viven en los territorios donde se desarrolla la guerra como a las poblaciones desplazadas dentro o fuera del país, el informe incide en la descentralización de los servicios de salud y potenciar los comunitarios, que permiten un acceso más equitativo a unos recursos materiales y humanos escasos.

En este sentido, el fortalecimiento de la Atención Primaria juega un papel fundamental. Promover campañas de vacunación contra el cáncer o potenciar los programas para el control del consumo de tabaco son dos ejemplos, en principio, viables. Más complicada se antoja la investigación en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, dada la falta de datos disponibles y de inversión en los territorios afectados.

Soluciones necesarias para intentar poner fin a una cicatriz olvidada, pero patente.

El cáncer o la diabetes son algunas de las patologías más comunes

LA ESPERANZA DE VIDA MUNDIAL AUMENTARÁ CASI CINCO AÑOS PARA 2050

Los últimos hallazgos del Estudio sobre la Carga Global de Enfermedades 2021, publicados en *The Lancet*, pronostican que la esperanza de vida aumentará en 4,9 años en los hombres y 4,2 años en las mujeres entre 2022 y 2050. Así lo aseguran investigadores del Instituto de Evaluación y Medición de la Salud, una organización de investigación independiente de la Universidad de Washington. En concreto, se augura que los aumentos sean mayo-



res en los países donde la esperanza de vida es menor, lo que contribuirá a una convergencia del aumento de la esperanza de vida en todas las geografías. La tendencia está impulsada por las medidas de salud pública que han prevenido y mejorado las tasas de supervivencia de enfermedades cardiovasculares, COVID-19 y una variedad de alteraciones transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. Este estudio indica que el cambio actual en la carga de morbilidad hacia enfermedades no transmisibles y la exposición a factores de riesgo asociados a la obesidad, tensión alta, una dieta no óptima y el tabaquismo tendrán el mayor impacto en la próxima generación.

OF TALMOLOGÍA



El 30% de los niños españoles de entre cinco y siete años será miope en 2030

E. PRESS

El 19 por ciento de los niños residentes en España de entre cinco y siete años padecen miopía y se estima que en 2030 esa cifra ascenda al 30 por ciento si continúa el ritmo de crecimiento, según un estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Europea de Madrid y la Fundación Alain Affrélou.

Se espera que en 2050 la mitad de la población padecerá esta alteración de la vista, pero hasta ahora no había estudios publicados sobre la estimación de la prevalencia de miopía en España. Para llegar a los datos publicados en *Journal of Clinical Medicine*, los investigadores tomaron una muestra de 14.629 participantes de entre cinco y siete años procedentes de diferentes comunidades autónomas entre 2016 y 2021.

A la muestra se le realizó una medición de la agudeza visual y la determinación de la refracción objetiva y subjetiva. Los resultados establecieron que la tasa actual de miopía en niños españoles de entre cinco y siete años fue del 19 por ciento. La prevalencia ha aumentado progresivamente a medida que los niños crecían. En 2030, cerca de uno de cada tres de las edades estudiadas será miope si continúa la tendencia creciente.

CAMBIO DE HÁBITOS DE VIDA. «Con el fin de evitar alcanzar esas cifras se deben proponer acciones que promuevan hábitos saludables entre los niños como pasar más tiempo al aire libre, disminuir el uso de dispositivos digitales y dormir más horas», recomiendan Miguel Ángel Sánchez y Cristina Álvarez, investigadores del Departamento de Optometría y Visión de la UCM.

MARÍA JESÚS ÁLAVA
PSICÓLOGA

LA REFLEXIÓN COMO PROTECCIÓN CONTRA LA MANIPULACIÓN

Distinguir las ideas propias de las ajenas que nos 'cuelan' como válidas es esencial para no sucumbir a lo que opinan los demás

En esta sección de psicología he sostenido con frecuencia que resulta fácil la manipulación emocional. Este es un tema muy delicado, y no nos referimos únicamente a la manipulación que pueden sufrir muchos niños, nos referimos también a la manipulación que numerosos adultos pueden experimentar, sin ser conscientes de ello.

¿De verdad es tan fácil la manipulación emocional?

Sí, la manipulación emocional es mucho más fácil de lo que creemos; por ello, conviene que aprendamos a pensar y a distinguir los pensamientos propios de aquellos pensamientos ajenos que se nos cuelan como válidos y que pueden manipularnos emocionalmente.

Aunque nos resulte difícil creerlo, desde el exterior otras personas pueden manejar nuestras emociones con más facilidad de lo que podemos pensar.

En consecuencia, aunque parezca que es un hecho natural que se da de forma automática en el ser humano, la realidad es que tenemos que aprender a reflexionar. Lo contrario puede inducirnos a errores tan importantes como dejarnos colar opiniones ajenas, en la creencia de que obedecen a pensamientos propios.

¿La reflexión es la principal defensa ante la manipulación?

Sí, la reflexión es el mejor antídoto ante la manipulación. La reflexión nos permite ser dueños de nuestras emociones; además, es una de las principales fuentes de acceso al conocimiento: es nuestro recurso natural para apren-

der, para ayudarnos en los momentos de incertidumbre, para despejar nuestras dudas y encontrar soluciones a nuestros problemas.

La reflexión favorece nuestra libertad de actuación. Nos acerca al nivel máximo al que podemos llegar como personas. Nos ayuda a corregir errores y facilita las decisiones y los comportamientos que serán vitales en nuestra vida, y que nos harán crecer con cada experiencia.

¿Cómo se distingue a las personas poco reflexivas?

La diferencia entre las personas reflexivas y aquellas que actúan desde la impulsividad es tan importante que frecuentemente marca la frontera entre ser dueños de nuestras emociones o posibilitar que seamos víctimas de la manipulación y permitir que otras personas condiciones nuestra forma de sentir y actuar. Confucio decía: Aprender sin reflexionar es malgastar la energía.

Las principales características de las personas poco reflexivas:

- Tienen a ser impulsivas en sus conductas.
- Son poco objetivas en sus análisis.
- No controlan adecuadamente sus emociones.
- Les cuesta madurar.
- No aprenden de sus experiencias.
- Son poco fiables para las personas de su entorno.
- Sus comportamientos resultan imprevisibles.
- Su visión y su actuación es a muy corto plazo.
- Con frecuencia reaccionan de forma primaria, poco racional.
- Ante los fracasos suelen echar las culpas a los demás o a las circunstancias. Difícilmente asumen sus responsabilidades.
- Generalmente son poco flexibles en sus planteamientos.
- Les cuesta escuchar de forma activa.
- Son más reactivas que proactivas. Casi siempre van por detrás de los acontecimientos.
- Si algunas de las personas que nos rodean tienen ese perfil, la relación con ellas no resultará sencilla. No obstante, el principal problema es para ellas mismas. Se pierden mucho con su forma de actuar. Se dan una y cien veces contra la misma piedra, al no pararse a pensar con calma. No aprenden de los hechos, no analizan los acontecimientos, y no interiorizan sus experiencias.

Reflexión final.

Hoy podemos decir, sin miedo a equivocarnos, que vivir sin reflexionar es vivir sin aprender, es correr el riesgo de que otras personas se apoderen de nuestras emociones y de nuestros sentimientos, y esa es una tragedia que no nos podemos permitir.



Trabajar en red contra el cáncer

El jefe del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (La Coruña), Rafael López, destaca que es necesario «centralizar» los ensayos clínicos en España, pero «trabajando en red», para lo que se necesita «un gran esfuerzo colaborativo».

Así se pronunció durante una comparecencia ante la Comisión de Sanidad del Senado para exponer la situación de los ensayos clínicos en España, en un encuentro organizado por PharmaMar. «Esto es una asignatura pendiente en nuestro país», apunta, para recordar también la necesidad de «acelerar» la innovación a los pacientes y que no exista «un gap tan grande» entre la aprobación de un fármaco y el uso por parte de los pacientes.

En este sentido, el presidente de Oncosur y jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, Luis Paz-Ares; defiende la importancia de los centros de referencia por el beneficio que suponen para el paciente. «Hoy en día tenemos que ser capaces de darle a los pacientes lo mejor, y no siempre es posible hacerlo al lado de su casa. Tenemos modelos en red que nos permiten acumular la complejidad en determinados sitios», explica. Así, se muestra a favor de que haya «pocos hospitales» especializados, de tal manera que los equipos sean «realmente expertos». «Para eso, tenemos que ser capaces de implementar que esta red abarque a todo el mundo», señala.

2,5 MILLONES

de muertes al año causan las epidemias mundiales de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual (ITS), que siguen planteando importantes retos para la salud pública, según el último informe sobre este tema que ha presentado la Organización Mundial de la Salud para los años 2022-2030.

'Carolina Purpurina' recauda fondos

El libro *Carolina Purpurina. Brillantes aventuras sobre ruedas* es una historia inspirada en Carolina Plantinet, una niña con leucodistrofia, enfermedad rara neurodegenerativa provocada por una mutación genética, y tiene el objetivo de visibilizar y recaudar fondos. La historia está basada en la vida real de la pequeña, pero «no es solo una historia de discapacidad, es un relato de capacidad, un cuento universal para niños y mayores».



3,2%

AUMENTÓ el número de médicos colegiados en España en 2023, concretamente hay 9.271 más hasta hacer un total de 301.684. En el caso de las enfermeras, creció 9.766, un 2,9 por ciento, hasta 345.969, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística.

ENTREVISTA Más conocida como 'Lucía mi pediatra', Galán alerta contra las búsquedas sobre enfermedades que se hacen en internet desde el miedo o la angustia: la emoción impide ser crítico y se encontrarán cosas que no se ajustan a la realidad

LUCÍA GALÁN

PEDIATRA

«Cuando estamos en una situación complicada no necesitamos jueces. Necesitamos apoyo incondicional»

NAIARE RODRÍGUEZ (EFE)

Lucía Galán (Oviedo, 1978) presenta su libro *Los virus no entran por los pies*, en el que la autora constata que, en la actualidad, las familias tienen «infinitud de recursos» para estar bien informadas y asesoradas, y aboga por «conseguir un pensamiento crítico e investigar qué y quiénes hay detrás» de las informaciones que se buscan en la red para evitar las noticias falsas y los mitos, como el de que caminar descalzo hace que te resfríes cuando «no tiene ninguna base científica».

Derriba mitos sobre la salud física y mental de niños y familias. ¿Cómo de importante es este mensaje en la actualidad?
Es más necesario que nunca debido a la información y desinformación que nos llega cada día. Mi experiencia en consulta, tras estos 20 años como pediatra, es que la población está muy conectada, pero no siempre recibe la información veraz y rigurosa.

Se presenta como una gufa práctica. ¿Ha cambiado el aprendizaje con los años?
La cultura en medicina que tenían nuestros padres era muy limitada y se basaba en lo que decía el médico y ya está. Quizás en alguna familia había libros, pero tampoco se cuestionaba ni se reflexionaba. Hoy en día las familias tienen infinitud de recursos para estar bien informados y asesorados a pesar de las noticias falsas y de la desinformación.

¿Cuánto influye la búsqueda en internet?
Si haces la búsqueda desde el miedo, la ansiedad o la angustia es probable que encuentres cosas que no se ajustan a la realidad. La emoción que sientes en ese momento te impide ser crítico. Cuando esos procesos de búsqueda los hacemos por el mero hecho de aprender, somos más reflexivos y analíticos. Sin embargo, no es sen-

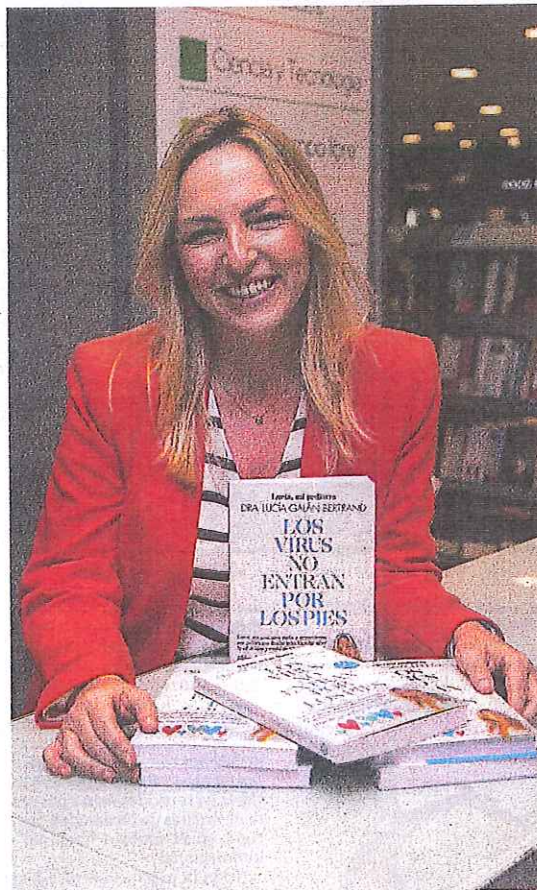
De las cosas más raras que he oído es lo de la ramita de geranio por el culete de los bebés que están estreñidos

La tasa de ansiedad, depresión, acoso escolar, suicidio y autolesiones están creciendo

cillo distinguir una buena fuente cuando es un campo que no conoces. Es bueno que la gente busque en internet, pero es importante que investiguen qué y quiénes hay detrás.

¿Cuáles considera que son los mitos más repetidos?
¡Hay más de 200 mitos en el libro! Pero centrándome en el que le da nombre, hay que remarcar que los virus no entran por los pies. Hemos escuchado muchas veces que caminar descalzo hace que te resfríes, pero realmente no tiene ninguna base científica. Las infecciones respiratorias se transmiten por el contacto directo entre dos personas que tienen un virus a través de las secreciones que emitimos al hablar o toser.

Es un mito muy extendido que se escucha en miles de hogares y, de hecho, lo que nos dice la base



EFE

científica es que lo saludable para la planta del pie es que el niño camine descalzo para que se desarrolle mejor.

¿Y qué es lo más extraño que ha escuchado?

La ramita de geranio por el culete de los bebés que están estreñidos.

Es una cosa que, cuando lo escuché por primera vez, no lo podía creer. También he escuchado que hay que poner un trozo de hilo rojo a la frente para quitar el hipo o colocar un collar de ámbar para el dolor de dientes, cuando está totalmente desaconsejado por el riesgo de asfixia.

El libro cuenta con experiencias personales. ¿Abrirse de esta forma ayuda a explicar mejor?

Las familias están un poco cansadas de recibir lecciones magistrales y necesitan experiencias reales de personas que, además de tener los conocimientos en ese campo, han pasado por ello. En mi caso, puedo dar ese toque emocional y sentido para que todo se comprenda mejor. Una cosa es hablar desde el punto de vista médico con rigor, pero todos necesitamos que nos aporten determinada información desde la sensibilidad que sentimos cuando somos padres o madres.

Aparecen temas como la alimentación infantil, la lactancia materna, el uso del chupete o el postparto. ¿Cuál es la mejor forma de acompañar?

Hay que acompañar sin juzgar y decir: ¿en qué te puedo ayudar? Las mujeres, cuando estamos en una situación complicada y difícil, no necesitamos jueces, abogados ni portavoces. Necesitamos personas que nos apoyen incondicionalmente y que, aunque no hayan pasado por nuestras propias experiencias, estén a nuestro lado.

En este libro pone en el centro la salud mental. ¿Cómo abordó este tema que, hasta el momento, no era tan visible?

El objetivo era visibilizar una realidad que llevamos viendo muchos años en consulta. Los niños y los jóvenes también tienen enfermedades mentales. Las tasas de depresión, ansiedad, autolesiones, suicidio y acoso escolar están creciendo.

No existen los recursos necesarios para dar cobertura a los problemas reales que vemos en nuestras consultas. Quería ayudar a las familias para que sepan identificar cuándo está sufriendo su hijo o qué pueden hacer en esos casos. En definitiva, quería poner sobre la mesa asuntos importantes que se están llevando por delante la salud de nuestros hijos.