SORIA
colegio oficial de
Médicos

DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

AGOSTO - SEPTIEMBRE

2026



SANS SEGARRA

"YO, HUMILDEMENTE, LES ABRO UNA PUERTA DE ESPERANZA: LA MUERTE NO ES EL FIN"

Fue jefe de Cirugía General y Digestiva del hospital de Bellvitge, en Barcelona. Hoy, con 83 años, se sube a los escenarios para hablar de la muerte... Y de lo que sucede después. Ha creado el concepto de supraconciencia y arrasa con sus libros y sus charlas. Hablamos con él.

POR CARLOS MANUEL

FOTO:

¿QUÉ TIENE ESTE HOMBRE PARA QUE LO SIGAN LAS MASAS?

SU PRESENCIA en el hipermercado me resulta ya tan familiar como la de las cajeras, a fuerza de verlo semana tras semana. Sus libros, y su foto en la solapa, están en todas partes. Es un cirujano jubilado, con esa aura de autoridad de los médicos de antes. Me mira con aspecto lúgubre y expresión severa, vestido con un traje gris que parece llevar desde que comenzó a ejercer. Ni su editorial (Planeta) es capaz de explicar el éxito de Manuel Sans Segarra (Barcelona, 1943), menos aún de catalogar sus obras. La primera, *La supraconciencia existe* (2024), que ha vendido cientos de miles de ejemplares y se ha traducido incluso al ruso y al chino, la puso en Ciencia y Medicina. La que publica ahora, *La humanidad en crisis*, la ha puesto a la vez en Actualidad, Autoayuda y Esoterismo.

Durante casi medio siglo, Sans Segarra se dedicó a salvar vidas. Fue jefe de Cirugía General y Digestiva del hospital de Bellvitge, especialista en cirugía oncológica y uno de los que trajeron la laparoscopia a España. Una eminencia. Tiene pinta de cualquier cosa menos de *influencer*. No hace chistes y en sus charlas hay citas de filosofía, ciencia y religión. Y aun así sus vídeos acumulan seiscientos millones de reproducciones, recibe cientos de mensajes de WhatsApp diarios y cuelga el cartel de 'no hay →

entradas' allá donde va. Su teoría de la supraconciencia, una energía interior que sobrevive al cuerpo, levanta entusiasmos entre sus seguidores («yo, humildemente, les abro una puerta de esperanza», explica) y sarpullidos entre sus críticos; muchos de ellos científicos, que le reprochan apropiarse del vocabulario de la física y lo acusan de 'misticismo cuántico'. ¿Es un predicador, un iluminado? A bote pronto, es alguien que aplica con más o menos criterio las extrañas propiedades de las partículas elementales de la física a la vida cotidiana de la gente corriente. Y eso, a lo que parece, tiene tirón. ¿Y ya está? La cita es en la sexta planta del edificio de Planeta, en la barcelonesa avenida Diagonal. Primera impresión: es altísimo, te mira a los ojos y parece transformarse. Habla con un fervor contagioso.

XL Semanal. Cuando lo reconocen y lo paran por la calle, ¿no tiene cierta sensación de irrealidad?

Manuel Sans Segarra. Lo paso mal, eh. No me gusta. A veces voy mirando al suelo para que no me reconozcan.

XL. ¿Y a qué cree que se debe semejante éxito?

M.S.S. Eso mismo me preguntó el papa Francisco. Me mandó llamar él, porque había visto mi libro, y me recibió en sus dependencias privadas. Y entonces me preguntó: «¿Cómo es que usted llena teatros y muchas iglesias están vacías?».

XL. ¿Y qué le contestó?

M.S.S. Que la Iglesia se sigue basando en dogmas, y que hoy la gente necesita evidencias científicas. Y me dijo: «Voy a orar por usted, continúe haciendo lo que hace. Pero usted ore por mí, porque yo tengo tantos enemigos como usted». Pobre. A los tres meses murió. El dalái lama también me recibió y me dijo lo mismo, que siguiera.

XL. ¿A pesar de los enemigos?

M.S.S. Sí, son muy duros y muy violentos. Ni se lo imagina. Yo era jefe de servicio de cirugía en un hospital de referencia. Hicimos el primer trasplante de hígado de España. Que alguien a ese nivel cuestione los cimientos del método científico, y hablando además de cosas trascendentes, eso se paga.

XL. ¿Lo criticaban por la espalda?

M.S.S. Y me lo decían a la cara, en privado. «Cuidado, que vas a perjudicar tu carrera profesional». Y como yo era responsable de un servicio de doscientas camas, también afectaba a mi equipo. Así que me callé durante muchos años.

XL. ¿Y por qué ahora sí habla?

"Según el método científico, la muerte es el fin. Yo considero que somos algo más. Hay una conciencia primera, que es la que crea el universo, y que muchos llaman Dios. Y cada uno de nosotros lleva dentro un eco de esa conciencia"

M.S.S. Porque llegué a una edad en la que ya no podía perjudicar a nadie. Y a mí me gusta decir la verdad. Lo que los demás piensen de mí no es mi problema. Pero ese rechazo ya no es tan fuerte. Algo está cambiando.

XL. ¿En qué lo nota?

M.S.S. Ingresé en la Real Academia Europea de Doctores y mi discurso de entrada fue sobre la supraconciencia. Y en mi propio hospital me pidieron la conferencia de clausura. Compañeros míos, los que me criticaban. Y ahora estoy luchando para que estos temas relacionados con las experiencias cercanas a la muerte sean una asignatura de libre elección en Medicina.

XL. ¿Pero mezclar física cuántica con espíritus no es como mezclar churras con merinas?

M.S.S. Todo es energía. Un pensamiento es energía y se graba en un electroencefalograma. Pero hay energías sutiles que no podemos ver. Por eso hay conexiones e interferencias clarísimas entre trascendencia, física, teología, filosofía...

XL. No todo el mundo lo ve tan clarísimo.

M.S.S. Porque reconocer que no llevas razón cuesta mucho.

XL. ¿Y a usted le costaría reconocer que también puede equivocarse?

M.S.S. Mire, yo he dirigido muchas tesis, y las que más ilusión me han hecho son las que demostraban que lo que considerábamos principios fundamentales de la cirugía eran errores nuestros. El científico tiene que ser muy humilde.

XL. ¿Y usted es humilde?

M.S.S. Me gustaría serlo más. Todos tenemos un ego, es un impulso vital. Sin él no haríamos nada. Lo que pasa es que hemos dejado que se hipertrofie. Y el ego es materialista.

XL. La asistencia a sus conferencias no es gratuita. Le confieso que me cuesta entender que la gente pague por escuchar a alguien hablar de estos temas...

M.S.S. Porque la muerte es un tabú. Pero mire lo que pasa. Estoy en la junta del Colegio de Médicos y hemos hecho un estudio de la mortalidad en Cataluña, y nos quedamos aterrados. De los 15 a los 35 años, la principal causa de muerte es el suicidio.



¿SE HA DEMOSTRADO LA SUPRACONCIENCIA?

La supraconciencia, según Sans Segarra, es un espíritu universal que habita en nosotros y nos sobrevive. El cerebro no la produce: la 'sintoniza', como una radio capta una emisora. Sus pruebas se basan en las experiencias cercanas a la muerte de personas a las que él mismo reanimó, ¿pero qué demuestran? Obviamente, no todos están de acuerdo con Segarra.

ESTE MUERTO ESTÁ MUY VIVO (AÚN)

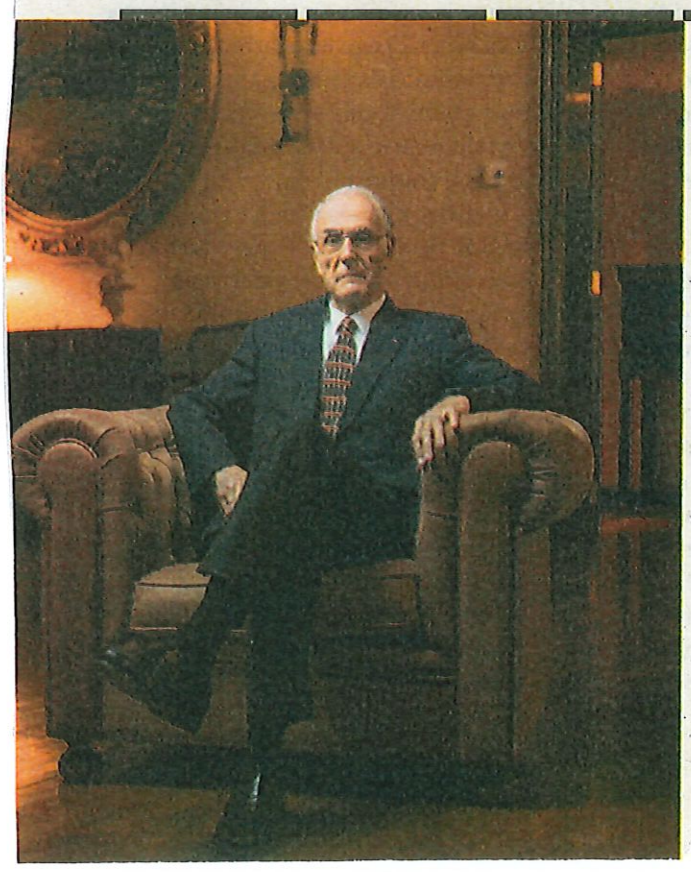
Sus pacientes le hablan de luces, de familiares que salen a recibirlos y de la paz que les embarga. Pero un paro cardiaco no es una muerte cerebral. Queda actividad eléctrica, y la neurología sostiene que la falta de oxígeno y la descarga de neurotransmisores pueden explicar buena parte de esas visiones.

EL ENTRELAZAMIENTO NO ES LO QUE PARECE

Para explicar que un paciente vea lo que pasa en otra habitación recurre al entrelazamiento cuántico. Pero lo que se entrelaza, explican los físicos, es el estado de dos partículas subatómicas: si mides una, la otra queda fijada al instante. El resultado es puro azar; no se transmite información. Y que cuenten la experiencia con todo detalle también se puede desmontar: el cerebro fabrica recuerdos y alucinaciones muy vívidas.

ATRAVESAR PAREDES

Algunos pacientes dicen que, flotando fuera del cuerpo, cruzaron el techo. Sans Segarra lo explica con el efecto túnel de la física cuántica. Un electrón podría atravesar una barrera. La posibilidad para una persona es casi nula: el tiempo de espera excede la edad del universo. Él alega que no es el cuerpo lo que atraviesa la pared, sino la supraconciencia... Suponiendo que exista, que sea algo físico y, por tanto, tenga propiedades cuánticas.



UN CREDO RENOVADO

XL. Es un horror.

M.S.S. ¡Es terrible, terrible! ¿Qué hemos hecho con estos chicos? ¿Qué sociedad hemos montado? Están en el momento de la vida en que tienen un mundo por delante, y se suicidan. Yo he operado a los que lo intentan bebiendo salfumán, lejía. ¿Sabe usted lo que es operar a un chaval con el esófago quemado?

XL. No me lo quiero ni imaginar.

M.S.S. Después de la operación viene una recuperación muy lenta. Yo hablaba con ellos, les preguntaba por qué lo habían hecho.

XL. ¿Y qué le decían?

M.S.S. Que lo tienen todo y no les llena. Muchos son hijos de gente con dinero. Se distraen con compras, con placeres, con droga... Pero lo material no da sentido a sus vidas. Eso te deja pensando.

XL. ¿Y le hace replantearse cosas?

M.S.S. Sí. Mi formación es científica. Yo tenía una visión totalmente materialista del ser humano. Enfermo que se me muere, se acabó todo. Lo que pasa es que ves que hay maneras y maneras de morir.

XL. ¿Qué quiere decir?

M.S.S. Si te domina el ego, tienes un miedo atroz, porque piensas que vas a perderlo todo. En mi hospital, algunos pacientes, al enterarse de lo que tenían, abrían la ventana y se tiraban. Si usted va hoy a Bellvitge verá que las ventanas están herméticamente cerradas. Entonces se nos tiraban por el hueco de la escalera. Y verá que cada tres pisos hay una red de cuerdas, para que el que salte quede retenido.

XL. No es nada fácil dominar el miedo.

M.S.S. Pues yo he visto morir a gente que sabe que no es solo materia, sino espíritu. ¿Y cuál es la diferencia? Es brutal. Una paz, una armonía...

Dan consejos a los familiares, los consuelan.

XL. ¿Y usted? ¿Tiene miedo a la muerte?

M.S.S. Sé que tengo una misión que cumplir y, mientras la tenga, estaré bien. Me cuido. Cuando llegue el momento, tendré un accidente o me saldrá un tumor y me iré. El dolor hay medios para quitarlo y pediré que me lo quiten. Pero miedo a la muerte, en absoluto. ¿Y sabe por qué? Porque yo contacto con mi supraconciencia.

XL. Pare un momento y explíqueme qué es eso, según usted.

M.S.S. Para Descartes y Newton, el elemento estructural del universo es la materia. Entonces, el ser humano solo sería cuerpo y mente. La mente la fabrica el cerebro: las emociones, la memoria, el razonamiento. Cuando opero a alguien, el anestesista le apaga la conciencia; yo lo abro y lo cierro, y se despierta y vuelve a ser él. Y cuando alguien se muere se le pudren las neuronas, deja de pensar y deja de existir. Pienso, luego existo. Según el método científico, la muerte es el fin.

"Al morir, el cuerpo va perdiendo la actividad metabólica y su supraconciencia se va a otro plano. Yo he tenido enfermos clínicamente muertos que, mientras los reanimaba, veían lo que pasaba"

XL. Y usted no está de acuerdo.

M.S.S. Yo considero que somos algo más. Hay una conciencia primera, que es la que crea el universo, y que muchos llaman Dios. Y cada uno de nosotros lleva dentro una presencia, un eco de esa conciencia: es lo que yo denomino 'supraconciencia'. Es el espíritu universal, perfecto, eterno, el mismo para usted y para mí.

XL. ¿Ese espíritu es el alma?

M.S.S. No exactamente. Ese espíritu se mete en un cuerpo para vivir una vida humana, y en esa vida usted va llenando una mochila, con lo que hace y lo que vive, que es solo suya: es lo que en Occidente llamamos 'alma' y en Oriente, 'karma'. El espíritu es igual en todos; el alma es lo que le hace a usted diferente.

XL. Y dice que usted contacta con la supraconciencia.

M.S.S. Hay dos maneras: con la oración y con la meditación. Yo medito una hora cada día y siento lo mismo que me cuentan los enfermos que he reanimado en la mesa de operaciones.

XL. ¿Qué nota?

M.S.S. Primero, una sensación de laxitud. Luego se pierde la conciencia del cuerpo. Después se entra en una situación de paz. Se le abre la mente. Usted es el universo, está unido a todo. Y desaparece el tiempo.

XL. ¿Y al morir es lo mismo?

M.S.S. El cuerpo va perdiendo la actividad metabólica y, mientras tanto, su supraconciencia se va a otro plano, otro nivel energético. Allí la comunicación es telepática, no existe el tiempo ni la distancia. Si usted dice «quiero ir a las antípodas», ya está allí.

XL. Ya. Pero eso no hay manera de comprobarlo.

M.S.S. Lo dirá usted. Yo he tenido enfermos clínicamente muertos que, mientras yo los reanimaba, estaban viendo lo que pasaba a distancia, y luego me lo cuentan. Y es exacto, y es imposible que lo supieran. El cuerpo se queda en la mesa, el cerebro no funciona, pero la supraconciencia sale y después lo puede explicar.

"El papa Francisco me mandó llamar y me dijo: 'Voy a orar por usted, continúe haciendo lo que hace. Pero usted ore por mí, porque yo tengo tantos enemigos como usted'. Pobre. A los tres meses murió"

XL. Usted sostiene en su nuevo libro que la humanidad está en crisis: cambio climático, guerras, desigualdad, soledad... Pero también dice que tiene la solución.

M.S.S. Solo saldremos de esto cuando haya una masa crítica de personas conscientes de que somos cuerpo, mente y espíritu. Una masa crítica que diga basta. El ego no lo arreglará nunca. Pero toda crisis tiene una vertiente muy positiva, que es descubrir que vivíamos en el autoengaño. Por eso, a la larga, soy optimista.

XL. ¿Muy a la larga?

M.S.S. Será gradual. Porque no hay educación. Los poderes fácticos quieren eliminar las humanidades, la filosofía. Quieren un rebaño al que llevar donde quieran. Bonhoeffer, el gran teólogo alemán de la época de Hitler, decía que no es lo mismo la maldad que la estupidez. La maldad tiene un objetivo y se puede luchar contra él. Contra la estupidez no se puede. El pueblo alemán entregó su voluntad a un líder loco pensando que iba a salvarlo. Y mire los líderes que tenemos ahora. ■

Suben los nacimientos y caen las muertes en la Comunidad por encima de la media

● Los alumbramientos aumentan un 2,1%, por encima de la media de España, mientras que las muertes descienden un 2,3%, más que la media del país ● El saldo vegetativo en lo que va de año es negativo con 10.722 personas menos

RAÚL RUANO VALLADOLID

Los nacimientos aumentan y las muertes disminuyen en Castilla y León, una noticia positiva para una comunidad autónoma duramente golpeada por la despoblación. Si bien, el saldo vegetativo (diferencia entre nacimientos y defunciones) continúa siendo negativo con 10.722 personas menos. Hasta junio del presente año ha habido 6.294 alumbramientos en la Comunidad por los 6.159 en el mismo periodo del año anterior. Esto supone un aumento de 135 nacidos, un 2,19% en términos porcentuales, un mejor comportamiento que la media nacional que se situó en el 1,07%.

En lo que respecta a los fallecimientos, Castilla y León también tiene un mejor comportamiento que el resto del conjunto nacional. Hasta junio del presente año perdieron la vida 17.016 personas en la Comunidad, 407 menos que en el curso pasado. Así, bajó el número de muertes en un 2,34%, un descenso superior al del país que fue del 0,96%, según los datos publicados este miércoles por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre la estimación de nacimientos.

En lo que relativo a los nacimientos, Castilla y León ocupa el octavo lugar a nivel nacional después de Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunitat Valenciana, Castilla-La Mancha, País Vasco y Galicia. En el conjunto de España han nacido en el primer semestre del año 26.291 bebés, un 1,07% más que en junio del pasado año.

Al observar provincia por provincia, se aprecia un comportamiento desigual en los nacimientos del primer semestre del año. Cinco territorios experimentan un crecimiento (siempre en comparación con el mismo periodo del año pasado) y cuatro pierden alumbramientos.

En términos relativos es Segovia la que lidera este listado con un aumento del 12% en la comparación interanual. A mediados de 2025 la provincia segoviana registró 440 nacimientos y en el presente curso ha experimentado una subida de 56 hasta los 496. Sin embargo, Burgos es la provincia que más neonatos ha ganado de un año a otro. En junio del pasado curso, 995 burgaleses llegaron al mundo y este año son 92 más hasta los 1.087, lo cual supone un aumento del 9,2%.

Otras dos provincias superan el millar de nacimientos, una de ellas es la más poblada de toda Castilla y León, Valladolid con 1.523, 15 más que en el mismo periodo de tiempo que el año pasado. Lo cual supone un ligero aumento del 0,99%.



Imagen de archivo de un bebé nacido este año en la provincia de León. ICAL

Los otros dos lugares que tienen más nacimientos que el pasado año son Ávila y Soria. En el primer caso el aumento ha sido del 7,6% al pasar de 416 alumbramientos a 448, 32 más. En el caso soriano el aumento es menor en términos absolutos, pero en porcentaje es más. Hasta junio del año pasado nacieron 244 bebés en la provincia, este año la cifra asciende a 269, 25 más que se traduce en una subida del 10%.

Las cinco provincias con más nacimientos que el pasado curso superan la media nacional (recordar que se ha situado en el 1,07%), pero hay otras cuatro que han perdido alumbramientos en la comparativa.

En primer lugar se encuentra León, la tercera provincia de la Comunidad que rebase la barrera de los 1.000 nacimientos. En el anterior periodo se llegó a 1.009 alumbramientos y este año hay siete menos. Lo que supone una ligera pérdida del 0,69%.

En el resto de las provincias la pérdida es más grande. A continuación se encuentra Salamanca que registra una caída del 1,1% al pasar de 813 neonatos a 804 del primer semestre de este año. Apenas ha registrado nueve alumbramientos menos, cifra muy similar a la de la provincia leonesa.

La diferencia ya aumenta si se analiza Palencia con trece nacimientos menos. En el periodo analizado se alcanzaron los 377 alumbramientos mientras que este año han sido 364, una diferencia del 3,4%.

La diferencia más sangrante se da en una provincia especialmente golpeada por la despoblación como es Zamora. Este año han llegado al mundo 301 zamoranos, 56 menos que en el anterior curso cuando fueron 357: una diferencia del 15%.

En lo que respecta a las cifras del mes de junio, Valladolid anota el mayor número de nacimientos en junio, con 270, seguida de Burgos (182), León (161), Salamanca (137), Segovia (104), Ávila (81), Palencia (55), Zamora (49) y Soria (45). En cuanto a las edades de las madres, la mayor parte de alumbramientos ha sido de madres de entre 30 y 34 años, con 344, seguidas del grupo de 35 a 39, con 319, y de las mujeres de entre 25 a 29 años con 178 hijos.

A continuación se sitúa el grupo de mujeres de entre 40 y 44 años, con 125 nacidos; el de 20 a 24 años, con 87, y el de 15 a 19 años con 24 alumbramientos. En esta ocasión se han producido siete nacimientos de madre de entre 45 a 49 años, informa Europa Press.

MORTALIDAD

En el caso de las defunciones, Castilla y León también tiene mejores datos en la comparación con el resto de España. A nivel nacional la mortalidad cae un 0,96%, es decir, hasta junio de 2026 se han producido menos muertes que en el mismo periodo del pasado año (2.197 menos).

En Castilla y León las personas fallecidas descendieron más. En 2025 17.423 castellanos y leoneses perdieron la vida por los 17.016, una diferencia de 407 personas lo que se traduce en una caída del 2,34%.

En la comparativa entre las nueve provincias, León es en la que más personas fallecieron, seguida de Valladolid, Burgos, Salamanca, Zamora, Palencia, Ávila, Segovia y Soria (única provincia que baja del millar).

Tan solo hay dos provincias en la Comunidad que rompen la tendencia. Se trata de Salamanca y Segovia, en ambas se han producido más decesos que en el primer semestre del año pasado. En la primera situación, ha habido 30 muertes más al pasar de 1920 el pasado año a 1950 en el presente curso, lo que se traduce en un 15% más. Mientras, en Segovia las cifras tanto absolutas como relativas aumentan. En 2025 se produjeron hasta el mes de junio 800 fallecimientos y ahora se contabilizan 844, una subida del 5,5%, el peor dato de toda la Comunidad.

Las siete provincias restantes mejoran este dato y recogen menos decesos en la comparación interanual. En primer lugar, Ávila tuvo 35 muertes menos al pasar de 1.042 el pasado año a los 1.007 del presente curso. Una caída del 3,35%, por encima de la media autonómica.

La diferencia en Burgos es menor a pesar de que las cifras absolutas son más elevadas. Hasta junio del pasado año perdieron la vida 2.187 burgaleses por los 2.144 de este año. Una diferencia de 43 personas que se traduce en un 1,96% menos.

La provincia leonesa registró la mayor caída en términos absolutos. En León fallecieron el pasado año 3.140 personas hasta junio por las 2.997 que lo hicieron este curso. Una diferencia de 143 personas que en términos relativos fue del 4,55%. A continuación se encuentra Palencia que tuvo la segunda mayor caída en términos absolutos y la primera en los relativos. En el pasado curso perdieron la vida, siempre hasta el mes de junio, 1.115 palentinos y en el primer semestre de este año la cifra descendió hasta los 1.022. Una diferencia de 93 personas lo que significa un 8,34% menos de fallecidos.

Soria se sitúa por debajo de la media nacional al tener una diferencia mínima. El pasado año perdieron la vida 580 sorianos y este año la cifra se reduce en solo dos personas, lo cual supone una disminución del 0,34%.

El caso de Valladolid la disminución porcentual es muy similar a la de Soria, aunque la cifra de fallecidos se multiplica por cuatro en comparación con la provincia soriana. Hasta junio del pasado año perdieron la vida 2.610 vallisoletanos y este año la cifra se reduce en 21 con 2.589 decesos. Una diferencia que en términos porcentuales es de 0,8%, estadística muy similar al a media nacional.

Por último, Zamora también reduce la mortalidad. El pasado curso los muertos en la provincia ascendieron a los 1.374 y este año se reducen en 91 persona, hasta los 1.283. En términos porcentuales significa una caída del 6,6%.

En cuanto a los análisis del mes de junio, las mayores caídas se han registrado en León con 134 muertes menos, seguida de Palencia con 106 menos; Zamora con 100 menos; Ávila con 82 fallecidos menos; Burgos con 45 decesos menos; Valladolid siete menos y Soria otros siete. La provincia de León también encabeza las defunciones en el mes de junio, con 98, seguida de Valladolid (84), Burgos (65), Salamanca (52), Zamora (49), Ávila (32), Segovia (21), Palencia (24), y Soria (24), informa Europa Press. Mientras, en el conjunto de Castilla y León se han producido 459 muertos

ANUNCIAN LA PRIMERA VACUNA PARA EL MELANOMA

Investigación. Las compañías Moderna y MSD difunden los buenos resultados de la primera terapia basada en la tecnología de las vacunas del Covid para el cáncer de piel

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

Las compañías farmacéuticas Moderna y MSD (denominada Merck en EEUU y Canadá) anunciaron ayer que su tratamiento experimental basado en tecnología de ARN mensajero (ARNm) ha obtenido buenos resultados contra el melanoma avanzado en un ensayo en fase III, la última fase de investigación antes de llegar a los pacientes.

Mediante una nota de prensa, en lugar de a través de una publicación científica como es habitual, los gigantes farmacéuticos dieron ayer a conocer el éxito de la terapia, aunque sin aportar detalles sobre los resultados positivos del ensayo.

Según sus datos, el tratamiento personalizado desarrollado en conjunto por ambas compañías y denominado intismeran autogene se administró en combinación con pembrolizumab (Keytruda), la inmunoterapia insignia de MSD, en pacientes con melanoma avanzado que previamente habían sido intervenidos quirúrgicamente.

En un comunicado en común, las empresas avanzaron que la combinación demostró una mejora estadísticamente significativa en la supervivencia libre de recaída en comparación con los enfermos que únicamente recibieron la inmunoterapia. No obstante, no se aportaron datos concretos sobre cuánto aumentó la supervivencia.

Todos los detalles de la investigación, adelantaron, «se presentarán en una próxima reunión médica internacional y se compartirán con las autoridades reguladoras». El anuncio disparó enseguida las acciones de las compañías en Wall Street, con un aumento del 130% en el caso de Moderna y un 10% en el de Merck (MSD en EEUU y Canadá), informa Efe.

El pasado mes de junio, los resultados de un ensayo en fase IIb, presentados en la reunión anual de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO 2026) y publicados simultáneamente en la revista *Journal of Clinical Oncology*, mostraron que el tratamiento era eficaz para reducir el riesgo de recurrencia y muerte por este tipo de cáncer de piel en un 49% con respecto al tratamiento solo con la inmunoterapia.

Según los resultados de este estudio, la terapia combinada disminuyó en un 59% el riesgo de desarrollar metástasis a distancia. En cuanto a la supervivencia global, entendida como la ausencia de muerte por cualquier causa, alcanzó el 92,2% en el grupo que recibió la vacuna junto con inmunoterapia, frente al 71,3% registrado entre los pacientes tratados solo con pembrolizumab.

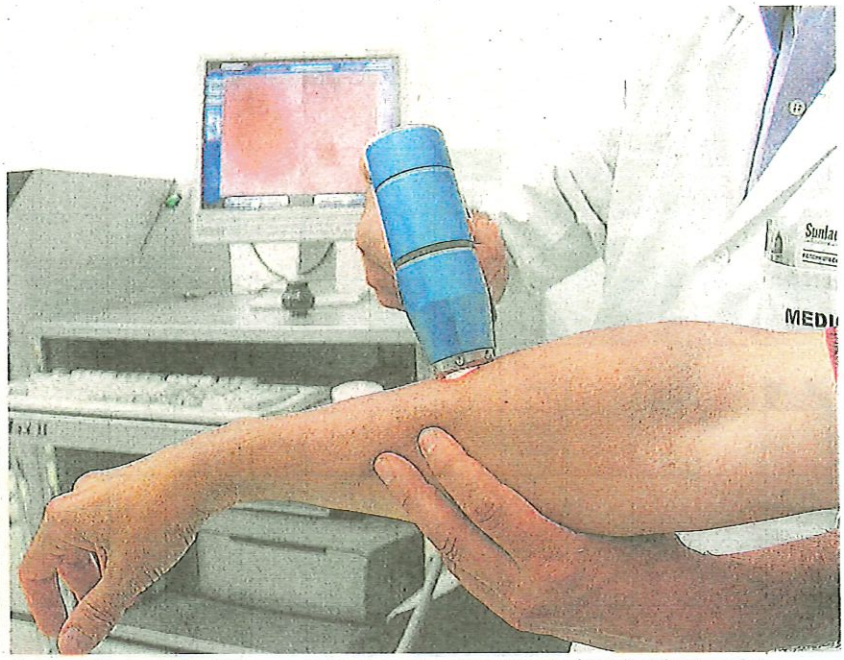
A falta de la habitual revisión por pares que debe acompañar a todo avance científico, de confirmarse sería la primera vez que un tratamiento de este tipo dirigido a combatir el cáncer consigue superar con éxito un ensayo en fase 3. Aunque se denomina vacuna, esta terapia no pretende prevenir la enfermedad, sino que está diseñada para que el sistema inmunitario del paciente sea capaz de reconocer y destruir las células malignas de un tumor ya desarrollado. La tecnología en la que se basa, el ARN mensajero, es la misma que se utilizó para desarrollar las primeras vacunas contra el Covid.

Al contrario que otras vacunas, este tratamiento es personalizado. De este modo, la terapia se diseña a medida analizando las mutaciones genéticas específicas del tumor de cada individuo. Así, las defensas del cuerpo aprenden a reconocer de forma precisa la firma biológica de sus propias células cancerosas para atacarlas.

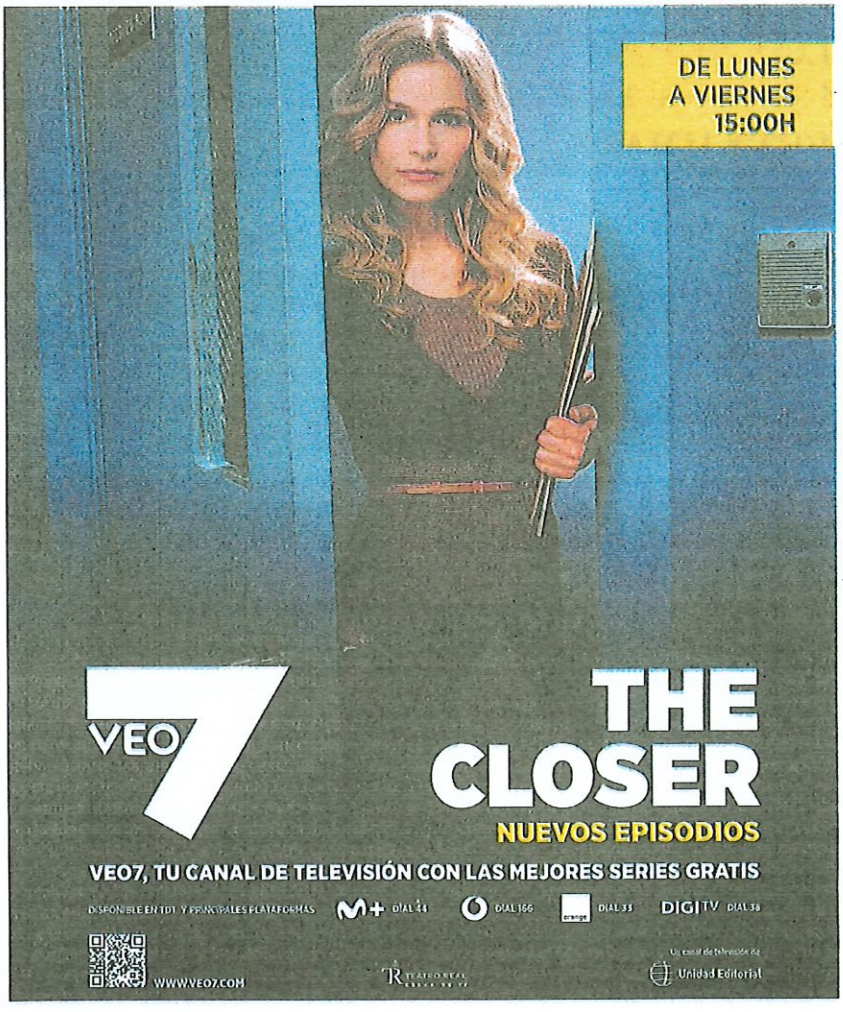
«Durante muchos años, la idea de crear un tratamiento de ARNm diseñado específicamente para el cáncer de una persona era difícil de imaginar. Hoy estamos contribuyendo a convertir esa visión en realidad», destacó Stéphane Bancel, director ejecutivo de Moderna.

El estudio en fase 3 se llevó a cabo en una muestra de más de 1.100 pacientes. Con los resultados obtenidos, y una vez que se presenten ante la comunidad científica, las compañías planean iniciar los trámites formales ante las agencias reguladoras de medicamentos para solicitar su autorización y distribución.

La eficacia de esta estrategia se está explorando también con otros tumores, como el de pulmón, riñón o vejiga.



Un dermatólogo revisa la piel de un paciente en busca de posibles signos de cáncer de piel. CARLOS DÍAZ





EL SECRETO DE LOS SUPERCENTENARIOS ESTÁ EN SUS DEFENSAS

Investigación. Las personas con una longevidad extraordinaria presentan una mayor abundancia de un tipo de células del sistema inmunitario, revela un nuevo estudio

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

Por qué algunas personas logran vivir mucho más que el resto? ¿Qué hace que los *supercentenarios* tengan esa extraordinaria longevidad, acompañada además de buena salud? La ciencia se afana por entender los entresijos de este fenómeno y, aunque todavía hay muchas incógnitas por resolver, va destapando algunos de los rasgos que contribuyen a esta forma de envejecer.

Una de las claves, según apuntan distintos estudios, está en su sistema inmunitario. Para la mayoría, envejecer supone adquirir un sistema inmunitario menos eficaz, perder cierta capacidad para luchas contra las infecciones o detectar nuevas amenazas, entre otros efectos. Sin embargo, los que superan los 110 años a menudo presentan todavía unas defensas bien pertrechadas.

Un estudio liderado por científicos de la Universidad de Osaka (Japón) ahonda esta semana en las razones de por qué sucede esto. Los investigadores, que publican los resultados de su trabajo en la revista *Cell Reports*, han descubierto que un tipo particular de células inmunitarias es más abundante en estas personas. Los científicos detallan en el estudio cómo este tipo de defensas –los linfocitos T CD4 citotóxicos (CD4 CTL)– se expanden en estos casos, llevando a cabo un proceso de adaptación de las defensas.

«Esta expansión selectiva de ciertas células T sugiere que, incluso un una edad avanzada extrema, su sistema inmunitario continúa adaptándose a los desafíos asociados a la edad», ha señalado en un comunicado Kosuke Hashimoto, primer firmante del trabajo.

Estos linfocitos son un curioso tipo de células T. Habitualmente, este tipo de defensas se divide en dos tipos, los linfocitos T colaboradores (CD4) –que coordinan, activan y estimulan la respuesta–; y los linfocitos T citotóxicos (CD8), que *atacan* a las amenazas. Sin embargo, los CD4 CTL tienen la capacidad de cumplir ambos papeles: reconocen posibles enemigos y también los destruyen.

Normalmente, estás células no son muy abundantes, su presencia en el organismo es más minoritaria que otras células defensivas. Pero los investigadores han descubierto que en individuos *supercentenarios* se expanden de forma significativa alrededor de los 100 años, si bien no es un fenómeno exclusivo que solo tenga lugar en estas personas.

Para avanzar un paso más en su trabajo, los investigadores quisieron analizar también en respuesta a qué amenazas se habían clonado estas células. Sus estudios determinaron que en gran parte se relacionaban con tumores. Dado que ninguno de los 28 individuos estudiados habían padecido un cáncer, los investigadores sugieren que estas células defensivas habían sido muy eficaces a la hora de neutralizar un proceso canceroso incipiente, entre otros *ataques*.

Una pareja de personas mayores pasea cerca de su casa. SERGIO GONZÁLEZ VALERO

De cualquier forma, los investigadores advierten que estos hallazgos no son demuestran ni son una prueba definitiva que presentar una abundancia de estas células sirva para prevenir el cáncer o provoquen una mayor longevidad. «A medida que envejecemos, se vuelve más común tener células anormales, como células cancerosas o senescentes», ha señalado Hashimoto en el citado comunicado. «Nuestros resultados sugieren que la adaptación inmunitaria a estos cambios podría contribuir a esa longevidad excepcional», ha añadido.

«Los autores sugieren que estas células en los *supercentenarios* les permiten aumentar su tiempo de vida al defenderse contra determinadas células malignas», coincide Manel Esteller, jefe de Grupo Epigenética del Cáncer del Hospital de Sant Pau de Barcelona, que entre otros estudios sobre longevidad, publicó hace unos meses un análisis del caso de Maria Branyas, la española que fue la mujer más longeva del mundo y falleció en Olot (Girona) en 2024 a la edad de 113 años.

«Nosotros vimos algo muy similar a lo que apunta este estudio en el estudio de Maria», señala Esteller. «En su caso, ella presentaba células inmunitarias con mucha memoria, demostrando que había tenido muchas infecciones y había podido defenderse muy bien de ellas. Por ejemplo fue la persona con Covid-19 más vieja del estado y fue asintomática. También tenía células que aún le permitían defenderse de infecciones. Todo encaja con esta idea de que los *supercentenarios* también tienen un sistema *superinmune*, un sistema que les permite defenderse muy bien tanto de las infecciones como de posibles cánceres todavía muy pequeños, en desarrollo», comenta el investigador.

Su estudio también destapó otras particularidades en el excepcional organismo de Branyas. Así, según sus datos, esta *supercentenaria* que sobrevivió a dos guerras mundiales, la guerra civil española, el franquismo y dos pandemias también presentaba un ADN privilegiado, un microbioma juvenil y 23 años menos de edad biológica en el momento de su fallecimiento.

"Los supercentenarios también tienen un 'sistema superinmune', que les defiende muy bien de los ataques"

La española Maria Branyas, que vivió 113 años, tenía unas potentes defensas, además de un microbioma juvenil

El 33% del parque nacional supera los 10 años de antigüedad, una cifra que triplica lo recomendado por los estándares internacionales. Usar aparatos viejos repercute en la salud del paciente, advierten los expertos

UN TERCIO DE LOS EQUIPOS SANITARIOS ESTÁ OBSOLETO



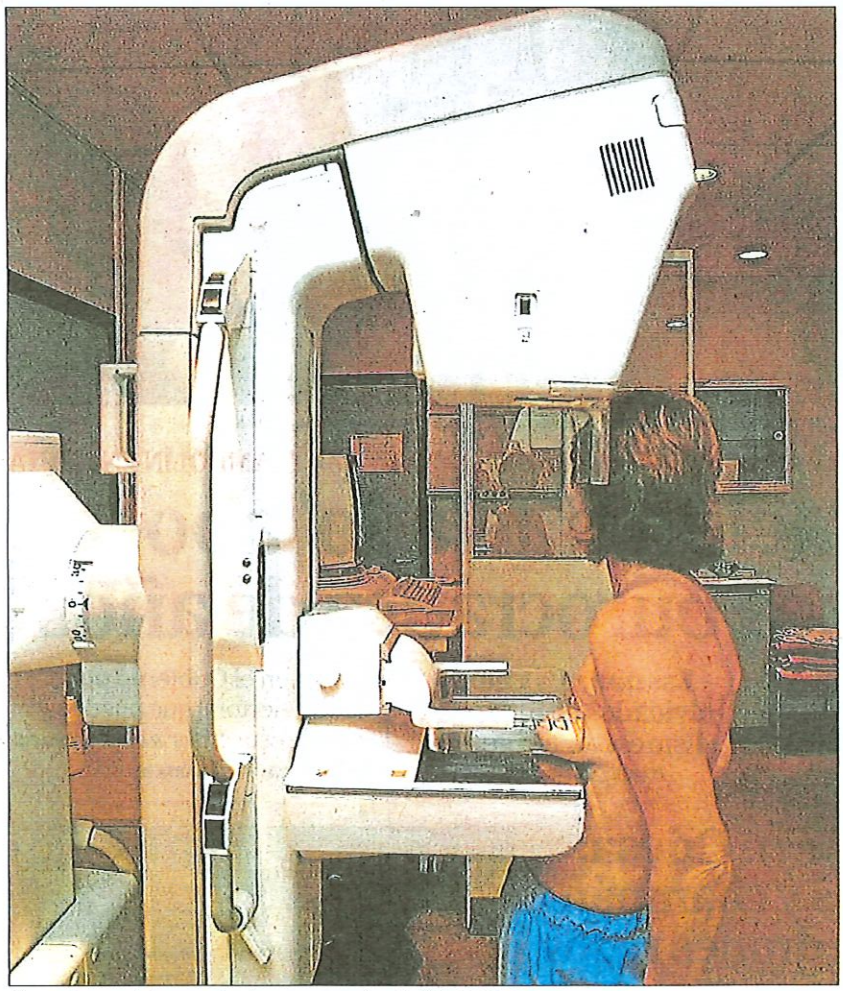
PILAR PÉREZ
MADRID

La tecnología sanitaria en España se encuentra en una encrucijada histórica. Tras años de infrafinanciación y una dependencia crítica de inyecciones extraordinarias de capital, el sector intenta transitar de un modelo de «parcheo» a uno de planificación sostenible. Sin embargo, la realidad de los datos describe un panorama preocupante donde la antigüedad de los equipos compromete no solo la eficiencia económica, sino la propia seguridad de los pacientes. El 33% del parque nacional todavía supera los 10 años de antigüedad, una cifra que triplica lo recomendado por los estándares internacionales que establecen un límite máximo del 10% para equipos de esa edad.

Como se afirmó de forma contundente en el 38º Congreso de la Sociedad Española de Radiología Médica (Seram), «la tecnología sanitaria en el Sistema Nacional de Salud es un paciente que estaba en la UCI, ha pasado a planta, pero a día de hoy le estamos tratando con un tratamiento agudo cuando es crónico». Francisco Vázquez González, presidente del sector de tecnologías y sistemas de información de Fenin (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria) y Cristina Soto, jefa del servicio de Radiodiagnóstico, del Departamento de Salud de Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria, son los autores de esta afirmación.

Los equipos antiguos tienen repercusión en la seguridad del paciente y en las habilidades que ponen en manos de los médicos: «Tienen más radiación, la calidad de la imagen es peor...», apunta Soto. No se trata de que sean perjudiciales, «pero cuando uno se compra un móvil con mejores prestaciones y con una cámara que permite mejores fotos se da cuenta del impacto que tiene», ilustra de forma sencilla la radióloga valenciana.

Desde la Seram y Fenin se han realizado diferentes análisis que dibujan la situación de la tecnología de los hospitales españoles. Los resultados no son buenos, ya que hay muchos considerados ya viejos, esto es superan los 10 años. La radiología convencional es el área más crítica, con un 66% de equipos obsoletos; un 53% del parque de mamógrafos supera la década, lo que limita el acceso a tecnologías de vanguardia como la tomosíntesis en 3D; en el área de la endoscopia, un 46% de sus torres de visión ya están desactualizados; un 38% de los equipos de los sistemas digitales de inyección de contraste, que son críticos para la seguridad en TC y RM, ya necesita un recambio.



Una mujer se somete a una prueba con un mamógrafo digital. EL MUNDO

Los radiólogos explican que la obsolescencia no es solo una cuestión de «máquinas viejas que aún funcionan», asegura Luis Concepción, responsable de asuntos profesionales de la Seram y autor principal de la nueva guía de renovación tecnológica. También, el impacto es clínico y humano: «Tener TAC más antiguos supone más irradiación para la población... no solamente que no diagnostiques bien, sino que lo haces con una radiación más alta», insiste Concepción. Asimismo, influye en la humanización del trato: «No es lo mismo hacerse una resonancia en una máquina que tiene un agujero de 70 cm a una que tiene uno de 60 cm. La prueba es mucho mejor tolerada», señala este radiólogo sobre las secuelas en el paciente.

Desde Fenin también se pone sobre la mesa el concepto de obsolescencia en seguridad: equipos que ya no cumplen con los estándares actuales de protección radiológica, control de infecciones o ciberseguridad. El portavoz de Seram deja claro que, además, la falta de mantenimiento especializado (realizado por el fabricante) incrementa los riesgos. Se estima que el coste de mantenimiento sube un 16% anual a partir del tercer año de vida del equipo. Los análisis de Fenin detectan una falta de evidencia de mantenimientos preventivos que oscila entre un 20% y un 60% según la tecnología. «Esto deriva en ineficiencias al sistema ya que se estropeará más, estará menos operativo y esto impactará en sobrecostes», señala Pablo Crespo, secretario general de Fenin. Además, «no tener operativo un equipo producirá demoras diagnósticas y terapéuticas», añade sobre el efecto en las listas de espera. Por otro lado, el uso de servicios no especializados puede llevar incluso a la pérdida del marcado CE, trasladando la responsabilidad legal del riesgo directamente al centro sanitario, advierte Concepción.

La dependencia de hitos puntuales (donaciones, IVA Covid o Plan INVEAT) genera picos de inversión seguidos de periodos de inactividad que los expertos denominan «bajadas en caída libre», remarca Vázquez González. Y esta dependencia es contraproducente.

Crespo asegura que no defienden planes de choque puntuales, sino la existencia de «una estrategia de inversión planificada y sostenida a medio y largo plazo que permita incorporar y renovar de forma continua el conjunto de tecnologías sanitarias». No resta mérito a los 796,1 millones de euros que los fondos europeos, bajo el epígrafe del Plan de Inversión en Equipos de Alta Tecnología (INVEAT), permitieron renovar hasta 868 equipos de alta tecnología. Se instalaron aceleradores lineales, resonancias magnéticas, equipos de braquiterapia digital, TAC de planificación y convencionales, angiografías vasculares y de neurorradiología, gammacámaras SPECT-TAC, PET-TAC y salas de hemodinámica que vinieron a sustituir a aquellos con más de una década de antigüedad y que permitieron reducir la obsolescencia del parque tecnológico nacional en unos 10 puntos porcentuales, entre 2021 y 2022.

«Fue una gran oportunidad», reconoce el secretario general de Fenin. Sin embargo, Crespo apuesta más «por una dotación presupuestaria suficiente y finalista que garantice la necesaria actualización y modernización de la tecnología sanitaria». La advertencia es clara: «Si la forma de compra no cambia, en 2033 volveremos a estar

PRIMER PLANO

LA TECNOLOGÍA SANITARIA, AL LÍMITE

en una situación de obsolescencia de más de un 50% del parque», sostienen desde Seram.

Los datos de 2024 y 2025 ya muestran síntomas de agotamiento: mientras que para mantener un parque sostenible de TAC se deberían haber comprado 80 y 84 unidades respectivamente, solo se adquirieron 18 y 17, como se detalló en el congreso valenciano. Concepción anticipa las consecuencias: «Si pasamos tres años sin comprar equipos... dentro de tres años tenemos que comprar todos estos además, porque si no vamos a acabar con mucha obsolescencia».

Para salir de este ciclo, la Seram y Fenin proponen la adopción de una Tasa de Renovación Sostenible (TRS) del 11,2% anual. Este cálculo considera un crecimiento de la demanda asistencial del 5% anual. Para operativizar esta tasa, se ha creado el indicador NACE (Número Anual de Compra de Equipos), una herramienta que permite a cada gestor saber cuántas unidades debe reponer cada año para evitar que el 80% de sus equipos tengan más de 5 años en un futuro cercano. El objetivo es alcanzar las «reglas de oro»: el 60% del parque debe tener menos de cinco años y nunca más del 10% debe superar la década.

Otro de los obstáculos, recalcan los expertos, es que España carece de un inventario nacional público que recoja la antigüedad y la intensidad de uso de los equipos. Aunque el Ministerio dispone del Catálogo Nacional de Hospitales, este solo cuenta unidades por CCAA, sin entrar en detalles de vida útil. «Esto convierte en una ardua tarea obtener la foto actualizada de nuestros recursos», explicó Vázquez González en la reunión de Seram. Los profesionales demandan emular el modelo de Canadá, donde cualquier ciudadano puede consultar en abierto cuántos equipos hay en su región y cuál es su edad real.

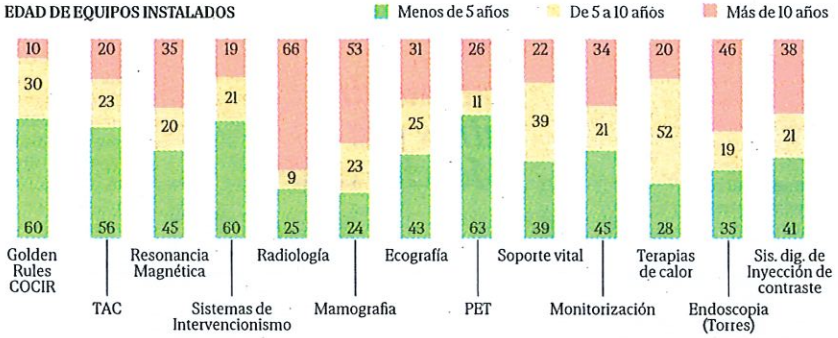
Sin este mapa verídico, persiste una inequidad territorial donde la precisión del diagnóstico depende del código postal. Como señalan las fuentes, renovar la tecnología no es un lujo, sino una medida de justicia social: «Los ciudadanos atendidos con equipos obsoletos reciben diagnósticos menos precisos».

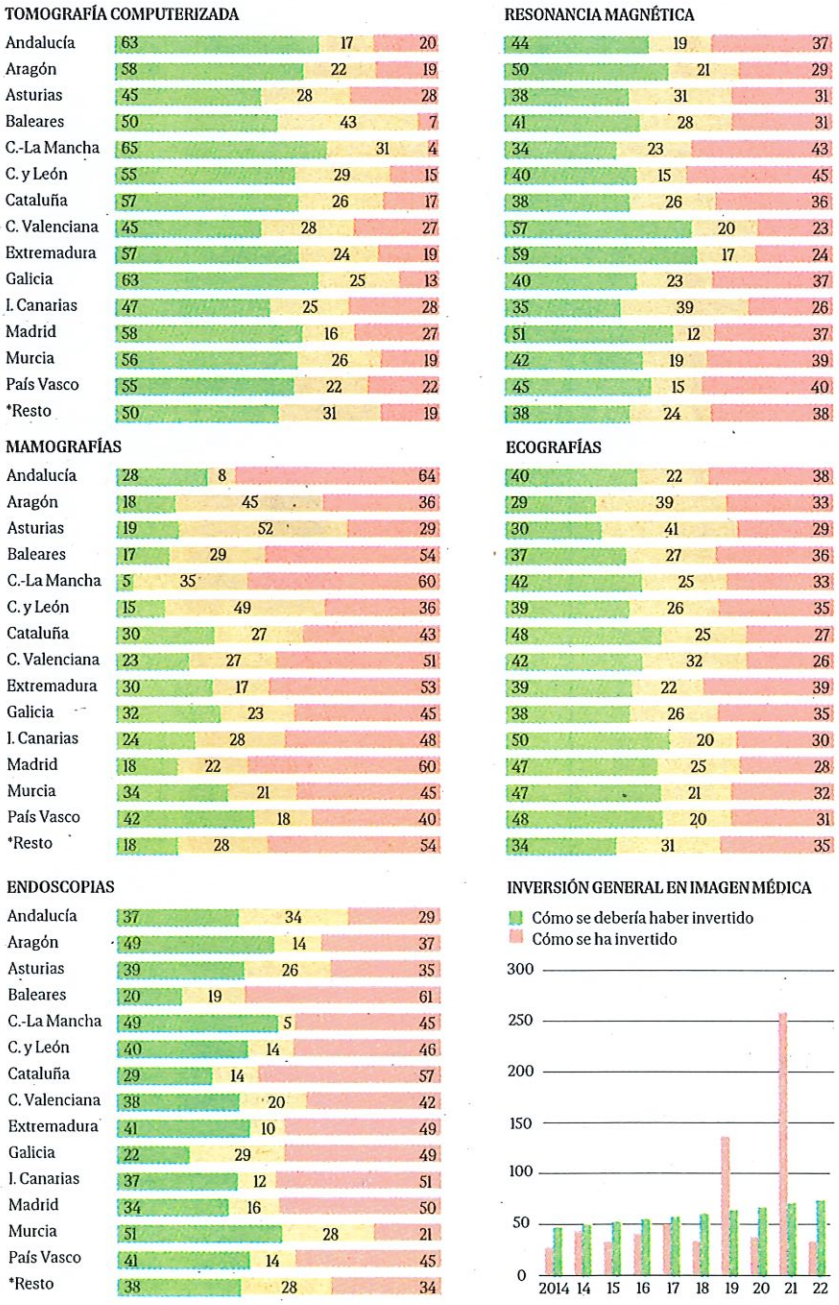
El reto para la próxima década es convertir la renovación tecnológica en una infraestructura sanitaria permanente y no en un evento político puntual, demandan los portavoces.

Quizás, oyendo estas peticiones, el pasado mes de mayo, el Consejo de Ministros anunció una inversión superior a los 185 millones de euros, con el fin de dar continuidad al Plan AMAT-I (Acuerdos Marco de Equipos de Alta Tecnología Sanitaria).

Los expertos desean que estas partidas sean «periódicas y planificadas», ya que se trata de la salud de los pacientes, que hoy depende en un 80% del diagnóstico por imagen, y que, como remacha Concepción, merecen «un sistema que no deje de latir cuando se acaban los fondos especiales».

RADIOGRAFIA A LA SALUD DE LOS EQUIPOS TECNOLOGICOS POR CCAA





*Resto: Cantabria, La Rioja, Navarra e INGESA. Datos de diciembre 2023

FUENTE: Elaboración propia.

A. MATILLA / EL MUNDO

DONACIONES

300 MILLONES DE EUROS DE LA FUNDACIÓN AMANCIO ORTEGA

P.P.

Antes de la llegada de los fondos europeos, la Fundación Amancio Ortega donó el equivalente a un 38% de las partidas del Plan INVEAT (Inversión en Equipos de Alta Tecnología): 300 millones de euros que permitieron la instalación de más de 450 equipos de última generación con las máximas prestaciones disponibles en el mercado. Centrados en dar servicio al área de Oncología, había para diagnóstico (fundamentalmente, mamógrafos, ecógrafos, TAC y resonancias magnéticas) y tratamiento (mayoritariamente aceleradores lineales para administrar radioterapia).

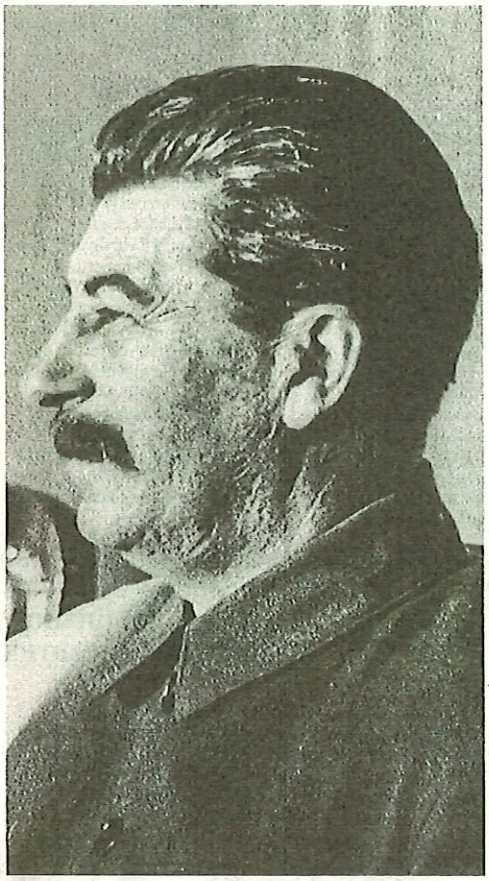
PROYECTO. En 2015, la institución comenzó un programa de apoyo para la renovación en los hospitales públicos del equipamiento tecnológico para el diagnóstico y tratamiento radioterápico del cáncer. El programa se inició en Galicia, a petición de los propios servicios autonómicos de sanidad, en octubre de 2015. En mayo de 2016, continuó en Andalucía y, en los primeros meses de 2017, se extendió al resto de comunidades. Cada región identificó las necesidades específicas de sus hospitales públicos. La fundación aportaba al comienzo del proceso su compromiso financiero por el total de la inversión, que se ejecutó una vez cumplidos todos los requisitos del proceso.

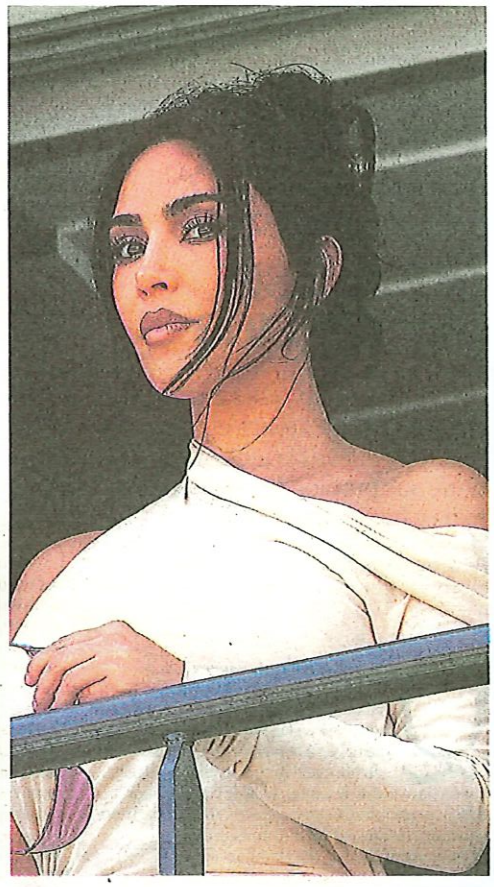
PROTONTERAPIA. Este programa fue el germen del posterior Proyecto de Implantación de la Protonterapia en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Aquí se han destinado 280 millones de euros para instalar 10 ciclotrones de protones. Los más avanzados están en Galicia, Madrid, Valencia y País Vasco (ya en fase de instalación). Por su parte, los equipos de Andalucía, Canarias, Cataluña e Islas Canarias están en las fases previas.

PSORIASIS, EL ENEMIGO COMÚN DE STALIN, PABLO ESCOBAR Y KIM KARDASHIAN

Dermatología. Grandes personajes históricos pasaron media vida rascándose la piel mientras no existían medicaciones que aliviaran los difíciles síntomas

Por ***Rocío R. García-Abadillo*** *(Madrid)*





Arriba, el dictador Stalin y la empresaria Kim Kardashian. GETTY

Stalin podía cambiar el mundo, pero no podía dejar de rascarse. ¿Para qué sirve ser todopoderoso y temido si cada noche los huesos duelen y la piel escuece?». Estas palabras, escritas por Sergio del Molino en su libro *La piel*, tienen más de seis años, pero le sirven al catedrático de Dermatología jubilado José Carlos Moreno para introducir alguna de sus charlas sobre enfermedades cutáneas en diferentes personajes históricos. «Del Molino reconoce que es un enfermo psoriásico y compara sus vivencias con las de otros personajes que han padecido psoriasis. Me ha servido como punto de partida para conocer muchos enfermos que padecieron esta enfermedad», confiesa.

A partir de ahí, el especialista ha buscado numerosas referencias y ha estudiado muchos otros personajes, no solo pacientes de psoriasis, sino de otras afecciones cutáneas desde el inicio de los tiempos. Moreno, que fue jefe de servicio de Dermatología en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, pertenece al Grupo Español de Historia y Humanidades de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Su trabajo demuestra que la historia de la humanidad también se escribe en función de complejos, intensos rascados y ropas manchadas de sangre.

En la Inglaterra del siglo XIX, Karl Marx escribía *El Capital* con cierto aislamiento. Tenía problemas hepáticos y biliares, exacerbados por un estilo de vida nada adecuado. Según su biógrafo Werner Blumenberg, «se levantaba entre las ocho y las nueve de la mañana, tomaba un café solo, leía el periódico y luego se iba a su estudio, donde trabajaba hasta las dos o tres de la madrugada. Durante el día a veces dormía una o dos horas en el sofá». Insomnio prolongado, trabajo nocturno y mala alimentación: le gustaba la comida muy codimentada, el pescado ahumado, los pepinos encurtidos –«nada buenos para los enfermos del hígado», indica Moreno–. Además le gustaban el vino, los licores y fumaba puros de mala calidad. Empezó a sufrir forúnculos, con abscesos tan graves que no podía sentarse ni trabajar erguido.

Así que la biblia del comunismo la redactó encorvado y a ratos quizá de pie o tumbado. Eso enfatizó rasgos de su carácter: discutía con dureza, podía ser grosero y cruel en su expresiones y criticaba incluso a sus amigos, como a Friedrich Engels. Sufrió hidrosadenitis supurativa, conocida como golondrinos, que es la «inflamación de la glándula fundamentalmente axilar, inguinal y a nivel de la zona del sacro, de alrededor del ano. Produce abscesos con pus constantemente», explica Moreno. No se sabe exactamente a qué se debe la enfermedad, pero en esa época no existían los tratamientos que alivian actualmente sobre todo a las formas más severas. Además del calvario, el olor que despedían las lesiones fue otro motivo para aislarse, además de desgracias familiares varias como la muerte de su mujer y de una de sus hijas (otra se suicidó y una tercera apareció muerta junto a su marido tras inyectarse ambos cianuro).

En el siglo XX el dictador soviético Iosif Stalin también tuvo un rosario de problemas: sufrió viruela de niño, lo que le dejó unas marcas terribles en la cara; también en edad infantil fue arrollado por un carro de caballos en su Georgia natal, destrozándole el brazo izquierdo (se quedó más corto, un complejo que el dictador camuflaba ordenando confeccionar chaquetas militares con mangas asimétricas hechas a medida). Es de suponer que todas esas inseguridades fueron forjando un carácter muy concreto, además de padecer apendicitis, tuberculosis, piedras en la vesícula y trastornos psíquicos. A pesar de ello (o precisamente por ello), era un hombre coqueto –o tremendamente acomplejado– que no permitía fotos que no estuvieran retocadas para que no se vieran las marcas de la viruela.

Pero entonces debutó una psoriasis feroz, que evidentemente no ayudó. Buscaba alivio en su dacha (casa de campo) de Sochi, a orillas del Mar Negro, donde se sumergía en una piscina privada de agua marina buscando que el sol y el salitre calmaran su piel. El hecho de darse a las cenas copiosas regadas con alcohol y toneladas de tabaco, dos agravantes de la enfermedad (como el litio que tomaba para sus trastornos psiquiátricos, que es un acelerante) solo empeoró la enfermedad.

En medio de la desesperación encontró al doctor Ignaty Nikolayevich Kazakov, director del Instituto Estatal de Investigación del Metabolismo y Trastornos Endocrinos del Comisariado Popular de Salud de la URSS, que se inventó la terapia del lisado para rejuvenecer el cuerpo, una técnica contra la que se levantó el mundo médico al provocar muertes que fueron ocultadas. Se trata de productos procedentes de varios órganos que se hidrolizan mediante un tipo de enzimas en un medio ácido y se someten a alta presión. Con Stalin tuvo inicialmente buenos resultados, lo que le reportó obsequios y nombramientos, pero cuando la psoriasis rebrotó con mayor intensidad... Kazakov fue detenido acusado de alta traición y condenado a muerte.

El narcotraficante Pablo Escobar comparte carácter sanguinario con Stalin y también enfermedad, la psoriasis, en su caso en la cara. Aunque imponía su ley a base de «plata o plomo», el estrés de ser el hombre más buscado del planeta contribuía a los brotes que paradójicamente ayudaban al Bloque de Búsqueda de la Policía Nacional y el Ejército de Colombia a identificarlo cuando el narco usaba dobles para evadir a las autoridades.

¿Sin psoriasis hubiera sido Stalin tan despótico y siniestro? «Es difícil de saber. No parece que tuviera muy buena condición de partida. Pero que influyó en su carácter seguro. Al final, llueve sobre mojado», apunta Moreno. El catedrático jubilado considera que estas enfermedades dermatológicas «quitan una calidad de vida tremenda».

«Veo ahí una clara diferencia entre hombres y mujeres. Ellas lo hacen visible y aprovechan la enfermedad para ayudar a otros pacientes. Los hombres se quejan mucho, pero ya están", explica Moreno. Ejemplo de ello son la modelo Cara Delevingne o la empresaria e *influencer* Kiam Kardashian, que han mostrado sus brotes de psoriasis en la pasarela o ante millones de seguidores en redes.

Stalin no permitía fotografías que no estuvieran retocadas porque no quería que las marcas de la viruela se vieran

La modelo Cara Delevingne y la 'influencer' Kim Kardashian han trabajado por la visibilidad de esta dolencia

Dos casos de tuberculosis en una explotación de Segovia dejan un muerto y un ingresado

● El fallecido de 40 años vivía en la localidad vallisoeltana de Hornillos de Eresma y era senegalés al igual que el ingresado en el Clínico de Valladolid, mientras Sanidad descarta, por ahora, un brote ya que no es fruto de un contagio entre ambos

F. R. VALLADOLID

La tuberculosis reaparece en Castilla y León y lo hace de una forma trágica. Un trabajador de una explotación agraria de la provincia de Segovia, concretamente en Viveros Campiñas, fallece y otro de la misma explotación permanece ingresado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, a través de un comunicado remitido a los medios, notifica estos dos casos de tuberculosis en trabajadores inmigrantes, según señalan las fuentes consultadas por este periódico, de la explotación segoviana.

«Uno de los casos notificados ha fallecido por complicaciones en el cuadro clínico y la otra persona permanece ingresada en un centro sanitario para recibir el tratamiento correspondiente», puntualiza la nota de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Ambos, fallecido y hospitalizado, eran senegaleses y llevaban poco tiempo en la Comunidad, según señalas las fuentes del caso consultadas por este periódico, que indican que el fallecido tenía unos 40 años y residía en la localidad vallisoletana de Hornillos de Eresma. El ingresado en el Clínico de Valladolid, cuyo estado es estable a decir de las mismas fuentes, tenía su residencia en Villaverde de Íscar en Segovia.

Salud Pública, continúa la nota, activa el protocolo de vigilancia epidemiológica para realizar el estudio de los contactos de ambas personas, tanto convivientes como relaciones estrechas en el entorno laboral. «Hasta el momento se están realizado pruebas, de acuerdo con el protocolo vigente, a 88 personas. Las pruebas completadas hasta ahora no han identificado casos nuevos, sin embargo, es necesario completar el estudio para disponer de datos definitivos», se detalla desde Sanidad, que deja claro que aunque ambos casos han coincidido en el tiempo y en la misma empresa, «no se considera brote, ya que no tenían relación entre sí». O, lo que es lo mismo, el contagio no se daba entre ambos personas y por ello no califica de brote.



Acceso de urgencias del hospital Clínico Universitario de Valladolid, donde se encuentra el paciente. ICAL

Desde la Consejería que dirige Alejandro Vázquez se pone en valor la colaboración de la empresa en cuestión, que califica de «fundamental para la identificación de los contactos». Eso sí, no se sospecha que el origen de la infección por tuberculosis sea dentro del entorno laboral.

CÓMO SE TRANSMITE

El principal mecanismo de trasmisión de la tuberculosis es de persona a persona por vía aérea. Las personas enfermas con lesiones activas expulsan los bacilos al toser o estornudar. La tuberculosis no se contagia por el contacto casual en espacios abiertos.

La tuberculosis es una enfermedad de declaración obligatoria en España. La vigilancia epidemiológica tiene como principal objetivo detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y el tratamiento preventivo de los contactos, cuando sea necesario, con el fin de evitar la aparición de nuevos casos.

En Castilla y León, según detalla Sanidad, la incidencia de la enfermedad es baja. En el año 2025, se notificaron 158 casos con una tasa de incidencia de 6,6 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la media de España. Se diagnosticaron 6 casos en niños menores de 10 años. El 73 % de los casos fueron tuberculosis pulmonares. En España, en el mismo periodo, se notificaron 4.623 casos con una tasa de 9,4 casos por 100.000 habitantes.

La tuberculosis es una enfermedad provocada por el bacilo tuberculoso, una bacteria que suele afectar a los pulmones. La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que por regla general quienes enferman de tuberculosis no presenta síntomas y tampoco contagian la enfermedad, sin embargo entre el 5 y el 10% de ellos sí terminan sintiendo la enfermedad. Los bebés y los niños tienen un mayor riesgo de terminar desarrollando tuberculosis si se infectan.

Para detectar esta enfermedad se realiza un análisis de sangre o de piel, en caso de que sean positivos se realizarán más controles para determinar si los gérmenes crecen activamente como muestras de esputo, radiografías de tórax, análisis de orina o muestras de tejido.

La propia OMS señala que «los síntomas pueden ser leves durante muchos meses, lo que facilita la transmisión inadvertida». Dichos síntomas cambian según la zona del cuerpo que esté afectada, lo normal es que sean los pulmones, aunque también puede tener consecuencias en los riñones, el cerebro y la columna vertebral. A mayores, hay pacientes con tuberculosis que no tengan síntomas y sean transmisores de la enfermedad.

Los síntomas más frecuentes de esta enfermedad son tos persistente, a veces con sangre; dolo torácico; astenia; cansancio; pérdida de peso; fiebre y sudores nocturnos. La solución para tratar esta enfermedad son los antibióticos específicos.

La Organización Mundial de la Salud señala en su página web que más del 80% de los casos y de las muertes por tuberculosis ocurren en países con ingresos bajos y medianos. Hace dos años la mayor cantidad de casos nuevos se documentó en Asia Sudoriental con el 34% seguida del Pacífico Occidental con el 27% y África con el 25%.

No todas las personas tienen la misma probabilidad de infectarse de esta enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad aquellas personas que tengan VIH (Virus de inmunodeficiencia humana, que puede terminar desarrollando Sida), quienes se infectaron con tuberculosis en los últimos dos años, aquellos que padezcan enfermedades como la diabetes, quienes padezcan un trastorno por consumo de alcohol o drogas, los que no recibieron el tratamiento correcto contra la tuberculosis en el pasado, los niños menores de cinco años, los adultos mayores y quienes tomen medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.

EL MUNDO MUNDO AGRARIO
Todos los lunes en su kiosko

SOCIEDAD | SOLIDARIDAD

Utrilla lucha contra el párkinson con un concierto solidario

La Asociación Púas de Guitarra organiza este viernes 21 de agosto un gran evento con Bucle y Smoking Stone

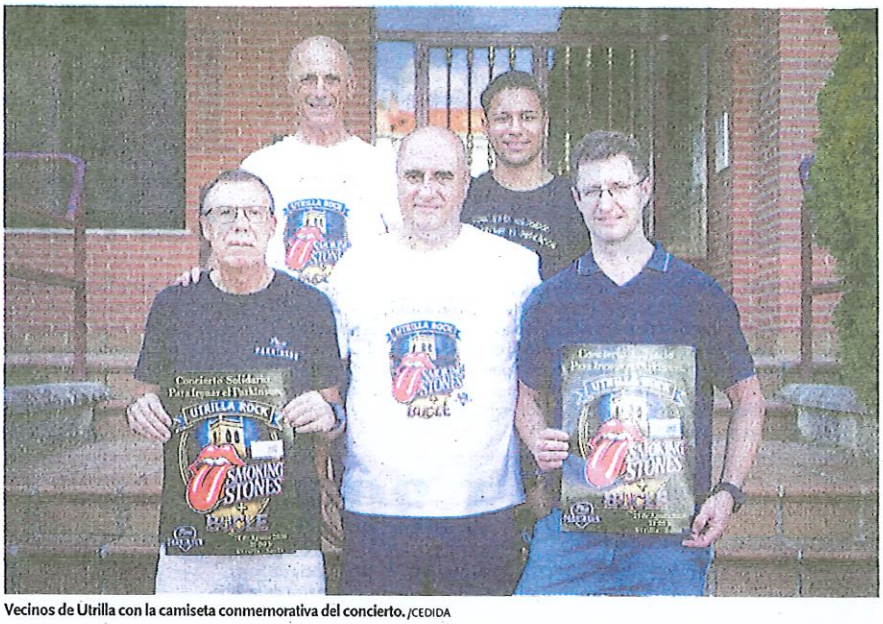
SONIA ALMOGUERA / SORIA

Utrilla se prepara para vivir este viernes 21 de agosto una velada llena de buen rock y solidaridad. A partir de las 21.00 horas, la música tomará la plaza Mayor de esta localidad por una buena causa: la lucha contra el Párkinson. Todo lo recaudado durante el concierto que ofrecerán Bucle y los Smoking Stone, una de las bandas tributo a los Rolling Stones más reconocidas a nivel internacional, se destinará a la investigación de esta enfermedad neurodegenerativa que ha dado muy de lleno a uno de los hijos del pueblo más queridos, Constancio Rodrigálvarez, 'Guti', un apasionado de la música que acabó siendo 'runner' de la mayor promotora de conciertos en España y el alma que ha puesto en marcha la Asociación Púas de Guitarra contra el Párkinson, entidad con la que ya ha financiado proyectos de investigación en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, donde reside. Todo Utrilla y también los pueblos de alrededor están entusiasmados con la iniciativa. Almaluez les presta el escenario, que comenzará a montarse el viernes por la mañana.

Las primeras 100 camisetas conmemorativas que se hicieron del evento solidario se quedaron cortas. «Ya no quedan», comenta con sentido del humor Ángel Ballano, una de las personas que colabora en la organización del evento. «Todo el mundo se ha volcado a ayudar en lo que haga falta», confiesa.

El número de entradas vendidas el lunes superaba ya las 450 (necesitan unas 700 para que el evento pueda dar beneficios que puedan reportarse a la investigación del párkinson) y todo hacía prever que el número de colaboradores con la causa podría elevarse a casi a 1.000, «porque sabemos que mucha gente de la zona de Soria y de Almazán quieren venir al concierto», señala Ballano.

Las entradas, al precio de 10 euros, pueden adquirirse a través de la página web www.entradium.com. Aunque, en realidad, precisa Ballano, se trata de una entrada solidaria. «No va a haber un control como tal», pero se confía en que tanto quienes asistan al concierto o como los que no puedan acudir, colaboren con la causa.



Vecinos de Utrilla con la camiseta conmemorativa del concierto. /CEDIDA

EN DETALLE

Qué

El concierto será en la plaza de Utrilla y cualquier persona puede colaborar comprando la entrada, al precio de 10 euros, a través del portal web www.entradium. com. Necesitan vender un mínimo de 700 entradas para obtener beneficios que permitan coabora

A LA INVESTIGACIÓN. Salvados los gastos de organización que ascienden a unos 7.000 euros, todo lo demás se destinará íntegramente a proyectos de investigación. La Asociación Púas de Guitarra contra el Párkinson ya ha colaborado en iniciativas similares con el Hospital Vall d'Hebron de de Barcelona.

Además de su vertiente solidaria, este concierto será con diferencia un gran evento. Como subraya Ángel Ballano, muy amigo de 'Guti', puede que sea la primera gran actuación de estas características que haya vivido esta localidad. Porque, asegura, tanto Smoking Stone, grupo que ya ha colaborado con artistas tan renombrados como Ariel Rot, Coque Malla o Leiva, y que está autorizada por los Rolling para usar su icónico logotipo de la banda, como los teloneros, Bucle, son grupos musicales de una gran trayectoria artística.

Ambas formaciones, además, también están encantadas de colaborar con la iniciativa e incluso se quedarán unos días más hospedados en una casa rural de la zona para disfrutar de las fiestas patronales de la localidad. La única espina es que, probablemente, 'Guti' no pueda disfrutar del concierto en su pueblo. Motivos familiares le obligan a quedarse en Barcelona, por eso sus amigos y la propia Asociación Párkinson Soria, que está echando una mano, están decididos a que todo sea un éxito.

ARTISTAS DE LA COCINA. Los asistentes podrán degustar bocadillos cuya recaudación irá destinada también a la financiación de proyectos de investigación científica de esta enfermedad. Los gastrofílicos están de suerte, asegura Ángel Ballano, «tenemos dos artistas de la cocina» en el equipo. Así, se dará a elegir entre el clásico bocadillo de lomo con queso y pimientos o el panceta «aliñada con algo muy moderno», comenta con sentido del humor, aunque no se descarta el clásico chorizo asado. Todo con el mismo objetivo, mostrar todo el apoyo a 'Guti' y su lucha contra el párkinson, una enfermedad que no ha hecho cesar su pasión por la música. Al contrario.

LA EXPERIENCIA INMERSIVA DE VISITAR LA FORTIFICADA ADNAMANTINA EN UNA NOCHE MÁGICA ENTRE MÚSICA Y PATRIMONIO

LA NOCHE BLANCA DEL PATRIMONIO Almazán



22.08 .2026

MONUMENTOS ABIERTOS

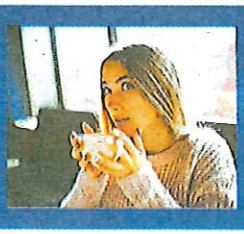
MIRADOR DE SAN MIGUEL
IGLESIA SAN MIGUEL
PUERTA DE HERREROS
PUERTA DEL MERCADO
ROLLO DE LAS MONJAS
CONVENTO DE LA MERCED
ESPACIO TRAS SANTA MARÍA
ERMITA JESÚS NAZARENO
POSTIGO DE SAN VICENTE
JARDÍN DE NUESTRA SEÑORA DEL CAMPANARIO

PRODUCE PELUZCO

ORGANIZA Almazán AYUNTAMIENTO

El consumo habitual de café ayuda al metabolismo

Un estudio realizado por científicos de la Universidad de Oulu (Finlandia), y publicado en la revista especializada *European Journal of Nutrition*, ha mostrado la relación existente entre el consumo habitual de café y una mejor salud metabólica, además de que ha sugerido «una huella hormonal distintiva», principalmente en los hombres.



119

VOLUNTARIOS se han enfrentado, en un estudio de la Universidad de Florida, con tres de las especies de mosquitos más peligrosas del mundo y se ha descubierto que ninguna de las personas participantes resultaba atractiva para los insectos.

NEUROLOGÍA | LA IMPORTANCIA DE TENER AYUDAS Y RECURSOS



UN BEBÉ CON CUERPO DE CINCO AÑOS

Zoe es una niña con parálisis cerebral, una discapacidad que supone una auténtica carrera de fondo para los familiares que se encargan de cuidarla cada día

EFE

Las familias de personas con parálisis cerebral libran una carrera de fondo en el cuidado de sus hijos, que requerirán apoyos desde su nacimiento hasta el envejecimiento, y reclaman una estrategia que garantice derechos y atención especializada sin depender del lugar de residencia. A partir de septiembre, de la mano de entidades como la Confederación Aspace, retomarán las acciones para la aprobación de esa estrategia para Grandes Necesidades de Apoyo, similar a la que ya existe para el cáncer, las enfermedades raras o la salud mental, que garantice esos apoyos en cada cambio de etapa vital sin depender de la capacidad de la familia o de los recursos de la comunidad en la que vivan.

En España viven unas 120.000 personas con parálisis cerebral y el 80 por ciento tiene grandes necesidades de apoyos, lo que significa que se requieren atenciones continuadas y especializadas para poder realizar actividades tan básicas como alimentarse, desplazarse, asearse, comunicarse o tomar decisiones. Y, en muchos casos, estos se necesitan cuidados durante toda su vida.

Un ejemplo de las desigualdades territoriales es el acceso a la asistencia personal, que en algunas regiones apenas está desarrollada. Con las mismas necesidades de apoyo, en el País Vasco hay más posibilidades de tenerla que en otras, lo que limita las oportunidades de estudiar, trabajar o decidir cómo y con quién vivir.

Zoe está a punto de cumplir cinco años, pero es el «bebé grande» de la familia, explica Noelia Melgar, su madre. Son una familia de seis, con cuatro hijos: Daniela de 10 años, Nicolás de ocho, Maca de seis y Zoe, la más pequeña.

Además, Melgar apunta que la pequeña también sufre epilepsia y disfagia. A nivel motor mueve extremidades pero no tiene conciencia o intencionalidad en ese movimiento. Necesita todos los cuidados posibles, desde «quitarle las moscas de la cara», señala su madre, hasta alimentarla a través de un botón gástrico.

También el aseo diario, como lavarle los dientes con mucho cuidado y con una pasta dental que no haga casi espuma para que no se atragante, o peinarla con dificultad porque Zoe no sujeta la cabeza. Son tareas lentas y que va a necesitar siempre, recuerda Noelia, que es la encargada del cuidado de su hija junto al padre y la abuela de la pequeña.

Desvela que con las sesiones de fisioterapia que ha recibido casi desde que nació ha conseguido cierta mejoría, como que pueda sujetar unos segundos la cabeza y, con el tiempo, puede que logre «un poquito más de fuerza», pero no de cara a una autonomía.

Sin embargo, se lamenta de que estas sesiones u otras de atención temprana que recibe como logopedia sean hasta los seis años. «Se queda sin fisio de aquí a un año y luego lo tendremos que cubrir nosotros, algo que va requerir toda su vida», precisa Noelia.

Del sistema de dependencia, reciben la prestación por cuidados en el entorno familiar. «Ahora hemos tenido que comprar una silla nueva y una parte la paga la Seguridad Social, pero nosotros hemos aportado 800 euros».

Se acaban de cambiar de piso, la silla de Zoe ya no cabe en el ascensor, como tampoco la cama que está situada en el dormitorio del matrimonio. «Todo es cada vez más grande».

En España viven unas 120.000 personas que sufren esta alteración

GRAN COMPLEJIDAD. La parálisis cerebral no afecta únicamente al movimiento. Es una discapacidad muy compleja que puede ir acompañada de discapacidad intelectual, dificultades de comunicación, epilepsia, problemas respiratorios, alteraciones de la deglución, dolor crónico, trastornos del sueño o problemas visuales, entre otras situaciones.

La estrategia serviría también para coordinar de forma real los sistemas sanitario, social y educativo, evitando que las familias tengan que hacer de enlace entre administraciones.

Noelia lamenta que las zonas rurales tengan menos profesionales para mantener la atención, como los fisios, por lo que en la casa nueva, situada a kilómetros de Toledo tendrán que desplazarse hasta allí. En el centro de salud, con menos servicios también, «enseguida derivan al hospital por cosas no tan importantes».

«Me parece esencial que haya continuidad en los profesionales de los colegios o de la asociación, que están muy especializados y que saben cómo tratar a estos muchachos. Y también que se les cuide muy bien, que estén bien remunerados y no tengan tanta sobrecarga», reclama Noelia para el personal que con mimo y profesionalidad atienen a su hija y a otras personas con parálisis cerebral.

Zoe también tiene voz en los juegos familiares, según relata su progenitora. «Se la vamos poniendo los niños o nosotros, como si ella estuviera hablando. Sus hermanos la adoran, entran en la habitación, la abrazan o se tumban a su lado y se ponen a hablar, la respetan muchísimo».

ESTUDIO



Un pequeño se ríe por las cosquillas.

La sensibilidad a las cosquillas es igual en las distintas culturas

EFE

Las zonas del cuerpo en las que se sienten las cosquillas parecen ser comunes a todas las culturas, según un estudio realizado con personas de origen chino, neerlandés y griego, que sugiere, además, que esta percepción es distinta a otras sensaciones corporales como el tacto.

Aunque la mayoría de las personas están familiarizadas con el cosquilleo, su sensibilidad en los humanos es uno de los enigmas científicos más antiguos sin resolver, y recuerdan que ya en tiempos de Aristóteles y Sócrates se especulaba sobre sus orígenes, pero persisten interrogantes fundamentales.

Entre ellos, si la sensibilidad a es culturalmente compartida o es específica, si sigue una topografía corporal estructurada o cómo se relaciona con otras sensaciones del cuerpo.

Para aclararlo, Ziliang Xiong y Konstantina Kilteni, de la Universidad Radboud, analizaron las respuestas a una encuesta en línea realizada a 448 adultos de entre 18 y 30 años procedentes de tres culturas diferentes: china, neerlandesa y griega.

En general, el 98,4% afirma haber sido cosquilleado al menos una vez y el 95,8% se lo hizo a otra persona, mientras que el 71% se calificó a sí mismo como muy cosquilloso.

Además, los participantes describieron reacciones similares (especialmente la risa) e identificaron de forma sistemática el cuello, las axilas, el abdomen y las plantas de los pies como las zonas más sensibles.

EXPOSICIÓN A RAYOS CÓSMICOS, EL RIESGO PARA LA SALUD AL QUE SE ENFRENTAN PILOTOS Y AZAFATAS

Investigación. La mortalidad por distintos tipos de cáncer es más elevada entre miembros de tripulaciones aéreas debido a la radiación, señala un nuevo estudio

Por ***María Sánchez-Monge***

Pilotos y auxiliares de vuelo lideran la mortalidad por cáncer asociado a la radiación en EEUU. Así lo revela un estudio publicado esta semana en la revista *JAMA Internal Medicine* cuyos autores reclaman que se refuercen las medidas específicas de protección radiológica en este colectivo. El principal culpable de esta realidad es la exposición continuada a rayos cósmicos a la que están sometidas las tripulaciones.

El trabajo, liderado por investigadores de la Universidad de Harvard, está basado en el análisis de 12,7 millones de certificados de defunción de Estados Unidos entre 2020 y 2024, incluyendo más de 14.000 pilotos y 7.000 auxiliares de vuelo y el estudio de más de 500 profesiones sometidas en mayor o menor medida a la radiación.

La clasificación de cánceres relacionados con la radiación se basó en la evidencia recogida en estudios epidemiológicos y modelos de riesgo específicos, e incluyó diversos tipos de cáncer, más allá de los de piel. El cáncer de pulmón fue excluido para reducir la posibilidad de confusión con el tabaquismo.

Alrededor del 6,9% de las muertes entre los auxiliares de vuelo y el 6,7% entre los pilotos se debieron a cánceres relacionados con la radiación, según el análisis. Estas proporciones fueron más altas que las de cualquier otra profesión, incluidos los técnicos nucleares, quienes están expuestos habitualmente a radiación de fuentes no cósmicas y ocupan el puesto número 12 en la lista. Esta tendencia no se observó para los cánceres no relacionados con la radiación. Según los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, las tripulaciones aéreas acumulan entre 3 y 6 milisieverts de radiación cósmica al año (dependiendo de las rutas de vuelo), un orden de magnitud superior a los 0,4 milisieverts que recibe anualmente un viajero aéreo promedio que realiza 10 vuelos de ida y vuelta transcontinentales al año.

Los autores del estudio señalan que la Administración Federal de Aviación estadounidense reconoce formalmente a los pilotos y auxiliares de vuelo como personas expuestas ocupacionalmente a la radiación ionizante pero, a diferencia de otros trabajadores o tripulaciones aéreas expuestas a la radiación en otros países del mundo, las tripulaciones aéreas del país norteamericano no están sujetas a límites de dosis federales ni a requisitos de monitorización.

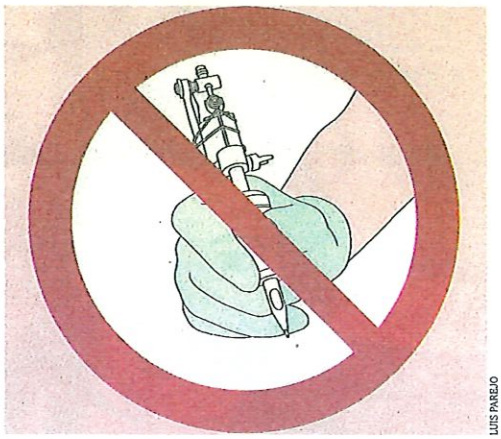
En España, la protección radiológica de los pilotos y tripulaciones se centra en la exposición a la radiación cósmica durante los vuelos a gran altitud. El Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) de nuestro país exige a las aerolíneas evaluar las dosis, planificar rutas y proteger de manera especial a las trabajadoras embarazadas.

Según establece el Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes, las compañías aéreas deben poner en marcha un programa de protección radiológica cuando las exposiciones a la radiación cósmica del personal de tripulación de aeronaves puedan resultar en una dosis superior a 1 mSv por año oficial. Este programa contempla, entre otras medidas, la evaluación de la exposición del personal implicado mediante la utilización de códigos apropiados que permitan modelizar el campo de radiación cósmica; la organización de los planes de trabajo a fin de reducir la exposición en el caso del personal de tripulación más expuesto; y la información a los trabajadores implicados sobre los riesgos radiológicos a los que están expuestos debido a su trabajo.

Según el estudio, los principales cánceres relacionados con la radiación que mostraron una mortalidad elevada y estadísticamente significativa en pilotos y auxiliares de vuelo son el de mama, los tumores del sistema nervioso central, el cáncer de próstata, el melanoma o la leucemia (excluyendo la leucemia linfocítica crónica).



DREAMSTIME



LUIS PAREJO

ENFERMERA SATURADA

¿ESTÁ PENSANDO EN TATUARSE? HAY SITIOS QUE DEBERÍA EVITAR

Dudas. No es una buena idea ocultar con tinta un lunar, porque puede retrasar el diagnóstico de un cáncer de piel. Tampoco es recomendable tatuar el interior de la boca por riesgo de infecciones

España ocupa el sexto puesto en realización de tatuajes a nivel mundial, lo que supone que 4 de cada 10 españoles se han realizado al menos un *tattoo*. Pero antes de realizarlo no solo debemos pensar en el diseño y el color, también en su cuidado posterior, en buscar un estudio donde utilicen tintas autorizadas... y en qué parte del cuerpo lo queremos, ya que desde el punto de vista médico unas zonas son más recomendables que otras.

¿Puedo tatuarme encima de un lunar?

Aunque el cliente pida al artista que cubra un lunar, una peca o un nevus con tinta para que deje de ser visible, no debería hacerlo bajo ningún concepto. Porque si con los años degenerase a melanoma sería muy difícil poder detectar los cambios de tamaño o color precozmente y el diagnóstico se retrasaría, con lo que ello implica.

¿Si tengo un tatuaje en la espalda me pondrán la epidural?

Es una duda muy frecuente, ya que en su momento estuvieron muy de moda los diseños con motivos tribales en esa zona, pero tener esa zona tatuada no es una contraindicación para recibir la anestesia epidural. ¿Qué es lo que hará el anestesista? Buscar una zona sin tinta desde la que poder acceder al espacio entre las vértebras, incluso moviendo ligeramente la piel hacia los lados buscando ese hueco libre. Esto se hace para evitar posibles riesgos al arrastrar con la aguja partículas de tinta hacia el canal medular.

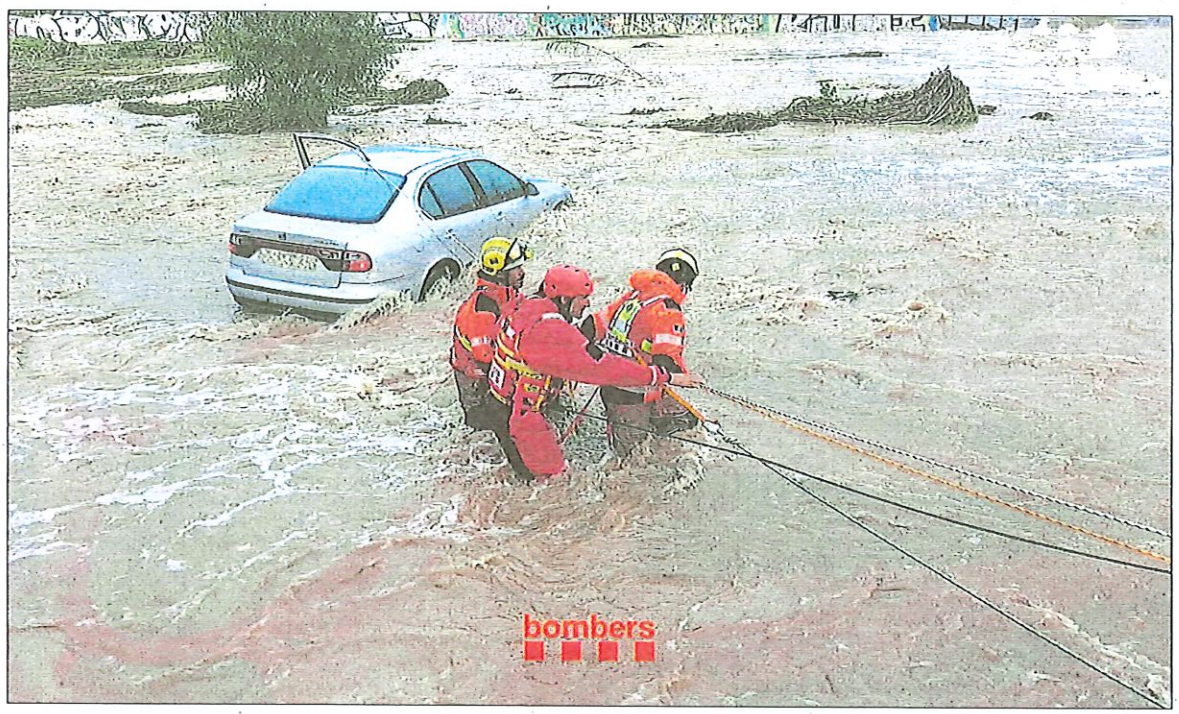
Si me tatúo en el antebrazo, ¿me pueden sacar sangre?

Sí, no existe ninguna contraindicación absoluta que impida pinchar una vena a través del diseño de un tatuaje, y los estudios que tenemos al respecto no muestran que existan complicaciones por hacerlo.

¿Es peligroso tatuarse dentro de la boca?

Estos tatuajes suelen realizarse en la parte interna del labio inferior. Más allá de ser dolorosos, suponen un alto riesgo de infección. Para intentar reducir ese riesgo habría que mantener una higiene oral muy estricta durante las primeras semanas, además de no fumar, no beber alcohol y evitar los alimentos calientes, ácidos o picantes. Todo para un tatuaje que se borrará o difuminará en unos meses por la rápida regeneración de la mucosa oral y la constante humedad.

ESPAÑA



UNA MENOR CRÍTICA EN UN TEMPORAL EN TARRAGONA SIN ES-ALERT

El episodio de lluvias torrenciales en Tarragona dejó ayer una decena heridos, entre ellos una menor en estado crítico, 400 desalojados de un camping y una discoteca en la Costa Dorada, y múltiples daños materiales. El suceso más grave fue en Roda de Berà, cuando un muro cedió y se desplomó Los afectados son una familia que tenía un puesto en el mercadillo y la hija fue ingresada en estado crítico. Pese a la virulencia de las lluvias, la Generalitat no mandó una ES-Alert para advertir de los posibles riesgos a la población porque el Meteocat no predijo riesgo máximo, según justificó. C. RUBIO EFE

Los médicos pactan en 5 CCAA pero sigue la huelga contra Mónica García

Madrid y Aragón también ultiman acuerdo / El 'no' al Estatuto de la ministra se mantiene

PILAR PÉREZ MADRID

Llegar al final de la legislatura con los deberes hechos. El Ministerio de Mónica García tiene entre sus frentes abiertos dejar *apañadas* las condiciones laborales de los profesionales sanitarios a través de un Estatuto Marco que choca frontalmente con las reivindicaciones de los médicos. Mientras Sanidad libra esta batalla con el Comité de Huelga, las representaciones sindicales en cada una de las comunidades autónomas buscan llegar a acuerdos que suavicen la situación con los *suyos*. Y hasta cinco comunidades han pactado con sindicatos médicos para desconvocar huelgas y mejorar las condiciones laborales del personal facultativo: Asturias, Galicia, la Comunidad Valenciana, el País Vasco y Andalucía. Otras dos, Madrid y Aragón, esperan cerrar las negociaciones en septiembre.

¿Qué tienen todos en común? La jornada ordinaria de 35 horas y una reorganización del trabajo para eliminar en los próximos cinco años las guardias o que sean de carácter voluntario. También hay mejoras retributivas para los estudiantes MIR, o «más bien recuperaciones económicas perdidas tras la crisis de 2008», apuntan desde el Simpa (Sindicato Médico Profesional de Asturias).

En el Principado fueron los primeros, incluso antes de que se dieran los paros nacionales. Y desde muchos sectores sus logros fueron alabados. En Asturias se firmó a principios de año. Como fruto del entendimiento entre el equipo liderado por Concepción Saavedra Rielo en la Consejería de Sanidad y el Simpa, representado por su secretario general, José Antonio Vidal, la región ha logrado consolidar una vía de diálogo que deja a un lado la confrontación. «La capacidad de diálogo va en cada uno, podemos no estar de acuerdo en algunas cosas, pero hemos llegado a puntos concretos en lo global», subraya Vidal.

También se ha apostado por la flexibilidad. Los colectivos que lo deseen pueden optar por turnos de 8 o 12 horas en lugar de las tradicionales 24 horas, una medida que Vidal defiende por pura «salud laboral».

Luego llegó Galicia. En el mes de mayo, el sindicato O'Mega y la cartera sanitaria de la Xunta, a cargo de Antonio Gómez Caamaño, rubricaban un acuerdo que ponía fin a las protestas. Desde el colectivo médico se señalaba que este pacto abría una vía de negociación para mejorar las condiciones laborales de todos los facultativos dependientes del Sergas, así como también de los MIR (médicos residentes) que prestan servicio en centros sanitarios autonómicos. Se reordenó la actividad asistencial estructural realizada en jornada de tarde, conocida como las peonadas.

De hecho, fueron los gallegos los que iniciaron las protestas renunciado a esta actividad extra, que luego seguirían regiones como Cataluña y Madrid, donde han sido bastante agudas hasta la llegada del verano. Los servicios de Anestesia arrastraron a más de 150 a emprender esta nueva batalla para subrayar las malas condiciones. «No vamos a hacer ninguna hora extra, no nos pueden obligar», subrayaba Ana Longarela López, médica adjunta del servicio de Anestesia del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).

Y, por último, ya en julio, llegaron acuerdos en Comunidad Valenciana, País Vasco y Andalucía. Las comunidades gobernadas por el PP han conseguido acuerdos «históricos», destacan los sindicatos médicos. En la región del Levante, desde el Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana se subraya que lo firmado con la Conselleria de Sanitat, dirigida por Marciano Gómez, es la respuesta a peticiones históricas para retener talento. Entre ellas, la implantación progresiva de agendas limitadas, tanto en Atención Primaria como en los hospitales, que permitirá ordenar mejor la actividad asistencial y preservar el tiempo clínico del médico.

En Andalucía tuvieron que esperar a los comicios de mayo para finalizar el proceso, aunque el acuerdo final llegó el 29 de julio. La Consejería de Sanidad de la Junta, dirigida por Antonio Sanz, se sentó con el Sindicato Médico Andaluz (SMA) para dejar firmado un acuerdo que supone la primera interlocución directa del colectivo con la administración «tras años de maltrato».

Entre los resultados alcanzados, el SMA subraya la mejora de los incentivos para los puestos de difícil cobertura, la equiparación de la retribución de la hora de guardia a la hora ordinaria y la revisión del modelo de asistencia urgente y emergente basado en exclusiva en las guardias obligatorias. Aún así, advierten que «no es un cheque en blanco» y que solo es «un principio» de una nueva forma de relación basada en el diálogo, «hasta ahora vedada a nuestro colectivo».

El logro en el País Vasco fue amargo, dado que los sindicatos de clase no están de acuerdo con el pacto conseguido solo con los médicos y han decidido impugnar el resultado. El Sindicato de Médicos de Euskadi (SME) fue acusado de estar alineado verticalmente con la consejería y sus miembros fueron señalados como «trabajadores de primera clase», ya que las negociaciones tuvieron lugar «de manera rápida y con mejoras sustanciales». El SME apunta que este logro solo es un primer paso, pues restan cuentas pendientes como el redimensionamiento de las plantillas.

Mónica García ha ensalzado estos acuerdos en sus intervenciones estivales. Sostiene que «beben» de dicho estatuto y «abordan la reducción de las horas de guardia, la disminución de las horas de trabajo semanal, la mejora de las condiciones laborales y la estabilización del empleo». Sin embargo, los sindicatos subrayan que los pactos regionales no frenarán la huelga indefinida en septiembre contra la reforma laboral de la ministra.

PUNTOS BÁSICOS DE LA NEGOCIACIÓN

FLEXIBILIDAD JORNADA. Asturias es pionera en este avance. El acuerdo contempla que los servicios se organicen en función de sus necesidades, abriendo la puerta a los turnos de ocho horas o 12 en lugar las «odiadas» guardias de 24h.

MEJORAS ECONÓMICAS. Los médicos en proceso de formación, conocidos como MIR, recuperan la paga extra pérdida en 2010 por la crisis, a través de un complemento. También se equipara la retribución de la hora de guardia con la ordinaria.

OTRAS MEDIDAS. Impulso a la carrera profesional, junto a mejoras organizativas y de conciliación familiar. Ajustes en las agendas y cupos de los médicos. Galicia promoverá una PNL en su parlamento para una norma propia para los facultativos.

Emergencias atiende a casi 5.000 sorianos en el primer semestre del año

La media es de 27 personas atendidas al día y suma 112 salidas a accidentes de tráfico

SORIA

Las llamadas a Emergencias Sanitarias han permitido atender a 4.940 personas en Soria en el primer semestre del año, equivalente a más del 5% de su población total. Ambulancias, helicópteros, sanitarios de Atención Primaria... un abanico intervenir allá donde se les necesita. Además, se atendieron en la provincia 112 accidentes de tráfico.

La media es reveladora: Suponen 27,3 personas atendidas cada día, más de una persona atendida por hora en Soria, aunque la frecuencia sea en la práctica bastante más imprevisible. Respecto a los accidentes de tráfico, los servicios sanitarios urgentes cubrieron 0,62 por día, equivalentes aproximadamente a dos cada tres días.

En el conjunto autonómico, la Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Junta de Castilla y León atendió en el primer semestre del año un total de 150.379 llamadas asistenciales en demanda de ayuda especializada urgente, lo que supuso además la atención directa a 150.731 personas y la movilización de 161.199 recursos sanitarios móviles.

La cifra de recursos empleados es siempre superior a la del número de llamadas realizadas, lo que se debe a que, en ocasiones, la resolución de un incidente requiere la participación de más de un recurso.

La atención a las urgencias en Castilla y León se organiza desde el concepto de 'Sistema de Atención Integral de Urgencias y Emergencias', al entender este como el conjunto de diferentes servicios que actúan ante las emergencias para dar una respuesta coordinada y adecuada, según las necesidades y recursos existentes.

Este Sistema de Atención Integral de Urgencias y Emergencias se sustenta sobre tres dispositivos que pertenecen a los tres niveles asistenciales diferentes, pero que realizan su actividad en dos entornos sanitarios, el del ámbito intrahospitalario: Servicios de Urgencias Hospitalarias, y el del ámbito extrahospitalario: Puntos de Atención Continuada de Atención Primaria y la Gerencia de Emergencias Sanitarias.

La coordinación de este Sistema de Atención Integral de Urgencias y Emergencias se realiza a través del Centro Coordinador de Urgencias (CCU), que pertenece a la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

De esas 161.199 intervenciones que han realizado alguno de los recursos que están destinados a la asistencia sanitaria urgente, 13.951 correspondieron a las UMES, 1.176 a los helicópteros de Sacyl, 4.984 a las ambulancias interhospitalarias, 763 a las Unidades de Enfermería de Emergencias, 17.483 a recursos de Atención Primaria y 122.667 a las unidades de soporte vital básico. El resto de los recursos hasta la suma total se refiere a ambulancias de otras comunidades limítrofes o de otras instituciones (Cruz Roja o Protección Civil, entre otras).

Por otro lado, el 8,1% de las llamadas de demanda asistencial han sido resueltas sin que fuera necesario la activación de ninguno de los recursos que están destinados a la asistencia sanitaria urgente, mientras que en el 91,8% de los casos ha sido necesaria esa movilización.

Gracias a la intervención de estos recursos públicos asistenciales pudieron ser atendidas un total de 150.731 personas, de las que 11.061 lo fueron en la provincia de Ávila, 22.523 en la de Burgos, 27.382 en León, 10.564 en Palencia, 19.707 en Salamanca, 8.381 en Segovia, 4.940 en Soria, 34.919 en Valladolid y 11.254 en la provincia de Zamora. El 79% de esas llamadas se realizaron en horario diurno (de 8.00 a 22.00 horas), mientras que el 20,7% en horario nocturno (22.00 a 8.00 horas).

Aparece muerto por arma de fuego un hombre junto al Puente de Hierro

La Policía Nacional acordonó la zona para la investigación de este suceso

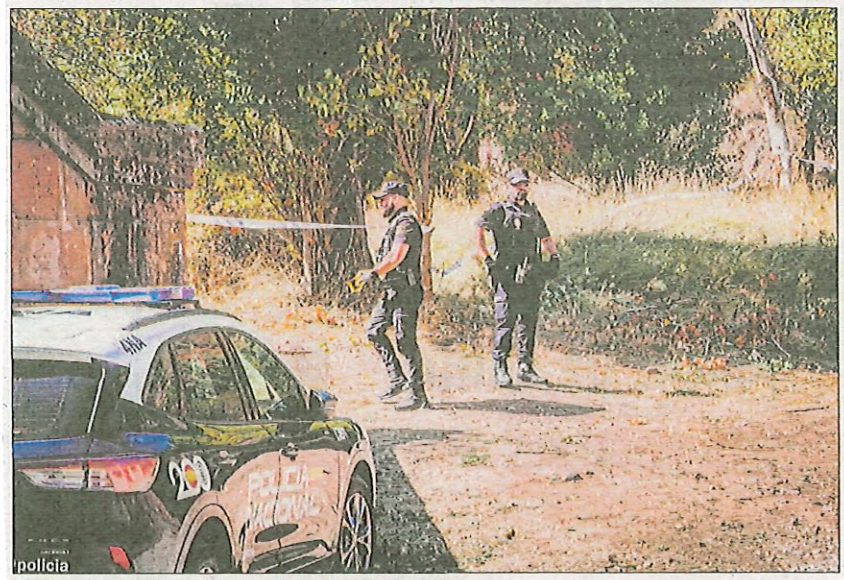
SORIA

Tremendo suceso ayer por el mediodía en la capital soriana. Un hombre con herida por arma de fuego apareció muerto en la zona del Puente de Hierro, en las márgenes del río, según pudo saber este periódico.

La Policía Nacional acordonó inmediatamente la zona para determinar las causas del fallecimiento, aunque ahora mismo se maneja la hipótesis de un suicidio.

Varias patrullas de la Policía Nacional alertaron a la ciudadanía con sus sirenas poco antes de la una del mediodía, después del hallazgo del cadáver. Se trata de una zona de difícil acceso y los agentes trataban durante la jornada de ayer de esclarecer este suceso.

Un vecino de la ciudad, que fue quien encontró precisamente el cuerpo, señaló a Heraldo Diario de Soria que se trataba de un hombre de unos 70 años de edad. «Iba corriendo y en la zona encontré una maleta. Al acercarme había un hombre tirado en el suelo y con signos de haber recibido un tiro en la cabeza». En la zona los agentes encontraron un rifle.



La zona acordonada por la Policía Nacional. MARIO TEJEDOR

El senegalés muerto por turberculosis «no tenía relación» con los vecinos de Hornillos: «El pueblo está tranquilo»

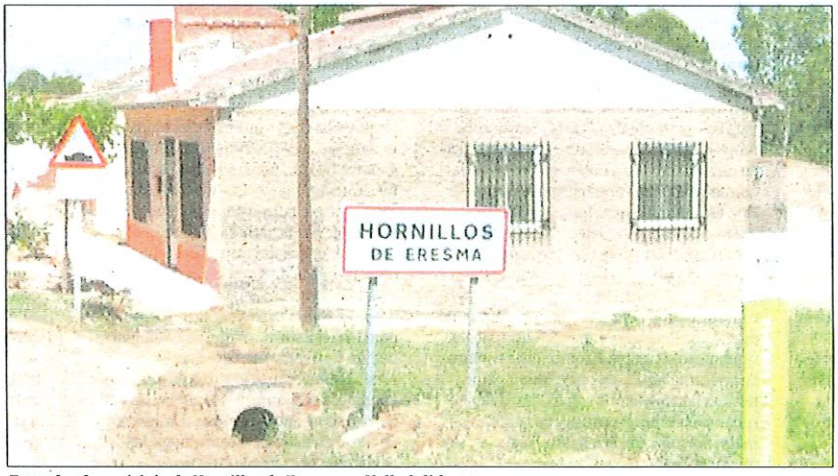
«Los temporeros van y vienen y no suelen estar mucho tiempo», asegura la alcaldesa Coral López, quien señala que la noticia «no ha inquietado a los vecinos» ante un posible contagio

ESTELA SÁNCHEZ VALLADOLID

La noticia del fallecimiento por tuberculosis del temporero que residía en el «pequeño» municipio vallisoletano de Hornillos de Erema no ha causado un gran impacto entre los vecinos. «Realmente relación no hay porque son temporeros que vienen a la finca y bueno solo los vemos cuando vienen a lo mejor al centro médico de aquí de Hornillos, vamos al consultorio», explicó a este periódico la alcaldesa del Hornillos de Eresma, Coral López.

El senegales tenía 40 años y falleció por «complicaciones en el cuadro clínico», según informó la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. A su vez, otro temporero, que residía en Villaverde de Íscar en Segovia, ingresó en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid «para recibir el tratamiento correpondiente». Ambos, llegaron hace poco tiempo a la Comunidad para trabajar en una finca recogiendo productos agricolas.

«Nosotros hay veces que no tenemos conocimiento de cuánta gente hay trabajando, pues vienen a temporadas y cuando necesitan más empleados contratan más o menos», indica Coral López. El Ayuntamiento del municipio vallisoletano tiene constacia de lo que ha sucedido a través de la información trasladada por los medios y lo que comunica el CEO de la empresa encargada.



Entrada al municipio de Hornillos de Eresma en Valladolid. GSV

«El Consultorio tiene una relación muy buena con los propietarios» y les han expresado que están «haciendo un seguimiento» y que «debió venir ya con la enfemedad». «El pueblo esta tranquilo, la gente está a otras cosas», concreta al alcaldesa.

Según las fuentes consultadas por este periódico, continúa sin existir ningún contagio entre los 88 contactos de los dos temporeres senegales analizados. El temporero diagnosticado de tuberculosis y que se encuentra en estos momentos ingresado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid se mantiene estable y su evolución es favorable.

En Castilla y León, según detalla Sanidad, la incidencia de la enfermedad es baja. En el año 2025, se notificaron 158 casos con una tasa de incidencia de 6,6 casos por 100.000 habitantes. Se diagnosticaron 6 casos en niños menores de 10 años. El 73 % de los casos fueron tuberculosis pulmonares. En España, en el mismo periodo, se notificaron 4.623 casos con una tasa de 9,4 casos por 100.000 habitantes.

El principal mecanismo de trasmisión de la tuberculosis es de persona a persona por vía aérea. Las personas enfermas con lesiones activas expulsan los bacilos al toser o estornudar. La tuberculosis no se contagia por el contacto casual en espacios abiertos.

Emergencias sanitarias atiende más de 150.000 llamadas en lo que va de año

VALLADOLID

La Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social atendió durante el primer semestre del presente año un total de 150.379 llamadas asistenciales en demanda de ayuda especializada urgente, lo que supuso además la atención directa a 150.731 personas y la movilización de 161.199 recursos sanitarios móviles, ya que, en ocasiones, la resolución de un incidente requiere la participación de más de un recurso, según el comunicado remitido por la Consejería y recogido por Ical.

De esas 161.199 intervenciones que efectuaron alguno de los recursos que están destinados a la asistencia sanitaria urgente, 13.951 correspondieron a las unidades medicalizadas de emergencias, 1.176 a los helicópteros de Sacyl, 4.984 a las ambulancias interhospitalarias, 763 a las unidades de enfermería de emergencias, 17.483 a recursos de Atención Primaria y 122.667 a las unidades de soporte vital básico. El resto de los recursos hasta la suma total se refiere a ambulancias de otras comunidades limítrofes o de otras instituciones, como Cruz Roja o Protección Civil.

Por otro lado, el 8,1% de las llamadas de demanda asistencial fueron resueltas sin que fuera necesaria la activación de ninguno de los recursos que están destinados a la asistencia sanitaria urgente, mientras que en el 91,8 por ciento de los casos sí que fue necesaria su movilización.

Gracias a la intervención de estos recursos públicos asistenciales pudieron ser atendidas un total de 150.731 personas, de las que 11.061 lo fueron en la provincia de Ávila, 22.523 en la de Burgos, 27.382 en León, 10.564 en Palencia, 19.707 en Salamanca, 8.381 en Segovia, 4.940 en Soria, 34.919 en Valladolid y 11.254 en la provincia de Zamora. Además, el 79% de esas llamadas se realizaron en horario diurno –de 8 a 22 horas–, mientras que el 20,7% se hicieron en horario nocturno –de 22 a 8 horas–.

En cuanto a las causas de las emergencias, las carreteras de Castilla y León generaron, en los primeros seis meses del año, un total de 2.724 intervenciones por parte de los profesionales de emergencias sanitarias en accidentes de tráfico, lo que supusieron el 1,9 por ciento sobre el total de avisos atendidos por el CCU de Sacyl.

Por provincias, los accidentes de tráfico atendidos entre enero y junio fueron 211 en Ávila, 412 en Burgos, 540 en León, 185 en Palencia, 368 en Salamanca, 202 en Segovia, 115 en Soria, 535 en Valladolid y 156 en Zamora.

No obstante, la causa más frecuente entre todas las llamadas registradas en el CCU fueron los traumatismos/enfermedades del aparato muscular y esquelético, con un 22,68%, seguidos de los problemas de salud relacionados con el aparato nervioso y órganos sensoriales, con un 14,18 por ciento. También se recibieron peticiones de ayuda relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio, que supusieron un 9,11 por ciento, o del respiratorio, con un doce por ciento, mientras que los trastornos mentales supusieron el ocho por ciento de las atenciones urgentes atendidas.

Para dar respuesta a la demanda sanitaria que solicitan los pacientes desde cualquier punto de la Comunidad, la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Sacyl, un eslabón esencial en la cadena de atención al paciente crítico y no crítico, dispone del Centro Coordinador de Urgencias, 143 unidades de soporte vital básico y 54 ambulancias de Soporte Vital Avanzado, distribuidas entre 23 unidades medicalizadas de emergencias, 19 de transporte interhospitalario, cinco de enfermería de emergencias y siete helicópteros medicalizados.

El PSOE denuncia la «guerra interna» de la Junta por las competencias de los incendios

VALLADOLID

La vicesecretaria general del Partido Socialista de Castilla y León, Nuria Rubio, denunció ayer la «guerra interna» entre los consejeros de la Junta por las competencias de prevención y extinción de incendios, así como su "«abandono total» de la Junta a la provincia de León y su «especial inquina» a las comarcas del Bierzo y Laciana, algo que «tiene que parar» y que confió en que «tarde o temprano» lo haga el PSOE, informa Ical.

La dirigente socialista participó ayer en Columbrianos (León) en la celebración de la Fiesta de la Rosa del PSOE de Ponferrada, un encuentro que, según aseguró, «reafirma la fortaleza del PSOE» en la provincia y «especialmente en el Bierzo, una zona especial e importante para el partido», en la que aprovechó la ocasión para «recoger las reivindicaciones» de las juntas vecinales, las pedanías y los ayuntamientos para «poder conocer cuáles son las preocupaciones del día a día y, a partir de ellos, diseñar soluciones».

Entre dichas reivindicaciones, Rubio aludió a la necesidad de «un servicio de prevención de incendios cien por cien público que proteja los montes, los pueblos y a las personas que viven en ellos» frente a un Gobierno autonómico que «está desaparecido y no ha aprendido nada de las tragedias vividas el año pasado», cuyas consecuencias «se están sufriendo ahora con las lluvias».

«Lo que viene es aterrador porque no han hecho absolutamente nada más que trocear un Gobierno para gusto de Alfonso Fernández Mañueco, en el cual ni siquiera saben qué competencias tienen», advirtió, al tiempo que recordó que, durante estos días, «dos consejeros se han peleado por las competencias de prevención». «No me interesa quién va a ganar esa guerra, porque lo que sí sé es quién la va a perder, que son los ciudadanos que viven en León y en la Comunidad», añadió.

También asistió a la Fiesta de la Rosa del PSOE de Ponferrada el secretario general del PSOE de León y diputado nacional, Javier Alfonso Cendón, quien apeló al «trabajo conjunto de las administraciones», pero «teniendo en cuenta las competencias de cada una de ellas», ya que «cada vez que hay un problema, nunca hay responsabilidades ni una asunción de las tareas que corresponden, sino que las culpas son siempre de otros».

"PODEMOS ABORDAR DESAFÍOS CLAVE PARA LA HUMANIDAD"

Biociencia. La investigadora portuguesa Mónica Bettencourt-Dias, primera mujer en dirigir el Centro de Regulación Genómica de Barcelona, asegura que estamos en una etapa apasionante para la ciencia en la que tenemos las "herramientas para afrontar algunos de los problemas actuales más complejos"

Por ***Cristina G. Lucio.*** *Fotografía de* ***Gorka Lolnaz / Araba Press***

Hija de un matemático y una investigadora en Ciencias Sociales, Mónica Bettencourt-Dias (Lisboa, 1973) siempre quiso ser científica. Desde bien pequeña tuvo claro que esa, sin duda, era la mejor vía para canalizar una curiosidad nata que, tras una carrera de éxito, aún se nota que conserva.

Esta doctora en Bioquímica y Biología Celular, que recientemente ha asumido la dirección del Centro de Regulación Genómica de Barcelona (CRG) –es la primera mujer que ostenta el cargo–, exhala entusiasmo cuando habla de ciencia, una disciplina que, asegura, atraviesa un momento histórico.

«Creo que estamos en una etapa apasionante porque ahora tenemos las herramientas para abordar algunos de los problemas más complejos de la humanidad», señala la investigadora portuguesa, que compaginará su labor al frente del prestigioso centro de investigación con su propio laboratorio.

«Contamos con tecnología, capacidad de análisis de datos y experimentación para abordar preguntas que antes no podíamos responder. Y en el CRG tenemos una posición privilegiada para afrontar esos retos porque en el centro existe una combinación de factores extraordinaria, que incluye unas fantásticas plataformas tecnológicas, herramientas computacionales que manejan IA y datos biológicos y una gran capacidad para llevar a cabo ciencia experimental», subraya.

"Podemos ser más predictivos y anticipar cómo va a funcionar un tratamiento, lo que permite aplicar una medicina de precisión"

Este nuevo paradigma ya está permitiendo plantearse no solo estudiar y tratar de comprender la biología, sino también adelantarse a ella y diseñarla, expone la investigadora. «Con estas herramientas podremos anticipar lo que va a pasar, saber cómo va a evolucionar un cáncer o cómo va a cambiar una determinada bacteria. Esto ya nos está permitiendo ser mucho más predictivos y anticipar, por ejemplo, cómo va a funcionar un tratamiento, lo que va a hacer posible aplicar en los pacientes una medicina de precisión mucho más eficaz», avanza la investigadora.

También está siendo ya útil está aproximación para afrontar problemas relacionados con el medio ambiente, continúa. «Un equipo del CRG ya está realizando este tipo de predicciones en poblaciones animales, como las del lince ibérico. Con estos animales ha habido históricamente problemas de reproducción, de cría. Pero ahora, mediante el análisis del genoma de distintos ejemplares, es posible determinar qué animales es mejor cruzar entre sí para garantizar la supervivencia de la población», ejemplifica.

«Creo que estamos en un momento clave en el que podemos afrontar desafíos cruciales tanto para la salud humana como para la salud de los ecosistemas. Suena a ciencia ficción, pero ya está siendo una realidad», remarca.

Las herramientas disponibles abren además un nuevo horizonte en torno a la biología generativa, a la capacidad de crear elementos que no existían previamente en la naturaleza. «Hablamos de diseñar nuevas proteínas, como una citoquina relevante para una enfermedad humana. Incluso, siempre de forma responsable, de poder diseñar células con una nueva función que, por ejemplo se necesite para administrar un nuevo medicamento o para desempeñar otras tareas en el organismo».

En este sentido, el centro catalán se ha embarcado en un ambicioso plan para convertirse en el primer centro dedicado a la biología generativa en todo el país.

Si en su etapa anterior el organismo se centró en la biología cuantitativa, planteando la cuestión de si es posible medir y modelizar la biología con la precisión necesaria para transformar la observación en predicción; el nuevo plan quiere dar un paso adelante y empezar a diseñar biología de manera intencionada mediante el uso de inteligencia artificial, modelos predictivos y datos experimentales a gran escala.

«La tecnología avanza a gran velocidad», señala Bettencourt-Dias, que enseguida hace hincapié en que este también es un momento fundamental para que, como sociedad, se discutan las distintas cuestiones éticas que pueden estar ligadas a estos avances, así como la relación de la ciencia con la sociedad o las formas en las que se lleva a cabo la investigación.

«Acabamos de impulsar una iniciativa europea de colaboración con socios de toda Europa, incluidas agencias de financiación y otras instituciones de investigación con el fin de reflexionar sobre estas cuestiones. Hay muchos aspectos que abordar y dado el ritmo acelerado de los cambios no podemos hacerlo solos», señala la investigadora.

En su opinión, las alianzas tanto locales como internacionales en todo lo que concierne a la ciencia es un pilar fundamental para el progreso. «Uno de mis objetivos es ser una facilitadora y catalizadora de ecosistemas de investigación. Colaborar con otros para lograr una masa crítica que favorezca la innovación y permita afrontar los desafíos a los que nos enfrentamos», sostiene, remarcando que «la forma de avanzar más rápido es no hacerlo en solitario».

Bettencourt-Dias, asegura, también quiere una ciencia más conectada con la ciudadanía. «Tenemos que seguir innovando en nuestra interacción con la socidad, experimentar con nuevas formas de implicar a la gente. En ese sentido estamos pensando en crear un consejo asesor social que nos permita contar con personas de diversos ámbitos de la sociedad que nos ayuden a reflexionar sobre qué ciencia debemos desarrollar y cómo llegar a los distintos sectores sociales». La científica, afincada en Barcelona desde mayo, ya ha empezado a tomar clases de castellano y catalán.

A esta investigadora siempre le ha interesado la comunicación –en 2003 cofundó Comunicar Ciência, una iniciativa portuguesa pensada para formar a investigadores a comunicarse con un público no experto– y está convencida de que es una herramienta fundamental no solo para transmitir conocimientos, sino también para promover el pensamiento crítico, un arma fundamental para la sociedad, desliza.

"La forma de avanzar más rápido en ciencia es no hacerlo en solitario. Quiero catalizar ecosistemas de investigación"

«Cualquier decisión que vaya a tomar un ciudadano debería basarse en datos y en pensamiento crítico», señala, preocupada por el avance de bulos, *fake news* y desinformación en general. «Creo que todavía no sabemos muy bien cómo abordar este problema. Muchas instituciones están haciendo un gran esfuerzo por comunicar y sí están logrando llegar a mucha gente, pero otros sectores parecen inalcanzables. Hay personas que han tomado una decisión y no cambian de opinión aunque les demuestres con datos que lo que creen es un bulo. La duda es si realmente es imposible llegar a ellos o si en realidad existen formas de conectar con todo el mundo». En este sentido, la científica plantea una cuestión que cree que debería ponerse a prueba: «En mi opinión los científicos que nos dedicamos a áreas como la biomedicina deberíamos colaborar con científicos sociales para experimentar con nuevas formas de comunicación e





Pionera. Mónica Bettencourt-Dias es la primera mujer que dirige el Centro de Regulación Genómica de Barcelona desde su fundación en 2000 y también la primera directora nacida fuera de España.

Formación. Bióloga celular y evolutiva, se licenció en Bioquímica en la Universidad de Lisboa y se doctoró en el University College de Londres con una tesis sobre la regeneración del corazón de las salamandras.

Equidad. "El talento está distribuido de forma equitativa por todo el mundo, pero las oportunidades no", subraya. En 2001 fundó Science for Development para promover la ciencia en países de renta baja.

Creatividad. La científica es una apasionada del arte y la creatividad. Dedica parte de su tiempo libre a la fotografía y el dibujo y durante una época de su vida hizo también teatro de improvisación.

interacción con la ciudadanía y los políticos para determinar cuáles son las estrategias más eficaces».

Conseguir este objetivo, asegura es un anhelo que equipara al de alcanzar las metas que persigue en el laboratorio con su grupo de investigación.

La científica estudia los centriolos, estructuras diminutas en el interior de la célula que permiten la formación de centrosomas, fundamentales para la división o la señalización, entre otras funciones de la célula.

«Los centriolos también forman en las células unas antenas, denominadas cilios, capaces de percibir el entorno. Son claves, por ejemplo, para que los ojos detecten la luz o para poder expulsar partículas y patógenos de la tráquea, entre otras muchas funciones», explica la investigadora. Estas estructuras no solo están presentes en los humanos, sino también en muchos otros organismos complejos, incluidas algas y patógenos como el toxoplasma.

Bettencourt-Dias, en las instalaciones del Centro de Regulación Genómica de Barcelona.

«Los principios fundamentales de estas estructuras son comunes a todos estos organismos tan diversos. Dado que son tan esenciales para múltiples y diversas funciones, estamos intentando comprender cómo se construyen y cómo se mantienen dentro de nuestras células porque actualmente aún lo desconocemos. Todavía sabemos my poco de lo estables que son los centriolos y los cilios», explica. Conocer estos detalles importa, más allá de la ciencia básica, porque se ha demostrado su implicación en algunos tipos de cáncer, subraya. «Sabemos que si las células no controlan estas estructuras, si no regulan su cantidad, esas células pueden sufrir una división celular anómala y convertirse en cancerígenas. Hay evidencias de que en algunos tipos de cáncer estas estructuras presentan una gran desregulación», aclara la investigadora.

Además de la estabilidad de estas estructuras, el equipo de Bettencourt-Dias también explora cómo el entorno podría regular ese proceso, investigando, entre otros aspectos, cómo ciertos virus pueden destruir los centriolos. En sus palabras, se nota que es un área que le apasiona.

Dice que es complicado compaginar las labores de dirección con un grupo propio de investigación –ya lo hizo anteriormente en el Instituto Gulbenkian de la Ciência de Oeiras (Portugal)– pero que la clave es formar equipos excelentes y empoderar y apoyar a las personas que forman parte de ellos. «Considero que tanto en el laboratorio como en la dirección de una institución, de lo que se trata es de llevar a cabo un esfuerzo colectivo». En este punto, la investigadora, una apasionada del arte y el trabajo creativo, cita al dramaturgo portugués Tiago Rodrigues. «Cuando está inmerso en una obra de teatro, Rodrigues no se queda con el texto escrito del que ha partido, sino que va reescribiendo la obra a medida que trabaja con los actores. Por tanto, el resultado final no es algo que provenga únicamente de él, sino que realmente es un esfuerzo colectivo de muchas personas. Así es como concibo yo no solo mi laboratorio, sino también el liderazgo de la institución. Un esfuerzo colectivo en el que tus ideas están moldeadas por las de otras personas».

El Común urge a la Junta a que costee el pago de medicamentos contra la obesidad mórbida

● Quintana reclama a Sanidad que costee el gasto tras señalar la «situación de desigualdad» de una persona con discapacidad intelectual, cuyo tratamiento le supone 271 euros al mes, la mitad de su pensión no contributiva

SANTIAGO G. DEL CAMPO
VALLADOLID

Hay casos que claman al cielo y el de una mujer discapacitada intelectual con obesidad mórbida, residente en un municipio de Castilla y León, es uno de ellos. Ella cobra con su pensión no contributiva por discapacidad 564,7 euros al mes, y el tratamiento contra su enfermedad, que no está subvencionado por el Sistema Nacional de Salud, le cuesta casi la mitad, 271. Al conocer esta situación el Procurador del Común, Tomás Quintana, ha resuelto urgir a la Administración autonómica para que tome cartas en asuntos como este y adopte una actitud proactiva ante el Ministerio de Sanidad.

El caso es objeto del expediente 1394/2025 del Procurador del Común, en el que esta ciudadana demandaba financiación pública para los medicamentos para personas con obesidad mórbida. Su médico especialista en Endocrinología le prescribió un tratamiento con Mounjaro (su principio activo es la tirzepatida) con el que perdió 7,5 kilogramos ya en las primeras tres semanas de prescripción, «lo que no había conseguido anteriormente mediante dietas, cambios en el estilo de vida u otros tratamientos», reza la reclamación. «Esta evolución evidencia la eficacia del tratamiento y la importancia de garantizar su continuidad».

No obstante «este medicamento, al igual que otros fármacos indicados para el tratamiento de la obesidad, no está financiado por el Sistema Nacional de Salud cuando su indicación es la obesidad», lamenta la representación de la demandante, que tiene reconocido un grado de discapacidad intelectual del 65%. Una circunstancia que «incrementa notablemente su situación de vulnerabilidad económica y social y limita de forma objetiva vulnerabilidad económica y social y limita de forma objetiva su capacidad para asumir el coste de un tratamiento indispensable para su salud».

«Resulta difícil justificar que otras enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, sí dispongan de medicamentos financiados, mientras que la obesidad, igualmente reconocida como enfermedad crónica y asociada a graves complicaciones e incluso a un mayor riesgo de muerte prematura, quede excluida de dicha cobertura», razona la demanda. «Esta diferencia de trato genera una situación de desigualdad que afecta especialmente a las personas con menos recursos económicos, condicionando el acceso al tratamiento en función de su capacidad de pago y no de sus necesidades clínicas, lo que compromete el principio de equidad que debe regir el Sistema Nacional de Salud».



El medicamento contra la obesidad mórbida 'Mounjaro' en una farmacia de Valladolid. PHOTOGENIC

El documento estima que más de 300.000 personas sufren obesidad mórbida en España, una cifra que, extrapolada, supone que en Castilla y León más de 15.000 personas padecen esta dolencia. Sin embargo, el acceso a los medicamentos necesarios «queda reservada, en la práctica, a quienes disponen de recursos económicos suficientes para costearlos». Consideración aparte supone, en el expediente, el hecho de que la demandante, como muchos otros ciudadanos aquejados de obesidad mórbida «padece, además, diversas patologías asociadas a la obesidad, entre ellas apnea del sueño, condromalacia rotuliana y graves limitaciones de movilidad, circunstancias que reducen significativamente su calidad de vida y aumentan el riesgo de futuras complicaciones. A ello se suma el estigma y la discriminación social que con frecuencia sufren las personas con obesidad, agravando aún más las consecuencias de esta enfermedad».

RESOLUCIÓN

Así, el Procurador del Común resuelve, en primer lugar, instando a la Administración autonómica a que valore «la oportunidad de promover ante el Ministerio de Sanidad el traslado de la problemática existente respecto del acceso a los tratamientos farmacológicos indicados para la obesidad mórbida en pacientes especialmente vulnerables, interesando que se valore la revisión de la financiación pública de estos medicamentos a la luz de la evidencia científica más reciente».

Por otro lado, Quintana insta a que se analice «la posibilidad de impulsar, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en cuantos foros técnicos resulte procedente, iniciativas dirigidas a analizar el impacto sanitario, social y económico derivado de la falta de financiación de estos tratamientos para pacientes con obesidad mórbida y escasos recursos económicos».

Por último, insiste en que «se refuerce la información y el acompañamiento de los pacientes afectados por esta patología mediante la elaboración y difusión de protocolos claros sobre las alternativas terapéuticas actualmente disponibles, los criterios de indicación farmacológica y las vías oficiales existentes para la eventual incorporación de nuevos medicamentos a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud».

Y es que no le vale a Tomás Quintana la excusa de funcionarios y políticos de que la Administración autonómica «no tiene la competencia» de decidir o no el pago de ciertos medicamentos. Lo deja bien claro en su resolución. «No se puede obviar que la decisión final sobre la financiación pública corresponde al Estado; sin embargo, la mera invocación de la falta de competencia no agota las responsabilidades institucionales de una administración sanitaria comprometida con la protección del derecho a la salud de los ciudadanos».

Por ello, «la colaboración interadministrativa, el impulso de propuestas de mejora y la defensa activa de las necesidades de los pacientes forman parte del principio de buena administración y constituyen instrumentos legítimos para avanzar hacia un sistema sanitario más equitativo, particularmente respecto de quienes padecen enfermedades crónicas graves y, a la vez, carecen de recursos suficientes para acceder a tratamientos que pueden resultar determinantes para su salud y calidad de vida».

«La ausencia de competencia decisoria no excluye el deber institucional de colaboración entre administraciones ni impide que las comunidades autónomas, y en particular a esa Administración autonómica, como responsable de la asistencia sanitaria a las personas de Castilla y León , pueda promover e impulsar propuestas fundamentadas ante los órganos estatales competentes cuando detecten necesidades asistenciales relevantes», apunta la Procuraduría, tras dejar claro que la obesidad mórbida es «una enfermedad crónica reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), asociada a un elevado riesgo de morbimortalidad y a numerosas comorbilidades que comprometen gravemente la salud y la calidad de vida de quienes la padecen.

EL MUNDO MUNDO AGRARIO
Todos los lunes en su kiosko



LÁGRIMAS, EL 'LIMPIAPARABRISAS BIOLÓGICO' QUE CUIDA TUS OJOS LAS 24 HORAS

Los porqués de la salud (V). Aportan oxígeno y nutrientes, lubrican la superficie ocular, ayudan a eliminar cuerpos extraños... Y además expresan emociones

Por ***Rocío R. García-Abadillo.***
Ilustración de ***Marina Bonilla***

Ya lo decía The Cure: *Boys Don't Cry*. Durante generaciones se transmitió como una especie de verdad biológica aquello de que los hombres no lloran, cuando en realidad era una construcción cultural que durante décadas negó emociones. Como animales sociales que somos, el llanto es una señal que indica a los demás nuestra vulnerabilidad y activa la empatía y el apoyo del grupo. Todos lloramos, sea por alegría, frustración, tristeza... Pero, además, las lágrimas tienen funciones fisiológicas importantes.

«Son un componente vital que trabaja las 24 horas del día. Sin una lágrima de calidad, el ojo pierde su capacidad de mantenerse sano y de ver con nitidez», señala Irantzu Huarte, portavoz de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc).

Se encargan de la homeostasis (el equilibrio de la superficie ocular). «Las lágrimas son esenciales para mantener sana la superficie del ojo y permitir una visión nítida. Reducen la fricción al parpadear, lubrican el ojo, aportan oxígeno y nutrientes a la córnea (donde no existen vasos sanguíneos para suministrarlos) y ayudan a eliminar pequeñas partículas, cuerpos extraños y alérgenos», explica Jesús Merayo, director del Instituto Universitario Fernández-Vega.

Además, forman una barrera defensiva frente a bacterias y otros microorganismos gracias a sustancias con acción antimicrobiana «y evitan que la humedad natural se evapore», indica Huarte. «Sin una película lagrimal estable, la superficie ocular se irrita y la calidad de la visión puede verse afectada», añade Merayo.

Dependiendo de su función, existen distintos tipos de lágrimas. Las basales son las que fabricamos de forma continua para mantener el ojo lubricado y protegido, como «nuestra limpieza de mantenimiento diaria», apunta Huarte. Las reflejas son «el equipo de emergencia, continúa, la experta. «Se producen en grandes cantidades como respuesta a un estímulo o irritación (la cebolla, un cuerpo extraño...) para limpiar el ojo rápidamente». Las emocionales se producen en situaciones de tristeza, alegría o estrés.

Aunque todas ellas cumplen funciones protectoras, su composición varía ligeramente según el motivo por el que se generan. Pero básicamente, esas gotas que se deslizan por nuestras mejillas son una estructura química compleja formada sobre todo por agua y también por sales minerales, proteínas, lípidos (grasas) y mucinas (el componente principal de la capa mucosa, como el pegamento que mantiene las lágrimas pegadas al ojo para que no se sequen).

Las tres capas –lipídica, acuosa y de moco– tienen una función específica. La lipídica (la capa exterior de la lágrima) es producida por las glándulas de Meibomio, unas glándulas sebáceas que son pequeñas fábricas de grasa situadas en el borde donde nacen las pestañas. Su función principal es producir el componente aceitoso de las lágrimas para evitar que éstas se evaporen rápido y mantener el ojo hidratado. La acuosa es la capa intermedia y la más espesa. Compuesta principalmente de agua, es producida por las glándulas lagrimales principales y menores y su función es limpiar y lubricar el ojo, eliminando toda partícula que pueda causar irritación. La capa de moco es la más interna (en contacto directo con la córnea). Producida por células caliciformes, permite que la capa acuosa se distribuya uniformemente sobre la superficie del ojo.

Estos tres componentes deben coexistir en un equilibrio preciso. «Cuando se pierde la homeostasis, se produce un fenómeno llamado hiperosmolaridad (un aumento en la concentración de sales). La ruptura de ese equilibrio desencadena un ciclo de inflamación en la superficie ocular. Si no se trata, el roce constante puede causar pequeñas heridas en la córnea y visión borrosa que fluctúa a lo largo del día», detalla Huarte.

Pero no solo la composición, también la producción puede verse afectada por distintos factores, entre ellos, el envejecimiento (las glándulas lagrimales se atrofian de forma natural con los años), las enfermedades autoinmunes (la diabetes o el síndrome de Sjögren afectan directamente), algunos fármacos (incluso comunes, como antihistamínicos, antidepresivos o diuréticos), alteraciones hormonales o el uso intensivo de pantallas que reducen la frecuencia de parpadeo y aceleran la evaporación. También por algunas cirugías o procedimientos oftalmológicos; «el uso prolongado de lentes de contacto, que pueden disminuir la sensibilidad del ojo y, por tanto, la señal para producir lágrima», destaca la médica de familia.

Merayo subraya que en algunos casos no se trata de que se produzcan menos lágrimas, sino que éstas «se evaporan demasiado rápido por un mal funcionamiento de las glándulas de Meibomio». «Si la lágrima pierde eficacia, se evapora más rápido o no se adhiere bien al ojo, se favorece la aparición de síntomas de ojo seco, irritación y visión fluctuante». Tratarlo requiere un manejo individualizado, pero el abordaje médico se plantea mediante «una estrategia escalonada que busca restaurar el equilibrio de la superficie ocular y controlar los síntomas», afirma Huarte.

"Lubrican el ojo, reduccen la fricción al parpadear y aportan nutrientes a la córnea que no tiene vasos sanguíneos"

Las gotas que se deslizan por nuestras mejillas están formadas por agua, sales minerales, proteínas, lípidos y mucinas

Los problemas de visión pueden convertirse en un obstáculo para el aprendizaje si no se detecta a tiempo

La vuelta al colegio incrementa la exigencia visual de los menores y refuerza la importancia de la detección precoz para proteger su salud ocular y favorecer su rendimiento académico.

La vuelta a las aulas supone un aumento de las horas de lectura, escritura y uso de pantallas, una exigencia visual que puede poner de manifiesto problemas de visión que hasta ese momento habían pasado desapercibidos.

El defecto visual más común en los niños es la miopía. Se estima que una de cada dos personas podría ser miope en 2050, así, la prevención y el control de esta alteración visual se han convertido en uno de los principales retos de salud pública. Según explica Mónica García, directora de Marketing & Producto de Carl Zeiss Vision España, "si existe un problema visual sin detectar, puede afectar al aprendizaje, la concentración y la motivación". La especialista recuerda que la miopía suele aparecer y evolucionar durante la infancia, por lo que actuar de forma temprana resulta clave para preservar la salud visual a largo plazo. "Hoy sabemos que no basta con



corregir la visión; también podemos ayudar a controlar su progresión", señala.

Mónica García también explica que "muchos niños no expresan que ven mal porque creen que todo el mundo percibe las imágenes de la misma manera". Sin embargo, existen señales que pueden alertar tanto a las familias como a los docentes, como acercarse demasiado a los libros o a las pantallas, entrecerrar los ojos para enfocar, sufrir dolores de cabeza frecuentes, mostrar fatiga visual o perder la concentración durante las tareas escolares. Aun así, muchos problemas visuales no presentan síntomas evidentes, por lo que las revisiones periódicas continúan siendo la herramienta más eficaz para detectarlos de forma precoz. Por ello, ZEISS aborda el manejo de la miopía desde un enfoque integral que combina investigación, tecnología y colaboración con los profesionales de la visión.

Los especialistas insisten en que una revisión visual anual puede ser decisiva para detectar la miopía a tiempo y evitar que su progresión afecte al aprendizaje y a la salud ocular futura



ZEISS ha desarrollado nuevas soluciones para facilitar la detección temprana y el seguimiento de la evolución de la miopía, además de ampliar este otoño su gama con ZEISS MyoActive, una nueva generación de lentes diseñada para ayudar a controlar la progresión de la miopía infantil. "El objetivo es contribuir a proteger la salud visual de las futuras generaciones mediante un diagnóstico precoz y soluciones respaldadas por la investigación científica", resume Mónica García, directora de Marketing & Producto de Carl Zeiss Vision España.

La evidencia científica también apunta a que determinados hábitos pueden contribuir a ralentizar la progresión de la miopía, como pasar más tiempo al aire libre, mantener una distancia adecuada durante la lectura, limitar el uso continuado de pantallas y realizar descansos frecuentes siguiendo la regla 20-20-20.

Estas medidas, combinadas con un seguimiento personalizado por parte de los profesionales de la visión, permiten adaptar el tratamiento a las necesidades de cada niño.

Más información
www.zeiss.es/vision-care/home.html

LA PRINCESA DEL VESTIDO BLANCO QUE SIGUE PASEANDO POR DRAGSHOLM

Hoteles de leyenda (V). Castillo y leyenda de Dinamarca, este hotel lleva nueve siglos alimentando una historia que convierte cada noche en una experiencia inolvidable

Por ***Esther Mucientes***

La cena acaba de terminar. En el comedor, las copas de vino dan paso al silencio y las últimas luces iluminan los salones de un castillo danés que lleva casi nueve siglos acumulando secretos. Fuera, la noche envuelve las torres de Dragsholm. Dentro, entre muros de piedra y habitaciones restauradas con exquisito cuidado, algunos huéspedes se preguntan si la fortaleza está realmente vacía.

Porque cuentan que, cuando el resto del mundo duerme, una figura vestida de blanco todavía recorre sus pasillos.

Es la *Dama Blanca*.

Su nombre era Celina Bovles, una joven noble cuya historia parece escrita por un novelista gótico: hija de uno de los antiguos señores del castillo, se enamoró en secreto de un hombre que pertenecía a una clase social inferior. Un amor imposible en una época de jerarquías estrictas que, según la leyenda, terminó con un castigo tan cruel como inolvidable: su propio padre ordenó encerrarla entre los muros de la fortaleza.

Y ahí comenzó la tragedia. Literalmente.

La joven habría sido emparedada viva en una de las paredes de la fortaleza, condenada a desaparecer para proteger el honor de la familia. Su vestido blanco se convirtió desde entonces en el símbolo de una historia marcada por la injusticia, el silencio y un amor que no pudo sobrevivir a las reglas de su tiempo.

Durante siglos, la leyenda permaneció escondida entre las piedras de Dragsholm. Hasta que, según cuenta la tradición, el propio castillo pareció decidir que era hora de revelar su secreto.

Durante unas obras de restauración realizadas en el siglo XX, los trabajadores descubrieron algo que hizo que la frontera entre mito y realidad se volviera extraordinariamente delgada: tras un grueso muro apareció un esqueleto humano.

La historia asegura que los restos pertenecían a una mujer y que junto a ellos apareció un vestido blanco.

La imagen era demasiado perfecta para una novela gótica: una antigua fortaleza danesa, un muro sellado durante siglos y una joven vestida de blanco esperando al otro lado. El descubrimiento alimentó definitivamente la leyenda de la *Dama Blanca*.

Aunque la historia no pueda demostrarse completamente en todos sus detalles, poco importa para quienes visitan hoy Dragsholm. En este castillo, como ocurre en los mejores relatos medievales, la fuerza de la narración ha terminado formando parte del propio edificio. Y quizá sea precisamente eso lo que convierte a este lugar en algo tan especial.

Porque Dragsholm no es únicamente un castillo encantado. Es un superviviente.

Sus orígenes se remontan al siglo XII, cuando fue construido como fortaleza defensiva y residencia de poderosos señores daneses. Con el paso del tiempo pasó a manos de la Corona y de algunas de las familias más influyentes del país, convirtiéndose en un símbolo de autoridad y riqueza.

Sus torres, patios y gruesas paredes no fueron levantados para recibir turistas con cámaras de fotos, sino para proteger a sus habitantes en una época de conflictos políticos y luchas de poder.

Durante siglos fue escenario de decisiones importantes, intrigas nobiliarias y cambios históricos. Sus habitaciones acogieron a aristócratas, miembros de la realeza y figuras destacadas de la sociedad danesa. También, según algunos, a quienes nunca llegaron a marcharse. Hoy, sin embargo, la vida del castillo es muy diferente.

Transformado en un hotel *boutique* de lujo, Dragsholm ha sabido combinar su pasado aristocrático con una propuesta contemporánea que lo ha convertido en uno de los alojamientos más especiales de Dinamarca. Sus habitaciones conservan el carácter histórico del edificio, pero ofrecen todas las comodidades que espera un viajero actual.

Y si algo demuestra que los siglos no están reñidos con el placer moderno es su restaurante.

La gastronomía se ha convertido en una de las grandes protagonistas del castillo. Su cocina, reconocida internacionalmente, ha situado a Dragsholm entre los destinos culinarios más destacados del país gracias a su apuesta por los productos locales, la tradición danesa reinterpretada y una relación muy cercana con el paisaje que rodea la fortaleza.

Es una curiosa paradoja. En el mismo lugar donde una joven noble habría sido castigada por enamorarse de la persona equivocada, hoy los viajeros llegan precisamente buscando experiencias extraordinarias.

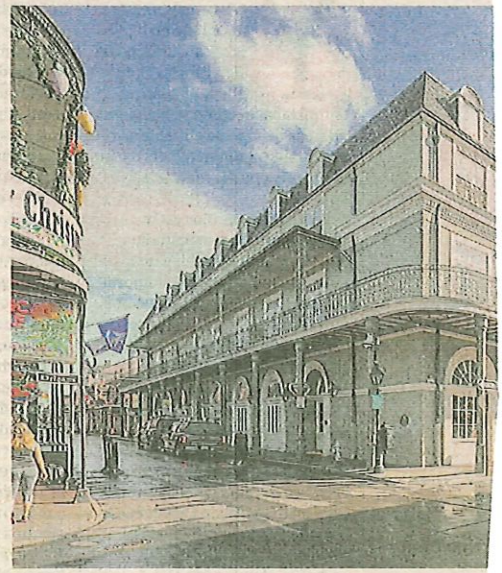
Celina Bo enamoró una époc

Donde antes había prohibiciones, ahora hay celebraciones. Donde antes mandaban las jerarquías, ahora se mezclan huéspedes de todo el mundo alrededor de una mesa.

Pero cuando cae la noche, la historia vuelve a ocupar su lugar.

Porque quienes se alojan en Dragsholm aseguran que el castillo conserva una energía especial. Algunos huéspedes hablan de pasos que recorren los pasillos cuando no hay nadie. Otros cuentan haber sentido una presencia inesperada en determinadas habitaciones. Y no faltan quienes aseguran haber visto una figura femenina vestida de blanco desplazándose silenciosamente por las estancias.

La *Dama Blanca*. Una aparición que, según la leyenda, no busca asustar. Quizá simplemente continúa esperando. Esperando a un amor que nunca pudo vivir. Esperando que alguien recuerde su historia. Esperando que las paredes que un día fueron su prisión sean ahora el lugar donde su nombre permanece vivo.



También se habla de otros espíritus vinculados al castillo, porque nueve siglos de historia dan para acumular muchas vidas y muchas despedidas. Pero ninguna presencia ha alcanzado la fama de Celina Bovles. Su relato ha traspasado las fronteras de Dinamarca y ha convertido a Dragsholm en uno de los hoteles con más leyendas de Europa. Y es fácil entende

LA CUENTA ATRÁS DE SÁNCHEZ 10

SANIDAD

La sobrecarga, los contratos precarios y las listas de espera récord provocan una fuga de facultativos de pública hacia el sector privado o el abandono. «Una plaza fija es una jaula de oro»

EL DILEMA DEL MÉDICO: O HUYES DE LA PÚBLICA O «ERES EXPULSADO»



PILAR PÉREZ

«Están privatizando la Sanidad». Esta frase se ha convertido en un lema o mantra que esconde un problema: una mala gestión de los recursos. «La sanidad pública es uno de los mayores logros colectivos de nuestro país. No podemos ponerla en riesgo por decisiones equivocadas, por fanatismo ideológico, o por falta de prioridades». Pedro Sánchez pronunciaba estas palabras en el acto conmemorativo del 40º aniversario de la Ley General de Sanidad.

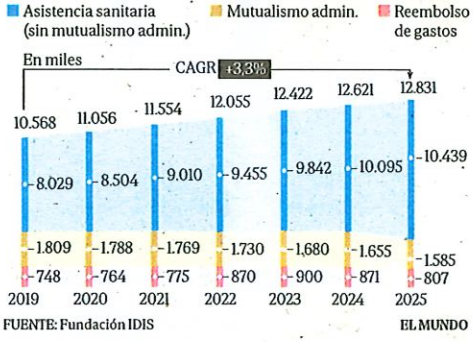
Desde el Ejecutivo de Sánchez, en estos últimos años (desde 2018) se defiende un incremento del 30% en las partidas de sanidad y se han transferido a las autonomías unos 300.000 millones de euros más de lo que hizo la administración previa para que estas lo dediquen al Estado del Bienestar. Sin embargo, este esfuerzo no se nota en la calle. En 2025, el Barómetro Sanitario puso la peor nota a la Sanidad de la serie histórica: 6,02, que de forma provisional en la primera ola de 2026 sube a 6,12.

Y sí, la sanidad forma parte de la preocupación de los españoles, sobre todo el retraso existente para ser atendidos: más de una semana de media en atención primaria y más de tres meses en el especialista. Los datos oficiales recogidos por el Ministerio de Sanidad hasta diciembre de 2025 reflejaban una nueva subida con respecto al año anterior: 4.925.648 pacientes en total, 853.509 para una cirugía y 4.072.139 para ver al especialista. Esta situación se ha convertido en un problema crónico en el sistema sanitario, ya que los tiempos de espera medios superan los tres meses: 121 días de media para una operación y 102 para la consulta con un especialista. Hay que subrayar que un 21,6% de los pacientes incluidos en la lista de espera aguardan más de seis meses.

Con el fin de conseguir asistencia médica, los seguros privados están subiendo. Y eso se interpreta como un desembarco de pacientes hacia un lado. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. En nuestro país, tres de cada diez españoles tienen un doble aseguramiento. Según el observatorio del sector sanitario privado publicado por la Fundación IDIS, el sector ha crecido un 35% en los últimos cinco años.

Pero esa «privatización del sistema» también sucede entre los profesionales sanitarios. No se trata de compatibilizar el ejercicio en ambos sectores (casi un 40% lo hace), sino decantarse por el privado o ninguno. Los médicos también huyen, «o somos expulsados», matiza Susana Manso, hacia la sanidad privada. La salida definitiva de esta doctora especializada en Medicina de Familia y Comunitaria y Radiodiagnóstico se produjo recientemente, «cuando renuncié a mi plaza en Castilla y León». Una decisión que llega «tras permanecer 20 años con contratos eventuales, porque te das cuenta de que, si eso no es normal, tampoco lo es asumir 20 años de maltrato».

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ASEGURADOS



FUENTE: Fundación IDIS EL MUNDO

LA PRIVADA GANA ESPACIO EN EL SISTEMA

Más de 12,6 millones de usuarios, es decir, el 26% de la población española recurre a la sanidad privada. Desde de Sanidad se eleva esa cifra a 32,6%, como recoge en su informe 'Evaluación de la sanidad privada en el sistema sanitario de España', porque suma dos tipos de aseguramiento: el mayoritario contratado por las personas a título individual o por alguien de su familia (23,2%) y otro menos, adquirido a través de la empresa (9,4%), conocidos como beneficios en especie. Este departamento también subraya que la cifra casi se ha duplicado desde el año 2018 (17,2%).

Manso recoge la historia de muchos médicos: contratos eventuales prolongados, falta de apoyo ante conflictos jerárquicos, decisiones administrativas rígidas y una cultura profesional que empuja a aguantar.

En el reciente análisis presentado de forma independiente por la Fundación Gaspar Casal, Hacia un Pacto de Estado por la Salud: Informe de Evaluación del Sistema Nacional de Salud, se recoge esta situación enmarcada en el contexto actual: «La actual crisis asistencial evidencia que las herramientas de dirección son insuficientes si el nuevo Estatuto Marco no resuelve la anomalía de la 'jornada complementaria', un régimen de guardias obligatorio y precarizado que penaliza al facultativo frente a otros sectores esenciales».

De esto surge que «la sobrecarga crónica, sumada a una retribución de la guardia inferior a la hora ordinaria y a la desprotección técnica en el cómputo de la jubilación, ha cronificado un desgaste profesional (*burnout*) crítico que anula la docencia de los residentes y acelera la fuga de talento hacia la privada o el extranjero», recoge el análisis.

«Ahora mismo una plaza fija es una jaula de oro; porque encima eso supone que tienes que trabajar más», denuncia Manso, haciendo mención a las horas extras, a las guardias y a la suma de responsabilidades sin obtener nada a cambio. Porque, como la médica de familia y radióloga advierte, «ahora los médicos que se decantan por la privada asumen que es la solución a sus problemas», pero habrá otros, como el precio al que se paga la consulta o mantener como autónomos a los médicos; ya que en este terreno hay un equilibrio complicado entre la lógica del negocio, que a veces tiene difícil encaje con la atención sanitaria, añaden los expertos consultados. Pero «puede suponer una vía de escape rápida tras haber estado en un entorno tóxico, recuperar la autonomía y reducir el maltrato laboral».

Rosa Montaña va más allá: «Mi marido y yo nos fuimos completamente del sistema. Él, que es neurólogo, también dejó su plaza hace cinco años. Actualmente nos dedicamos a algo totalmente distinto. Yo soy mentora de negocios y estratega de ventas. Aplico lo aprendido en la medicina de urgencias a las estrategias de negocio y potenciación personal y profesional».

Ella dejó su plaza de medicina de familia y urgencias hospitalarias tras 13 años («tengo una excedencia desde hace 11 años»), porque el sistema es demasiado rígido. «Tener una plaza fija no te da estabilidad, sino todo lo contrario. Es una incertidumbre porque representa un techo de crecimiento limitador donde no puedes crecer más», subraya, mientras recuerda que «las condiciones en las que ejerces no son buenas para nadie: te citan tres pacientes a la misma hora, atiendes casos en bucle en las urgencias y da igual en qué condiciones estés... No puedes trabajar en un sistema que no te deja ejercer bien a sus profesionales y en el que planteas cambios y soluciones y llegas a escuchar literalmente la frase: 'Mira, Rosa, prefiero que se muera un paciente a que tú des guerra'».



La ex médico Rosa Montaña, que dejó su plaza de medicina de familia y urgencias después de 13 años. MIRIAM CHACÓN / ICAL

Ellas ponen cara y voz a una situación cada vez más habitual, pero que se queda en los chats privados y redes sociales donde el anonimato ayuda a «que no haya represalias», insiste Manso. «Muchos hemos renunciado a gran parte de nuestra vida personal por este trabajo en el que se ha confiado en que la vocación lo sostenía todo. Y ahora se ha visto que no es así. Tras la pandemia de la COVID-19, el problema se ha agudizado». La médica de familia y radiólo-



ga desea que «no hayamos llegado a un punto en el que se haya vuelto irreversible». La ex médica de urgencias lamenta que esa vocación que parece sostenerlo todo «ya no se llama así, sino una suerte de esclavitud aceptada por el profesional para no dejar desamparado al paciente que tiene delante».

Montaña también aborda uno de los mantras que sirve para justificar todos los sobreesfuerzos que se exigen a los médicos: «Las necesidades del servicio». Esta frase es uno de los motivos detrás de las huelgas y las protestas contra el borrador del nuevo Estatuto Marco que defiende Mónica García. «Esto es un comodín donde no importa el médico ni tampoco el paciente; solo importan las necesidades estratégicas de la dirección para facilitarse las cosas».

UNA CARTERA, DOS PARTIDOS Y SEIS RESPONSABLES



TRES MÉDICOS, UN FILÓSOFO, UN FARMACÉUTICO Y UNA ABOGADA

2018-2020. La valenciana Carmen Montón fue la primera elegida, pero a los tres meses fue sustituida por María Luisa Carcedo. **2010-2023.** Salvador Illa, Carolina Darias y José Manuel Miñones se sucedieron en el cargo durante la gestión de la pandemia de Covid. **2023-2026.** Mónica García encabeza uno de los ministerios de Sumar.

También, desde la Fundación Gaspar Casal, se propone cómo abordarlo: «Para evitar que el conflicto se enquiste en una desafección irreversible que hunda la sanidad pública, los nuevos gestores necesitan que el Ministerio y las CCAA articulen, junto a los sindicatos médicos, una hoja de ruta a cinco años; un plan de choque que sustituya la actual estrategia de desgaste por un marco normativo que dignifique la jornada, homogeneice las rentas territoriales y devuelva la motivación y la salud laboral a los profesionales».

POR QUÉ HUYEN

«Buscan una vía rápida para reducir años de maltrato laboral»

ESTATUTO MARCO

«Las 'necesidades del servicio' son un comodín para una gestión fácil»

VOCACIÓN

«No existe, hoy se llama esclavitud aceptada para atender pacientes»

Esa sobrecarga crónica se materializa incluso en denuncias de los profesionales. «No suele ser lo habitual, porque la gente no quiere llegar a ello. Pero en algunos casos se llega a pedir la intercesión de la Justicia». Eduardo Gea Expósito, delegado del Sindicato Médico de Granada, cuenta el caso del peregrinaje de una médica hasta conseguir que un Tribunal de Instancia de Granada condenara al Servicio Andaluz de Salud (SAS) a indemnizar con casi 25.000 euros. La profesional denunció que la carga de trabajo, con una media de pacientes por encima de lo pactado, vulneró sus derechos fundamentales y afectó a su salud. «El SAS no había reconocido la crisis de ansiedad sufrida por la doctora durante su jornada como accidente laboral», explica Gea.

Uno de cada cuatro médicos en España sufre *burnout* derivado del desempeño de su trabajo. Un estudio llevado a cabo desde la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) ha analizado esta situación mediante el metaanálisis de 67 estudios en los que habían participado más de 16.000 médicos. Vicente Ortún, economista de la salud y profesor emérito de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, escribe en el editorial que acompaña la publicación del trabajo que «el *burnout* en profesionales sanitarios es un epifenómeno de la organización sanitaria». Ortún añade: «Se trataría de cambiarla para que no se convierta en una fábrica de agotamiento y desgaste profesional».

THE WALL STREET JOURNAL.

EL ENTUSIASMO POR LA VACUNA CONTRA EL CÁNCER DE MODERNA CRECE MÁS RÁPIDO QUE LOS DATOS

Investigación. Las vacunas de ARNm personalizadas podrían no tener un alcance tan amplio ni resultar tan lucrativas como se esperaba

*Por **David Wainer** (The Wall Street Journal)*

Las acciones de Moderna siempre se han visto impulsadas por narrativas extremas. Durante la pandemia, sus acciones cotizaban como si el ARNm fuera a transformar la medicina de la noche a la mañana, y su capitalización bursátil alcanzó un máximo cercano a los 200.000 millones de dólares. Luego llegó la resaca: las ventas de vacunas se desplomaron y los inversores pusieron en duda la cartera de productos de la empresa.

Ahora el péndulo está oscilando en sentido contrario y, tal vez, volviendo a sobrepasar de nuevo la realidad.

Las acciones se dispararon un 177% en una sola sesión el miércoles –la mayor subida en un solo día registrada por una empresa del S&P 500 en más de dos décadas– después de que Moderna y su socio MSD [la compañía se denomina Merck & Co., Inc en EEUU y Canadá] dieran a conocer los resultados positivos de los ensayos en fase avanzada de su vacuna personalizada de ARNm contra el melanoma.

Al final de la semana pasada, la capitalización bursátil de Moderna se situó en torno a los 60.000 millones de dólares, frente a los aproximadamente 25.000 millones de dólares que tenía antes del anuncio. Junto con MSD y BioNTech, que está probando su propia vacuna personalizada contra el cáncer basada en ARNm, el trío sumó unos 80.000 millones de dólares en capitalización bursátil en cuestión de días, lo que augura una nueva era en el tratamiento del cáncer.

Este anuncio supone un gran salto en el campo de la oncología personalizada. Aunque los datos del ensayo se darán a conocer en un próximo congreso, las empresas han adelantado que los pacientes a los que se administró la vacuna personalizada junto con Keytruda, de MSD, presentaban una probabilidad significativamente menor de sufrir una recaída del melanoma que aquellos que recibieron únicamente Keytruda.

Al tratarse de la primera validación en fase avanzada de una vacuna contra el cáncer basada en ARNm, estos resultados aportan datos alentadores sobre el amplio potencial contra el cáncer de la plataforma de vacunas de Moderna. Sin embargo, las cifras financieras invitan a la reflexión. Daina Graybosch, analista de Leerink Partners, prevé que la terapia genere unas ventas anuales de unos pocos miles de millones para 2032. Incluso en el mejor de los escenarios, si la vacuna alcanzara un máximo de 10.000 millones de dólares en ventas anuales para el consorcio, eso podría suponer unos 40.000 millones de dólares de valor de mercado añadido para las dos empresas juntas, afirma. Eso es menos de lo que el mercado gana en una sola tarde.

La razón principal del escepticismo es que el éxito en el melanoma dista mucho de ser una prueba de que el enfoque vaya a funcionar en otros casos. Cada tumor es diferente, y el melanoma se adapta excepcionalmente bien a esta terapia.

La vacuna analiza el tumor del paciente, selecciona hasta 34 mutaciones como dianas y entrena al sistema inmunitario para que las reconozca. Sin embargo, por lo general solo dos o tres generan una respuesta inmunitaria significativa, explica Graybosch. En el melanoma, la abundancia de mutaciones proporciona a la vacuna más dianas con las que trabajar, mientras que la relativa sensibilidad del tumor a la inmunoterapia aumenta las posibilidades de que esas dianas produzcan una respuesta inmunitaria.

Los tipos de cáncer que MSD y Moderna se proponen abordar a continuación son menos indulgentes. El cáncer de riñón presenta menos mutaciones a las que dirigirse, mientras que el cáncer de vejiga tiene un entorno tumoral más supresor. Y algunos de los tumores más difíciles de tratar, como el cáncer de páncreas, son notoriamente resistentes a los tratamientos inmunoterápicos.

Luego están los aspectos económicos del fármaco. Los medicamentos tradicionales se fabrican a granel. Esta vacuna es diferente: un cirujano extirpa el tumor y lo envía a un laboratorio, donde se secuencian sus mutaciones y un algoritmo identifica los objetivos para una vacuna de ARNm personalizada. Al igual que otras terapias personalizadas, se trata de una forma mucho más cara de fabricar un medicamento.

La solución obvia es cobrar más.

La razón principal del escepticismo es que el éxito en melanoma no prueba que funcione en otros casos

Las empresas no han especificado cuánto, pero, basándonos en terapias comparables, el tratamiento completo podría costar en torno a los 300.000 dólares. Sin embargo, a medida que sube el precio, surgen problemas en Europa, donde los sistemas sanitarios negocian de forma agresiva.

Además, es posible que las empresas tengan menos margen para cobrar más a los pacientes estadounidenses que a los europeos, ya que la Administración Trump está impulsando políticas que vinculan más estrechamente los precios de los medicamentos en EEUU a los que se pagan en otros países ricos.

El resultado podría suponer unos márgenes considerablemente inferiores a los de los medicamentos convencionales, que pueden superar el 90%. Al menos al principio, los márgenes brutos podrían situarse entre el 50% y el 80%, afirma Graybosch.

Esto plantea un dilema a los inversores de Moderna. Tal y como explica Luca Issi, analista de RBC Capital Markets, el mercado está valorando la posibilidad de que la vacuna se convierta en algo parecido a Keytruda o a Opdivo, medicamentos que contribuyeron a impulsar la revolución de la inmunoterapia de puntos de control y que demostraron su eficacia en una amplia gama de tipos de cáncer. Sin embargo, la vacuna podría resultar eficaz únicamente en un conjunto mucho más reducido de tumores.

La mayor promesa del ARNm podría residir en su uso para prevenir el cáncer en personas con alto riesgo, antes de que la enfermedad se instale. Una vacuna en el sentido más estricto de la palabra, como dice Graybosch. Eso podría suponer un cambio revolucionario. Pero aún estamos muy lejos de alcanzar esa meta.

Por ahora, parece que el entusiasmo de esta semana se va a topar con la cruda realidad de los tumores y la economía.



Una empleada del laboratorio de Moderna Therapeutics en Cambridge (EEUU). ADAM GLANZMAN

Contenido con licencia de The Wall Street Journal. Traducido del inglés por C. García.

PAPEL

CULTURISTA • Los oscuros diarios de la cantante de Dover: "Vivo porque no tengo huevos para matarme". **Pág. 2**

VIAJES • Lima más allá de la alta cocina: por qué se ha convertido en la sorpresa de Sudamérica. **Pág. 15**

YO DONA • Begoña Vila, astrofísica de la NASA: "Era una niña tímida en un mundo de hombres". **Pág. 21**



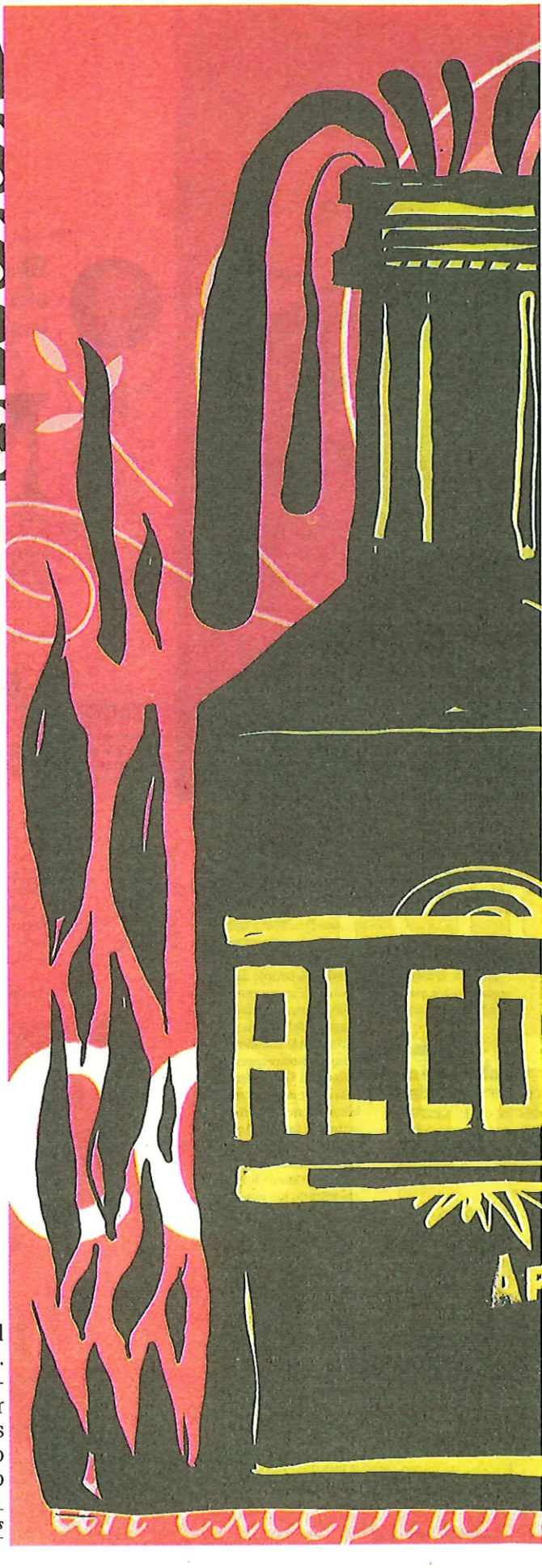
OZEMPIC CONTRA LAS ADICCIONES

Hablamos con el primer español que relata su tratamiento contra la dependencia del alcohol con este fármaco, un abordaje que divide a los especialistas. "Salir por la noche sin miedo a cómo amaneceré es una auténtica gozada", cuenta él

*Por **Gonzalo Suárez**. Ilustración de **Raúl Arias***

"BEBÍA TRES BOTELLAS POR NOCHE

AHORA ME VALE CON DOS COPAS"



Ozempic. Estaba tan enganchado al alcohol que llegó a caerse por el balcón. Pero siguió bebiendo... Ahora, un pinchazo de un GLP-1 le ayuda a moderar su consumo. Fernando es uno de los primeros pacientes de un tratamiento tan revolucionario como polémico

*Por **Gonzalo Suárez**. Ilustraciones de **Raúl Arias***



En mayo del año pasado, un estudiante de ADE al que llamaremos Fernando se agarró tal cogorza que acabó precipitándose por el balcón de un tercer piso. A la mañana siguiente amaneció atado de pies y manos en la UCI de un hospital. Al principio, aún sedado, tenía la sensación de que todo había sido un mal sueño. Pero un chaparrón de mil dolores no tardó en devolverle a la crudísima realidad. «Me había roto seis vértebras, el esternón, el pie derecho, la mano izquierda, una escápula, una costilla...», enumera con la voz aún temblorosa por el trauma.

Fernando empezó a emborracharse con sólo 15 años. Siempre bebió más que su pandilla, pero lo achacaba a que pesaba «unos kilitos» más que sus compinches. Su dosis inicial era una botella de «alcohol fuerte» por cada noche de farra. Luego subió a dos y, poco antes del incidente del balcón, llegó a beberse tres botellas de una tacada. «Nunca bebía solo, siempre con amigos: me divertía, me hacía desconectar...», cuenta sobre aquellos años en los que el alcohol aún cumplía su función.

Sin embargo, el kilométrico parte de lesiones con el que abandonó el hospital –«menudo susto, imagínate»– le convenció de que debía dejar el alcohol para no morir espachurrado contra una acera. Lo intentó a las bravas, por su cuenta y sin médico, pero sus buenas intenciones se disolvieron en cuestión de meses: a finales de agosto ya se había pillado «varios pedos *heavies*». Y, en noviembre, llegó un segundo aviso grave: «Me bebí 20 copas en dos horas, me quedé dormido de pie y me caí por las escaleras».

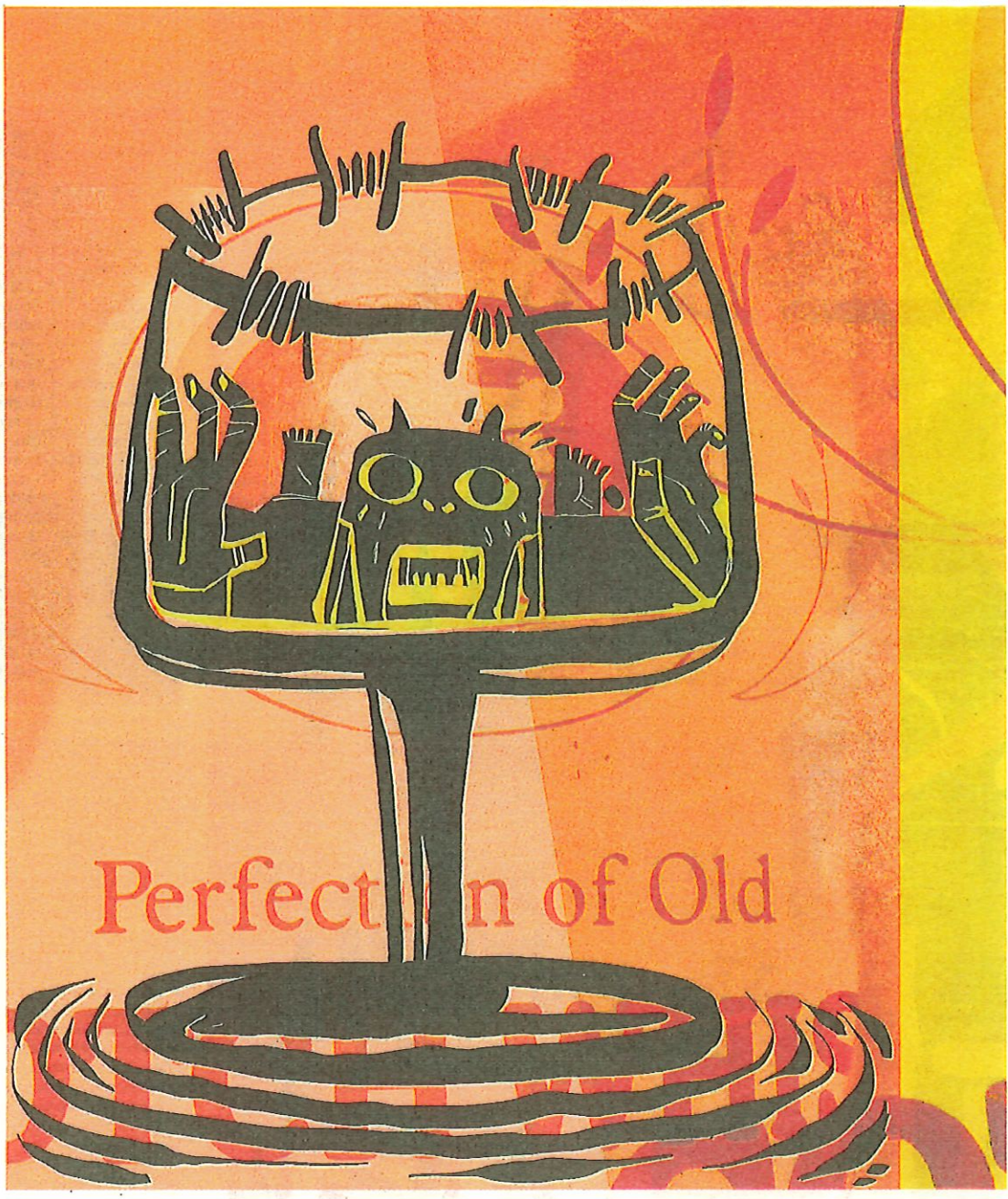
Fernando salió indemne de aquella caída, pero el sobresalto fue suficiente para que, por fin, pidiera apoyo profesional. Con la ayuda de su tía y su abuela, buscó al mejor médico hasta que aterrizó en el despacho de un prestigioso psiquiatra especializado en adicciones. Durante su charla inicial, confesó que quería reducir «sustancialmente» su consumo, pero que no concebía la vida sin tomarse alguna copa esporádica.

Fue entonces cuando el doctor le habló de los agonistas del receptor GLP-1, una familia de fármacos entre los que se cuenta el celebérrimo Ozempic. Estos medicamentos, explicó, le ayudarían a controlar su impulsividad con la bebida sin condenarlo a la abstinencia total.

Ocho meses después de su primera cita con el psiquiatra, Fernando se pincha una dosis semanal de Wegovy, uno de los nombres comerciales de la semaglutida, el mismo principio activo del Ozempic. Gracias a este fármaco, no ha vuelto a beber hasta la inconsciencia. «Ahora me tomo tres copas, quizá cuatro, pero me las sirvo menos cargadas y bebo agua entre medias», relata el joven, quien ha mejorado sus notas en estos meses de relativa sobriedad.

Fernando es el primer paciente que cuenta a un medio español su tratamiento con la *familia Ozempic* para una adicción. Hasta ahora, el uso de estos fármacos está estrictamente indicado para dos enfermedades: la obesidad y la diabetes 2. Su utilidad contra las adicciones es, de momento, una simple hipótesis que está investigando un ramillete de estudios clínicos. Sin embargo, los resultados iniciales son tan llamativos que un pequeño grupo de psiquiatras ya se está atreviendo a recetarlos *off label* –es decir, fuera de las indicaciones oficiales que les atribuyen las autoridades sanitarias– pese al escepticismo de buena parte de sus colegas.

«Si tuviera que puntuar de cero a 10 lo prometedores que son estos fármacos, les daría un 8,5», cuenta entusiasmada la psiquiatra Nora Volkow, bisnieta de Trotsky y, sobre todo, directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas



(NIDA), la institución más prestigiosa del mundo en la investigación de las adicciones. «Y, si hablamos en concreto del trastorno por abuso de alcohol, ya me atrevería a situarlo en un 9,5».

(...)

El despacho al que llegó Fernando tras caerse por las escaleras se encuentra al final del pasillo de un amplio piso en el Paseo de la Castellana de Madrid. Allí pasa consulta de psiquiatría el doctor Néstor Szerman, quien interrumpe sus vacaciones por un día para atendernos. Además de experto en adicciones, es el presidente de la Asociación Mundial de Patología Dual (WADD). Es decir, cuando la dependencia a una sustancia convive –y se retroalimenta– con otra enfermedad mental: ansiedad, depresión, déficit de atención...

Hace tres años, el Dr. Szerman empezó a leer los primeros estudios sobre el uso de GLP-1 contra las adicciones. Esta incipiente literatura médica le interesó especialmente porque su especialidad adolece de una histórica falta de fármacos eficaces. «Sólo el 2% de los adictos al alcohol recibe medicación actualmente», denuncia.

Tan convincentes le resultaron esos *papers* que hace un par de años decidió dar un paso crucial: recetar GLP-1 *off label* a sus pacientes. Aunque no da detalles concretos por confidencialidad, sí admite que los casos ya suman «decenas» y que los resultados son «muy prometedores». «Resultan muy útiles para las personas que no quieren vivir sin alcohol o que piensan que no pueden vivir sin él», asegura.

Antes de recetar los *pinchazos*, el psiquiatra informa a los pacientes de los riesgos y obtiene su consentimiento informado. También encarga una analítica completa, con especial énfasis en la función del páncreas, además de un electrocardiograma. Su objetivo es reducir cualquier peligro aunque, en su opinión, los efectos secundarios sean microscópicos según todos los estudios que se han realizado hasta la fecha. «Los riesgos son mínimos o inexistentes, mientras que los beneficios son enormes», subraya sobre su cálculo médico con cada paciente antes de prescribir estos fármacos.

–¿Hasta qué punto está extendido el uso de GLP-1 para las adicciones?

–Creo que algunos colegas míos lo están haciendo, aunque no es algo de lo que hablemos. Son comentarios por encima.

–¿Y qué supondría la generalización de estos fármacos?

–Un cambio de paradigma absoluto en el abordaje de las adicciones. Se conseguiría que la inmensa mayoría de pacientes con abuso de alcohol pasen a beber con moderación, que es lo que muchos desean.

El origen remoto del uso de los GLP-1 contra las adicciones arranca hace una década. Fue entonces cuando la semaglutida –el hoy archiconocido Ozempic– se indicó masivamente para la diabetes y, posteriormente, para la obesidad. Entre sus millones de usuarios, un grupo significativo empezó a informar a sus médicos de un inesperado efecto secundario: una bajada de todo tipo de conductas compulsivas, desde el consumo de sustancias hasta las compras descontroladas, la ludopatía o la cleptomanía.

Hará tres años que el runrún de las consultas saltó a las redes sociales y a foros *online* como Reddit. Fue así como los investigadores más avezados detectaron un patrón similar: pacientes con sobrepeso que mostraban un repentino desinterés por el alcohol y otras drogas. Y, por primera vez, esta sorprendente correlación llegó a los congresos médicos como una prometedora hipótesis de trabajo.

Desde entonces, el nicho de los especialistas en adicciones se ha dividido en dos bandos. Unos, los más entusiastas, ven cerca un *medicamento milagro* contra la dependencia. Otros, los más cautelosos –sobre los que luego volveremos– plantean pegas razonables: la falta de datos de eficacia a largo plazo, el probable *efecto rebote* de estos fármacos o, directamente, la duda sobre si reducir el consumo sin erradicarlo supone *curar* realmente la enfermedad o sólo parchearla de forma chapucera.

A esas alturas ya existían estudios con animales que confirmaban la «hipótesis antiadictiva» del Ozempic. Luego se añadieron estudios observacionales en bases de datos de decenas de miles de pacientes que ya tomaban estos fármacos y que mostraban que acudían menos al médico por problemas de adicción que el resto de la población. «Ya teníamos una hipótesis biológica y epidemiológica que nos animaban a hacer estudios de laboratorio con todas las garantías», relata el psiquiatra Hugo López-Pelayo, vicepresidente de Socidrogalcohol (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol y otras Toxicomanías).

De forma ultrarresumida, la teoría es que la *familia Ozempic* actúa directamente sobre el sistema de recompensa del cerebro. Cuando alguien bebe alcohol, esnifa cocaína o juega al *blackjack*, se dispara la cantidad de dopamina disponible en el sistema. Pasado el tiempo, el cerebro se acostumbra a estos niveles anormales del neurotransmisor, lo que impulsa el aumento de la ingesta y acaba provocando la adicción en personas vulnerables. Los GLP-1, en cambio, limitan artificialmente los subidones de dopamina que generan estas conductas. Este *hackeo* mental, explican los expertos, facilitaría el consumo controlado de sustancias.

«Yo me siento más tranquilo, menos impulsivo en general», dice Fernando sobre su experiencia con este fármaco. «Tengo menos ganas de salir. También fumo menos: antes salía con tres cajetillas y ahora me sobra con sólo una, hasta regalando pitillos».

Desde aquel primer *momento eureka*, distintos equipos han confirmado este efecto en estudios con placebo y grupo de control. Uno de los más destacados lo dirige la doctora Sarah Kawasaki, de la Facultad de Medicina de PennState (Filadelfia), en adictos a los opioides. Aunque aún no dispone de los resultados definitivos, suena eufórica al otro lado del teléfono: «He visto a gente que consumía un montón de droga y ahora no toma nada. Está ocurriendo, doy fe de ello y es alucinante».

Sí que se han publicado los datos del estudio dirigido por el doctor Joseph Schacht, de la Universidad de Colorado Anschutz, con 50 pacientes con dependencia del alcohol. El impacto de la semaglutida fue doble: no sólo bebieron menos días a la semana, sino que también ingirieron menos copas de una sentada. «Esta droga reduce el *craving*, el ansia de consumir que está detrás de la mayoría de recaídas», dice el Dr. Schacht, que publicó su estudio hace un mes en *The American Journal of Psychiatry*.

Algo similar ha encontrado Nick Horton, codirector ejecutivo de Open Doors, el único servicio social del mundo que ha incorporado los GLP-1 a su labor con adictos. En su caso, han proporcionado este fármaco a una veintena de mujeres drogodependientes, principalmente ex reclusas en situación vulnerable. «La inmensa mayoría nos cuenta que su ansia de consumir



se ha apagado», explica Horton. «Creo que los expertos en adicción están siendo demasiado cautelosos a la hora de recetar estos fármacos. El cálculo entre riesgo y beneficios está abrumadoramente a su favor».

Quizá el lugar del planeta donde las cautelas tienen menos fuerza sea en Caron, una red de clínicas estadounidense que ya ha tratado a cientos de adictos con GLP-1. Al frente del programa se encuentra el doctor Steven Klein, de 40 años. Su trayectoria vital como adicto en recuperación inspira su relación con los pacientes.

Steven era un estudiante en Long Island cuya afición por el atletismo no ocultaba una relación tóxica con la comida. Su inestabilidad se agudizó con 15 años, cuando vivió una experiencia traumática: durante un entrenamiento de lanzamiento de peso, golpeó con la bola a su entrenador, que acabó falleciendo. «A partir de entonces, beber hasta la inconsciencia y tomar el Adderall de mi hermano [un fármaco contra el déficit de atención] se convirtió en mi forma de sobrevivir», cuenta por videollamada.

El joven fue capaz de compatibilizar su adicción con unas notas brillantes en sus estudios de Medicina. También empezó una relación estable con un hombre y supo afrontar públicamente su homosexualidad. Como en el caso de Fernando, sólo un susto consiguió apartarle del alcohol: «Dejé de respirar mientras dormía. Me di cuenta de que mi vida debía cambiar. Entré en Alcohólicos Anónimos y no volví a consumir».

Sin embargo, Steven seguía traumatizado por su exceso de peso. En 2019, le recetaron tirzepatida, un fármaco de la *familia Ozempic* que, de inmediato, apagó el ruido mental que le invadía al pensar en la comida y su imagen corporal. Y, como miles de pacientes, detectó efectos secundarios inesperados en su tratamiento: «Desaparecieron algunas adicciones a las que ni siquiera prestaba atención. Dejé mis viajes mensuales al casino. La mesa de *blackjack* o las apuestas perdieron todo su atractivo sin ningún esfuerzo».

Ahora, el Dr. Klein utiliza la misma molécula, la tirzepatida, para ayudar a sus pacientes, unos 550 hasta la fecha. «Son una herramienta muy poderosa en nuestro repertorio», dice. «Aumentan la sensación de plenitud y de satisfacción. Los pacientes se sienten saciados: ya no tienen que llenar su vacío con calorías, copas, nicotina, cocaína o lo que sea».

Tras el éxito colosal de Ozempic contra la obesidad y la diabetes 2, esta familia de drogas se ha convertido en la obsesión de las principales farmacéuticas del planeta. Muchos ven a los GLP-1 como una *navaja suiza* de la farmacología: una herramienta, múltiples utilidades. Ya se está estudiando su utilidad contra el alzheimer, el parkinson, la artritis, la psoriasis, la enfermedad renal...

Sin embargo, su potencial resulta especialmente atractivo en el campo de las adicciones por un factor singular: la escasez aguda de fármacos para combatirlas. «No tenemos nada contra la cocaína, el cannabis, las metanfetaminas...», enumera Nora Volkow. «Sí que hay algún fármaco para el alcohol y los opioides, pero su eficacia es muy limitada y, al final, se aplican a un porcentaje ínfimo de pacientes».

Se buscan nuevas indicaciones para los GLP-1 ya existentes, pero también crear nuevas moléculas que sigan ensanchando su campo de actuación. En el campo de las adicciones, una molécula suscita un interés extraordinario: la brenipatida, de los laboratorios Lilly. Diversos especialistas consultados la apodan coloquialmente «el Ozempic del cerebro», puesto que parece diseñada desde cero para abordar enfermedades mentales, en vez de reutilizar fármacos ideados contra la diabetes y la obesidad.

«Aunque todavía necesitamos confirmar estos resultados en los ensayos clínicos en marcha, los avances que estamos viendo podrían ser una nueva esperanza para muchos pacientes y sus familias», asegura el doctor José Antonio Sacristán, director médico de Lilly en España.

El informe de resultados de sus laboratorios del segundo trimestre de 2026 detalla que la molécula ha alcanzado dos estudios de fase III –la previa a su llegada al mercado– para dos indicaciones: trastorno depresivo mayor y síndrome de abuso del alcohol. También está realizando cinco estudios de fase II, algo menos avanzados, en otros cinco trastornos: asma, tabaquismo, esquizofrenia, trastorno bipolar y adicción a los opioides.

«Esto ya no parece un programa de fármacos contra la obesidad», reza un post reciente de *The Peptide List*, un boletín extraoficial sobre la industria de los GLP-1. «La obesidad se ha convertido en una ocupación secundaria ahora mismo. La gran apuesta es que estas drogas son, fundamentalmente, fármacos del sistema nervioso central que, además, te hacen perder grasa».

Si todo lo contado hasta ahora fuera cierto, que lo es, uno esperaría que el mundillo de expertos en adicciones viviera una eterna fiesta a la espera de que vayan llegando, uno tras otro, *tratamientos milagro* para las distintas dolencias. Sin embargo, tras consultar con una veintena de especialistas de España y Estados Unidos, la actitud general se acerca más al optimismo cauteloso que a la euforia desmedida. En concreto, cabe distinguir dos actitudes distintas, en función de la formación de cada uno: la Psicología y la Psiquiatría.

Los terapeutas, a grandes rasgos, critican el enfoque «reduccionista» de estas drogas, que acotan un problema multifactorial como la drogodependencia a la mera gestión de las ganas de consumir. «Una adicción también incluye hábitos aprendidos, regulación emocional, contextos que facilitan el consumo, relaciones sociales, expectativas y, en muchos pacientes, otros problemas psicológicos o psiquiátricos», dice José Antonio Tamayo, psicólogo sanitario en Activa Psicología. «Me preocupa que el entusiasmo nos lleve a reproducir una vieja expectativa en el tratamiento de adicciones: encontrar una molécula que elimine el deseo y resuelva el problema».

Los psiquiatras, por su parte, se muestran más abiertos a los beneficios de estos fármacos, aunque piden «más paciencia» antes de lanzarse a prescribirlos fuera de indicación. «Los resultados iniciales son prometedores», concede Christian Hendershot, catedrático de la Universidad de South California, quien realizó el primer análisis del impacto de estos fármacos en el alcohol. «Sin embargo, los estudios que deben confirmar su eficacia más allá de toda duda se están realizando ahora mismo y aún tardarán unos años en completarse. Mientras tanto, yo recomendaría cautela».

Un listado rápido de las pegas que ponen los expertos al uso *off label* de estos fármacos incluye que desconocemos sus efectos secundarios a largo plazo. Tampoco sabemos si mantendrán su presunta eficacia o si el efecto sería meramente temporal. Se teme igualmente el *efecto rebote* que ya se ha descrito en los pacientes de obesidad cuando se les retiraría la medicación: así, estaríamos *condenando* a los adictos a estar medicados de por vida para moderar su consumo. «No podemos tratar enfermedades crónicas basándonos en estudios que apenas tienen un año», resume el psiquiatra Juan José Jambrina, jefe de Psiquiatría del Hospital de Avilés.

De fondo, late un dilema casi filosófico: si un adicto que reduce su ingesta está realmente recuperado o si, por el contrario, la estricta abstinencia es la única solución real. Así se defiende tradicionalmente desde colectivos como Alcohólicos Anónimos, para quienes el «consumo moderado» es una quimera que sólo prolonga la agonía de los adictos. Y así lo sostienen numerosos expertos, que desconfían de la viabilidad a largo plazo de la simple reducción del consumo: tarde o temprano, sostienen, volverán los atracones.

«En el tema de las adicciones, los psiquiatras suelen ser muy conservadores», replica Néstor Szerman. «Piden a los adictos que dejen de consumir sin más, que es como decirle a un paciente con psicosis que deje de tenerla. Yo apoyo a Alcohólicos Anónimos, colaboro con ellos y sé que cumplen un buen papel. Pero tener la abstinencia como objetivo único para todos los adictos no tiene sentido. Es moralismo puro».

Fernando, mientras tanto, prosigue su vida ajeno a esta polémica. En estos meses, ha conseguido prácticas en una empresa de Inteligencia Artificial y está conociendo a «una niña» que también le ayuda a llevar una vida más ordenada. A veces, admite, se olvida de pincharse semanalmente y puede pasar «10 o 12 días» sin su dosis de semaglutida.

–¿Has pensado en dejar de beber por completo?

–Al principio sí, pero ahora estoy bien como estoy... Salir por la noche sin tener miedo a cómo amaneceré es una auténtica gozada.

"He visto a gente que consumía un montón de droga y ahora ya no toma nada. Está ocurriendo, doy fe de ello y es alucinante"

"Me preocupa que el entusiasmo replique una vieja expectativa: buscar una molécula que elimine el deseo y 'cure' el problema"

CASTILLA Y LEÓN

El cáncer de piel mata un 21% más que hace un lustro en Castilla y León

● Los tumores cutáneos alcanzaron su mayor mortalidad el último año, con 196 fallecidos, de los que el 75% superaban los 70 años ● «Hay que protegerse la piel en las horas centrales del día», insisten desde la asociación AECC Valladolid

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

Cuando éramos niños, el término de 'fotoprotección' no formaba parte de nuestro vocabulario. Sí del de madres y padres, que nos untaban por completo con cremas solares para que el sol, con una imagen poco amenazante desde ojos prematuros, no dejase ningún rastro de su poder en las pieles. Pero esa rutina tenía fecha de caducidad, limitada prácticamente a cuando tocaba desplegar las toallas en las playas y piscinas, mientras en el resto del año los botes no se movían del armario. Una omisión común en las pautas de prevención que puede derivar a la larga en algún tipo de cáncer de piel, que en conjunto dejó un reguero de 196 muertes el año pasado en Castilla y León, un 21% más que hace cinco años.

Desde su despacho, con el cartel de gerente en la Asociación Española contra el Cáncer en Valladolid, Luisa Lobete es casi como una experta en esta enfermedad. Y no porque cada día se encuentre lo más cerca posible de testimonios y experiencias, sino porque ella es un caso más entre las gráficas que se construye en base a incidencias y prevalencias. Aunque realmente la conjugación del verbo debe ir en pasado porque ella fue diagnosticada de un basalioma, también llamado carcinoma basocelular, hace más de un año.

«Está ya superado», dice con firmeza a través del teléfono. Y no es para menos, porque el suyo era la forma más frecuente de cáncer de piel, con una incidencia de alrededor de 250 casos por 100.000 habitantes al año, según los últimos disponibles en el Observatorio AECC.

Antes del satisfactorio final de su historia conviene comenzar desde el principio y llevar las mentes hasta Cádiz, donde Luisa vivió de pequeña. Ella, una niña «blanquita», contra el sol de la parte más occidental de la comunidad andaluza. Nada que temer hoy en día con una crema solar de Factor 50 a mano, pero en su pasado no era esa la primera opción. «Cuando yo tenía de 5 a 10 años, lo que había para protegerte del sol era la lata de NIVEA de toda la vida», recuerda.

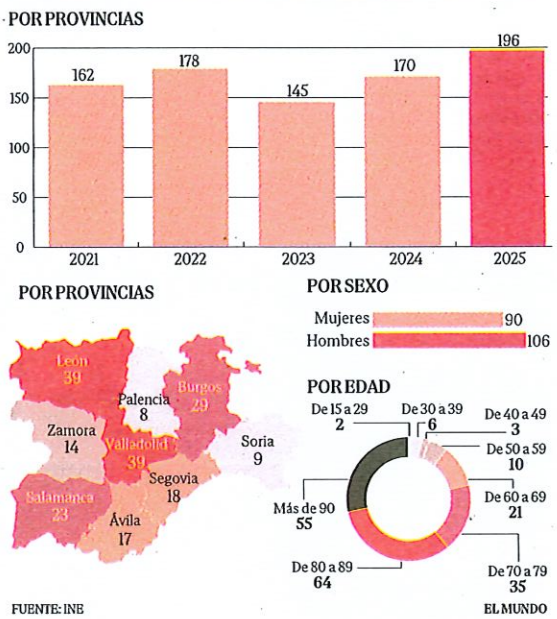
Ese icónico recipiente de metal de color azul tenía –y tiene– una textura similar a un protector solar, sin embargo, no podía utilizarse como tal al tener uso más ligado a la hidratación de la piel. Así, poco a poco, la piel de Luisa fue recibiendo un daño solar gradual pese a no ser perceptible más allá de las «quemaduras» que podía sufrir.

Con el tiempo, a la edad de 62 años, esa radiación prolongada terminó aflorando en su dermis, en la zona entre su cuello y hombro. «Llevaba unos meses en los que había notado como un 'eccema' en la piel. Unas veces me picaba, otras se escamaba», relata. Optó, entonces, por solucionar su problema con diversas cremas hidratantes, pero no funcionaron.

Decidida a acabar con lo que se pensaba que era un caso de dermatitis atópica, acudió antes al dermatólogo para seguir el correspondiente tratamiento. Pero no resultó ser un 'eccema', sino un cáncer de piel. «Nada más verlo, me dijo: 'No, esto es un carcinoma basocelular'», recuerda la afectada, que sufría de esta forma el efecto acumulativo de la radiación solar a la que se expuso durante su infancia. Solo hay que ver los rangos de edad de la incidencia de los distintos cáncer de piel para ver que, si bien no entiende de edad, la mayor incidencia se produce en la población adulta con más de 70 años, con 154 de 196 muertes registradas en Castilla y León el pasado año.

Por franjas de edad, un peso en las últimas muertes registrados también se concentra en las personas de entre 85 y 89 años, con 37, y de 90 a 94, con 32. En cambio, la escala va a menos según se va reduciendo las escalas de edad, con 18 víctimas de 70 a 74 años; 11, de 65 a 69; 10, de 60 a 64; y 8, de 55 a 59. Sólo el continuo descenso se ve interrumpido entre la franja de 45 a 54 años, con cuatro muertes acumuladas que se ven superadas por los seis fallecidos que tenían de 30 a 39 años.

La línea ascendente según la edad también se presenta en la evolución de las muertes contabilizadas en Castilla y León por el Instituto Nacional de Estadística. Así, entre 2024 y 2025, el repunte es de un 15,3%, con 26 fallecidos por melanoma benigno y otros tipos de cáncer de piel; mientras que si el horizonte se amplía a cinco años atrás, la diferencia es aún mayor, con un 21% por sumar 34 víctimas. Entre medias se sitúa la comparación con diez años atrás, con un 18% de crecimiento.



Los diferentes incrementos no responden a la aparición de nuevos y efectivos tratamientos, como el recibido por la gerente de la Asociación Española contra el Cáncer en Valladolid, a quien recomendar usar una crema de Imiquimod, que pertenece a una clase de medicamentos llamados modificadores de la respuesta inmunológica. «En cuestión de nueve días, la piel había reaccionado», afirma Luisa Lobete, reconociendo a su vez que no presenta ninguna «marca» en su dermis tras cinco meses de tratamiento. No obstante, sigue con revisiones por la posible aparición de «manchas» en otras zonas escamadas de la piel. «Sobre todo en la cara y el cuello, porque el carcinoma basocelular se presenta especialmente en aquellas zonas que están muy expuestas a la luza solar», explica.

De hecho, Lobete reconoce que le han mandado repetir el tratamiento con Imiquimod en la zona del verno, pero será posterior al verano debido a la incompatibilidad entre esta crema con el protector solar. Pero a pesar de este contratiempo, ella se considera afortunada. «Hay personas en las que reaccionan rápidamente el sistema inmunitario y otras en las que tarda más tiempo en reaccionar el tratamiento, incluso en las que hay que pararlo por la aparición de algún tipo de ampolla. En mi caso, aunque ha sido muy rápido, aprovechamos para hacer una revisión de todo mi cuerpo para ver si aparecía algún tipo de lesión y yo no la notara, y al final me han encontrado un par de manchas en el brazo que tendremos que ir vigilando en los próximos meses para ver si no es nada o pudiera ser otro carcinoma», expresa.

Esa «fortuna» de la que habla Lobete también se debe al tipo de carcinoma que sufrió, que si bien es el más frecuente a su vez es uno de los menos mortales, con una tasa de supervivencia relativa a 5 años cercana al 100%. No ocurre lo mismo con el melanoma cutáneo, un cáncer menos corriente pero con un comportamiento más agresivo ya que puede propagarse a otras partes del cuerpo a través de metástasis. Este último tipo fue diagnosticado a 346 personas en Castilla y León en el año 2024. Y tras una tendencia ininterrumpida de crecimiento, con 336 casos registrados hace cinco años y 319 hace una década, su tendencia futura no contrae las gráficos al estimarse 353 en 2030, según las estimaciones de la Asociación Española contra el Cáncer.

En un desglose por provincias, el INE detalla que Valladolid y León lideran la estadística en cuanto a fallecimientos por los distintos cáncer de piel, con 39 cada provincia en el último año. Les siguen Burgos (29), Salamanca (23), Segovia (18), Ávila (17), Zamora (14), Soria (9), y Palencia (8).

En su desglose, la mayor incidencia se produjo en hombres, con 106 víctimas, por 90 de mujeres; mientras que por rango de edad, más de un 75% de las muertes se produjeron en personas con más de 70 años.

Con esa perspectiva, Luisa Lobete lanza un alegato a las personas mayores para que hagan una revisión de su piel. «Si hemos sufrido quemaduras durante nuestras etapas infantiles, tenemos la posibilidad de que esas lesiones aparezcan ahora. Tenemos que cuidarnos, hacer una revisión de nuestra piel, y cualquier duda lo comentemos con nuestro médico de cabecera para que nos derive inmediatamente al dermatólogo. Y es que como en mi caso, con el carcinoma que sufrí, probablemente se pase por alto y no lo tenemos en cuenta. Lamentablemente, desde la Asociación Española contra el Cáncer estamos viendo el crecimiento paulatino que hay con este tipo de lesiones», manifiesta.

Y es que, como dice Luisa Lobete,

PASA A PÁGINA SIGUIENTE



VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

«la piel tiene memoria», por lo que también alza la voz para comenzar la prevención desde la infancia, y no solo en verano, sino también en invierno por la cantidad actividades que se hacen al aire libre. «Los niños están todos los días en los patios jugando y hay días con más sol que otros. «Hacemos actividades en la nieve, en el campo de excursiones... Por eso hay que protegerse la piel en las horas centrales del día e hidratarnos adecuadamente, y utilizar protecciones físicas como pueden ser gorros y gafas de sol», recomienda por último.

MITOS Y BULOS

Las palabras de Luisa Lobete se complementan con una de las últimas publicaciones de la AECC en la que se enfocaban en explicar los diferentes bulos y mitos asociados al cáncer de piel. Y es que, en una época en las que redes sociales abundan todo tipo de información sin verificar y personalidades que realizan afirmaciones sin ninguna base científica, conviene hacer caso a la asociación más reputada del país respecto al cáncer.

Por un lado, desde AECC recuerdan que el bronceado es una respuesta al daño solar, concretamente al estrés de recibir radiación UV. En defensa, se genera melanina, que no siempre llega a ofrecer una protección efectiva, especialmente cuando se superan los umbrales. Y ante esa acumulación progresiva, el cáncer de piel puede aparecer.

Frente a la exposición al sol resulta esencial el uso de protectores, sobre los que AECC también se encarga de desmentir falsas afirmaciones atribuidos a su uso y que impiden broncearse. «La realidad es que esta medida de protección frente al sol deja pasar un pequeño porcentaje de la radiación UV proveniente del sol, por lo que la piel puede modificar su coloración incluso utilizando crema solar, sombrero o al ponernos a la sombra», aseguran al respecto.

El callo solar, un término que popularizó recientemente el futbolista Marcos Llorente y que consistiría en una supuesta barreta 'natural' generada por la piel tras una exposición gradual y repetida al sol sin protección, lo que prevendría ante la aparición de quemaduras y el desarrollo de cáncer de piel. Pero, de nuevo, la AECC lo desmiente tras recordar que la melanina tiene una capacidad limitada de actuar como factor de protección solar.

«La evidencia científica deja claro que la exposición solar sin medidas adecuadas conlleva riesgos acumulativos, independientemente de la época del año o las condiciones meteorológicas», trasladan desde la asociación, que aconseja el uso diario de protección solar, evitar exposiciones intensas y proteger la piel con ropa, sombrero y gafas.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Martes 15 de septiembre 2026

Salamanca estrena centro de salud

SALAMANCA

El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, visitó ayer el nuevo Centro de Salud de Prosperidad, en Salamanca, una infraestructura «moderna y accesible» con una inversión de 9,5 millones y que ofrecerá a más de 12.600 pacientes una cartera «completa» de servicios de Atención Primaria de la Comunidad.

El nuevo centro, que abrirá hoy sus puertas, cuenta con más de 3.000 metros cuadrados en una ubicación «estratégica» frente al entorno del Tormes y dispone de diez consultas de Medicina Familiar y Comunitaria, diez de Enfermería, dos de Pediatría y otras dos de Enfermería Pediátrica.

Las instalaciones ofrecerán servicios de Fisioterapia; programas preventivos y de promoción de la salud; servicios de atención comunitaria y domiciliaria; así como atención al paciente crónico y pluripatológico. También incorporarán nuevas prestaciones como ecografía, retinografía, espirometría, cirugía menor, extracción analítica y laboratorio, junto con unidades de Fisioterapia y Rehabilitación, Atención a la Mujer, Mamografía y Psicoprofilaxis Obstétrica.

Mañueco destacó que este centro constituye un «ejemplo del esfuerzo organizativo y de transformación asistencial» que, en sus palabras, está desarrollando la Junta, así como de su «compromiso» con la sanidad pública y la Atención Primaria, informa Europa Press.

El presidente recordó que Castilla y León cuenta con «el tercer sistema sanitario» mejor valorado de España, según el Barómetro del Ministerio de Sanidad, fruto del «esfuerzo» de los profesionales y de la «voluntad política» del Gobierno autonómico, que invierte «más que nunca» en infraestructuras asistenciales y tecnologías sanitarias «avanzadas».

La puesta en marcha del nuevo Centro de Salud de Prosperidad da respuesta a una «larga demanda» de los vecinos y permitirá «mejorar» la atención sanitaria de toda la población de Salamanca mediante «la reorganización integral» de cinco Zonas Básicas de Salud de la capital.

Este proceso ha implicado la redistribución de población y profesionales y la adaptación de los sistemas de información, si bien se ha garantizado «en todo momento» la continuidad asistencial y la prestación ordinaria de los servicios sanitarios. Esta reorganización permitirá «aliviar» la carga asistencial de otras zonas, especialmente La Alamedilla y Garrido Sur, con una distribución «más equilibrada y adaptada a la evolución demográfica y urbanística de la ciudad». Además, «facilitará» a los salmantinos «un mejor acceso a los servicios sanitarios y una atención más cercana, accesible y personalizada», continuó Mañueco.



Mañueco, en el centro de salud, junto al alcalde Carbayo y Francisco Vázquez. ICAL

EL MUNDO. Sábado, 12 de septiembre 2026

VOX POPULI



MÓNICA GARCÍA

Huelga sanitaria por la gestión en Ceuta

Los profesionales sanitarios han convocado una huelga tras mes y medio de crisis sin resolver en Ceuta. El sindicato profesional CEMSATSE, que une a médicos y enfermeros, insta a un paro general el 24 de septiembre ante la evidente inacción del Gobierno también en el

EL MUNDO. Miércoles, 16 de septiembre 2026

EL MUNDO
GRUPO UNIDAD EDITORIAL

DIRECTOR:
JOAQUÍN MANSO

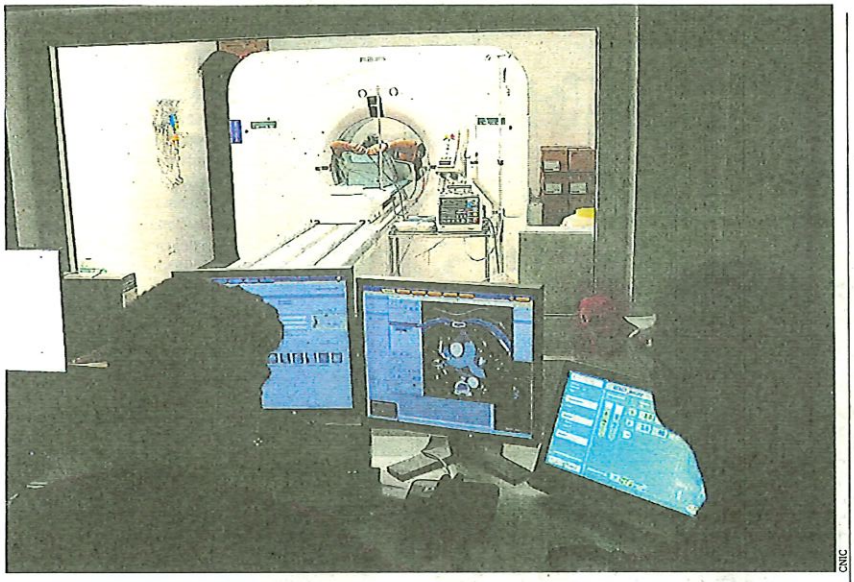
VOX POPULI



MÓNICA GARCÍA

Huelga de médicos contra su reforma

Los médicos iniciarán el próximo 28 de octubre una huelga indefinida en todo el país en rechazo a la reforma del Estatuto Marco impulsada por la ministra de Sanidad. Es la segunda ola de protestas contra una legislación que no da respuesta a las reivindicaciones históricas del colectivo de facultativos.


CNIC

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SILENCIOSA AFECTA A UNO DE CADA 13 JÓVENES

Investigación. La aterosclerosis es mucho más frecuente de lo que se pensaba y puede detectarse ya en adultos jóvenes aparentemente sanos, según un estudio español

Por ***Cristina G. Lucio***

Los infartos y los ictus parecen trastornos repentinos; ataques súbitos que aparecen sin avisar y pueden ser fulminantes. Sin embargo, estos problemas son en realidad el resultado de un daño en las arterias que ha ido gestándose durante años de forma silenciosa.

La aterosclerosis, esa acumulación de placas en el interior de los vasos sanguíneos que provoca su progresivo estrechamiento y endurecimiento, es un fenómeno mucho más frecuente de lo que se pensaba y puede detectarse ya en adultos jóvenes aparentemente sanos, tal y como acaba de demostrar un estudio liderado por científicos del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC).

Según los datos de este trabajo, uno de cada 13 jóvenes de entre 18 y 29 años tiene aterosclerosis en alguna arteria de su cuerpo de forma silente. «Es alarmante que, tal como hemos visto, un 9% de los varones analizados de esa edad y prácticamente un 7% de las mujeres jóvenes presenten aterosclerosis silentes. En general hemos visto porcentajes de afectados mucho mayores de lo que se pensaba», explica Borja Ibáñez, director científico del CNIC y líder de esta investigación cuyas conclusiones se presentaron ayer en una de las sesiones destacadas del Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología y se publicaron simultáneamente en la revista *The New England Journal of Medicine*.

«Hoy en día la aterosclerosis se diagnostica y aborda cuando ya está muy avanzada. Lo que muestran los resultados de este trabajo es que tenemos que avanzar hacia una nueva forma de prevenir la enfermedad cardiovascular», expone Ibáñez.

Junto a Henning Bundgaard, profesor de Cardiología de Rigshospitalet de Copenhague (Dinamarca), el cardiólogo español ha coordinado esta ambiciosa investigación, denominada REACT, que ha analizado el caso de más de 16.000 pacientes de edades comprendidas entre los 18 y los 70 años para cartografiar la existencia de aterosclerosis silenciosa en la vida adulta. El objetivo final del trabajo, tal como explicó Ibáñez a este periódico cuando el ensayo daba sus primeros pasos, es generar la evidencia necesaria para cambiar por completo la forma en la que se hace prevención cardiovascular, reorientándola para actuar de forma temprana.

Los resultados de la primera fase de la investigación han mostrado que la aterosclerosis silente es muy frecuente. El 57,1% de las personas estudiadas tenía placas de aterosclerosis en sus arterias pese a no presentar síntomas ni contar con un diagnóstico de enfermedad cardiovascular. La proporción de afectados aumentaba progresivamente con la edad, hasta alcanzar a 9 de cada 10 personas entre los 60 y los 70 años.

El estudio también detectó diferencias importantes entre hombres y mujeres. Así, comprobaron que en los varones la enfermedad progresa bastante rápido en las primeras décadas de la edad adulta y aparece entre 5 y 10 años antes que en las mujeres. En ellas, sin embargo, el incremento más acusado se observa entre los 40 y los 60 años, un periodo que coincide con la menopausia.

El estudio también mostró que los métodos que se emplean actualmente para estimar el riesgo cardiovascular solo permiten identificar a una pequeña proporción de las personas que ya presentan aterosclerosis de forma silenciosa en sus vasos sanguíneos.

«Es necesario cambiar el enfoque en el abordaje de la enfermedad cardiovascular», señala el investigador, quien aclara que la segunda fase del proyecto, que arrancará en 2027 dará un paso más y estudiará si una estrategia de prevención guiada por técnicas de imagen es capaz de reducir de forma más eficaz la aparición de infartos, ictus y otros problemas cardiovasculares.

«Poder intervenir mucho antes de lo que se hace ahora probablemente va a resultar en una reducción importantísima de la enfermedad cardiovascular», concluye Ibáñez.

ENFERMERA SATURADA

CÓMO ELEGIR UN BUEN CALZADO INFANTIL PARA LA VUELTA AL COLE

Dudas. Llevar unos zapatos inadecuados durante el crecimiento puede acarrear consecuencias graves. Apueste por materiales flexibles, que aporten buena sujeción y den espacio a los pies

Después de dos meses de chanclas, sandalias y a ratos totalmente descalzos, los pies de los más pequeños de la casa se enfrentan de nuevo al calzado cerrado, a los calcetines y a la vuelta al cole. Este paso es especialmente importante en la edad infantil, ya que un calzado inadecuado durante la etapa de crecimiento puede tener consecuencias graves.

La importancia de los materiales

El pie infantil suda mucho más que el de un adulto, por lo que debemos elegir siempre un calzado realizado con materiales naturales y flexibles como la piel o los tejidos técnicos que permiten la transpiración, evitando siempre que sea posible el plástico. La suela debe ser flexible y poder doblarse con facilidad.

Revise la puntera y la sujeción

Los dedos del niño deben tener el suficiente espacio interno como para poder abrirse en forma de abanico, por lo que la puntera debe ser ancha e idealmente reforzada para que pueda hacer frente a los juegos más exigentes en el patio. Ojo también a la forma en que se sujeta al pie. Debemos optar por calzado con cordones o velcro ya que garantizan una sujeción firme y adaptada al empeine que impide el deslizamiento del pie dentro del zapato.

Escoja la talla correcta

Lo ideal es que la longitud del calzado sea, aproximadamente, un centímetro mayor que la longitud total del pie del niño. Es decir, entre el dedo más largo y la puntera debe quedar un espacio libre de 1 cm. Esto no solo permitirá un crecimiento correcto sino también mantener los movimientos naturales del pie al caminar.

¿Qué hacemos con el calzado al llegar a casa

Fuera zapatos. A pesar de que el calzado se adapte perfectamente al pie del niño, los zapatos y las deportivas solo deben usarse unas horas al día. En casa los pies deberían estar libres, llevando únicamente calcetines antideslizantes o zapatillas.

¿Heredar calzado sí o no?

Aunque se trata de una práctica bastante habitual, no es aconsejable que los niños hereden calzado de sus hermanos o primos mayores. Sí, aunque lo haya utilizado poco y se pueda aprovechar. Cada persona tiene una pisada única. Compartir calzado desgastado puede alterar la forma en la que pisamos y acabar originando problemas.


LUIS PAREJO

Revolución en las cúpulas de los hospitales de Castilla y León

Sanidad cambia los gerentes del Clínico, Río Hortega en Valladolid, el de Palencia y acaba con la provisionalidad del del Bierzo para dar un impulso a la gerencias



Juan Manuel Gil. ICAL



María Gloria Sánchez. ICAL



F. Sánchez-Barranco. ICAL



Juan Ortiz de Saracho. ICAL

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

De relevo en relevo en las cúpulas de los hospitales de Castilla y León. Las gerencias del Clínico y Río Hortega, ambos en Valladolid, además de Palencia y El Bierzo, inician una nueva andadura tras concluir los procesos de nombramientos de sus gerencias que traen consigo nuevas caras en cuatro de las áreas de la Gerencia Regional de Salud de la Comunidad. Y habrá un quinto procedimiento, a la espera de que se confirme el cese de María del Carmen Rodríguez Pajares, al frente del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Las órdenes ayer publicadas en el Boletín Oficial de Castilla y León (Bocyl) respaldan la intención del consejero Alejandro Vázquez de dar un impulso a gerencias periféricas como las de Palencia o El Bierzo, junto al objetivo de unificar todos los criterios de la Gerencia Regional de Salud. Es por ello, que el vaivén de nombres también afecta a grandes áreas de salud como las presentes en Valladolid, de forma que Juan Manuel Gil González será el nuevo gerente del Hospital Clínico Universitario, sustituyendo a José Antonio Arranz, en el puesto desde el mes de junio de 2021.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid (UVA), Gil González posee el doctorado por la citada entidad académica y es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Si bien ha ejercido su profesión en Urgencias del Río Hortega, actualmente era médico del Servicio de Admisión y Documentación del Clínico, por lo que desde la Consejería de Sanidad se resalta que «conoce perfectamente el centro que va a dirigir en los próximos años», ya que también ha sido director médico del complejo vallisoletano.

Gil González también posee un Máster MBA en Dirección de Empresas y en Salud Pública y Administración Sanitaria, y es además especialista universitario en Gestión de Sistemas de Información Sanitaria, de Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios y de Salud Pública. A todo ello le suma responsabilidades en la Gerencia Regional de Salud como director general de Salud Digital y director de la Gerencia de Emergencias Sanitarias.

En lo que respecta al segundo hospital ubicado en la ciudad de Valladolid, María Gloria Sánchez Antolín releva en la gerencia a Belén Cantón, en el puesto desde noviembre de 2022. En su caso, es licenciada en Medicina y Cirugía por la UVA, doctora en Medicina por el mismo centro y especialista en Aparato Digestivo, con formación específica internacional en hepatología y trasplante hepático.

Como nuevo gerente de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia se designa a Fernando Sánchez-Barranco Vallejo, que sustituye a José Jolín Garijo, en el puesto desde junio de 2022. Hasta ahora subdirector médico en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Sánchez-Barranco es licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Sevilla y especialista en Medicina Interna en dicho centro desde 2010, tras haber realizado su formación MIR también en Palencia.

Sánchez-Barranco ha sido responsable de la Unidad de Continuidad Asistencial y jefe de Estudios del citado hospital, y en su currículo posee el Máster Oficial en Dirección y Gestión de Centros Sanitarios, el Máster en Gestión de Unidades Asistenciales o el Curso de Experto como Tutor de Residentes.

El Bocyl también publica el nombramiento de Juan Ortiz de Saracho como responsable de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo, cargo que ya ocupaba desde septiembre de 2024. El responsable de la sanidad berciana es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), tiene la especialidad de Neumología y es también Doctor en Medicina y Cirugía. Posee además el máster de Alta Dirección Sanitaria otorgado por la Universidad de Burgos y la Gerencia Regional de Salud.

En el amplio currículum de Ortiz de Saracho destacan sus más de 30 años ligado profesionalmente a la comarca del Bierzo, y también ha sido director médico del Complejo Asistencial Universitario de León.

CESE EN EL CAUSA

El Bocyl publicará, además, en los próximos días la orden de cese de la gerente del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (Causa), María del Carmen Rodríguez Pajares, a quien le fue fue comunicado el pasado viernes que no seguiría en el puesto. De esta forma, está previsto que se publique hoy la convocatoria pública del puesto de gerente del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Mientras tanto y hasta el nombramiento del nuevo gerente del CAUSA se hará cargo de las funciones la directora médica, María Díez Campelo.

Los forestales denuncian impagos y demoras en las guardias de incendios

VALLADOLID

La Asociación Sindical Profesional de Agentes Medioambientales de Castilla y León (Apamcyl-Uscal) denunció ayer públicamente que la Consejería de Medio Ambiente y el Servicio Territorial de Medio Ambiente de Segovia continúan sin solucionar los «graves retrasos» en el abono de las guardias de incendios forestales realizadas por los agentes medioambientales de la provincia. Así, apuntaron que a día de hoy no han percibido las retribuciones correspondientes a las guardias de incendios realizadas durante los meses de junio y julio.

En un comunicado difundido por Ical consideraron que «se trata de una situación especialmente preocupante porque no es un problema puntual, sino que se repite por segundo año consecutivo en la provincia de Segovia». Así, subrayaron que se acumulan los retrasos de cobro de las guardias de julio en todas las provincias de Castilla y León, mientras los agentes medioambientales de Segovia, a mayores, continúan sin percibir las guardias de junio y julio.

Para el sindicato, «estos retrasos evidencian una gestión administrativa ineficiente y una discriminación territorial continuada». Por ello, exigieron el abono inmediato de todas las cantidades pendientes correspondientes a las guardias de incendios realizadas en Segovia, la depuración de las responsabilidades por la reiteración de estos retraso, la adopción de las medidas administrativas necesarias para evitar que esta situación vuelva a repetirse, y la implantación de un sistema de gestión que garantice el pago puntual y mensual de las guardias efectivamente realizadas en todas las provincias de Castilla y León.

Respecto a otros incendios, como el del Alberche-Tiétar, en Valencia, la consejera de Medio Ambiente y Energía, María González Corral, mantuvo ayer una reunión de trabajo en Piedralaves con una veintena de alcaldes y representantes de las localidades afectadas con el objetivo de conocer de primera mano las necesidades de los municipios y explicar las primeras medidas que ya ejecuta la Junta, con más de 5,1 millones de euros movilizados.

«Estamos contando con los ayuntamientos y escuchando sus necesidades para planificar las actuaciones», señaló, por lo que González Corral recordó que la Junta aprobó la semana pasada un primer contrato de emergencia de 2 millones de euros para actuaciones hidrológico-forestales que contribuyan a reducir la erosión y el arrastre de cenizas y sedimentos, y favorezcan la regeneración de la vegetación.

Más de 16.000 nuevos matrículados en lasuniversidades de Castilla y León

VALLADOLID

Las universidades públicas de Castilla y León registran ya más de 16.000 matrículas en los primeros cursos de los diferentes grados, aunque se trata de cifras provisionales dado que se mantiene abierto el plazo de matrícula. Son los datos aportados ayer por el consejero de Industria, Universidades, Empleo y Comercio, Juan Carlos Suárez-Quiñones, quien cree que el porcentaje será superior al del próximo año.

«El sistema universitario en Castilla y León es atractivo. Cada año se incrementa el numero de matriculados, pero vamos a esperar las cifras y el incremento. Desde los cursos 19-20 al 24-25 ha habido un incremento de más de un 17 por ciento, más en másteres y doctorados. Es una tendencia muy positiva, tanto en públicas como privadas. Somos el sistema universitario que más atrae a alumnos de fuera», indicó durante su visita a León, según informó Ical.

En cuanto al nuevo Grado de Medicina de la Universidad de León, dijo que es «ilusionante».

Educación analizará 1.400 centros para aplicar su plan de climatización

SEGOVIA

La consejera de Educación, María Pardo, en el marco de su visita a las obras de mejora del IES Andrés Laguna en Segovia, avanzó que, desde la Junta de Castilla y León, se concertó un diagnóstico previo en los más de 1.400 centros educativos de la Comunidad para acometer un plan de mejora de la climatización.

«Evidentemente no se puede empezar a la vez con todos porque es imposible, sobre todo porque no se conoce el importe de ese presupuesto», aseguró Pardo, que explicó que, a partir de ese diagnóstico, abordarán «de forma paulatina» las inversiones en cada una de las provincias, empezando por Educación Infantil, de cero a seis años, recogió Ical. «Lógicamente entendemos que aparte de que es la que tiene más dificultades de adaptación a la climatología, muchos niños de edades muy tempranas permanecen en los centros durante el mes de julio», recalcó.

Tecnología española para curar el cáncer de páncreas

Sycai ha creado un algoritmo que usa las imágenes del abdomen para detectar de forma precoz esta dolencia. La solución ha triplicado la detección y ha mejorado la tasa de supervivencia de los pacientes

Por **Javier Serrano**
Fotografía: **Gorka Loinaz /Araba Press**

Sycai es una empresa española que ha logrado uno de los grandes hitos de la tecnología diagnóstica: ha desarrollado un algoritmo capaz de detectar de forma precoz el cáncer de páncreas, uno de los más fulminantes y mortíferos que existen. En otras palabras, se trata de una herramienta que salva vidas. "Cuando el cáncer de páncreas da la cara y aparecen los primeros síntomas, es demasiado tarde para curarlo", explica Sara Toledano, una de las tres fundadoras, "pero si tienes la suerte de hacerte una prueba de imagen de abdomen con un equipo que tenga incorporado nuestro algoritmo, las posibilidades de supervivencia se multiplican. Este tipo de cáncer es fundamental detectarlo cuando nadie lo busca".

Efectivamente, el algoritmo, basado en IA, busca el cáncer en el abdomen aprovechando cualquier prueba de imagen de esa zona del cuerpo, aunque la prueba se haga por cualquier otro motivo. "El algoritmo trabaja de forma oportunista, aprovecha cualquier prueba de imagen a la que se someta el paciente, y detecta el cáncer aunque no se esté buscando específicamente".

Los resultados de Sycai son espectaculares. "Estamos multiplicando por tres el número de hallazgos incidentales con respecto a lo que veía el radiólogo. Y si detectamos el cáncer en estadios precoces, las tasas de supervivencia mejoran el 30%". La herramienta es capaz de encontrar el 96,2% de los casos, "y si se combinan la acción de Sycai y del radiólogo, nos acercamos al 100%".

EL ORIGEN. La aventura se inicia en el año 2020, y la ponen en marcha tres emprendedores convencidos de las enormes posibilidades del análisis de las imágenes con inteligencia artificial: la propia Sara Toledano, ingeniera industrial; Javier García López, ingeniero y doctor en IA aplicada a imagen; y Júlia Rodríguez Comas, doctora en Biomedicina. "El proyecto arranca con la pandemia –explica Toledano–, diseñamos un *software* que diagnosticaba el covid y ofrecía modelos de cómo iba a evolucionar."

Tras el éxito de las primeras experiencias, "muchos radiólogos empezaron a contactar con nosotros porque les preocupaba el diagnóstico de una parte del cuerpo tan compleja como el abdomen, y más concretamente del páncreas. La IA está muy avanzada en otros campos, pero el abdomen estaba sin explorar". Eso les animó a desarrollar un algoritmo específico. "Sabíamos que las pruebas de imagen contienen muchos datos y que no se estaban aprovechando. Nosotros empezamos a trabajar con el covid en febrero de 2020, pero en agosto de ese mismo año empezamos con el proyecto del páncreas".

HITOS. Han sido años de trabajo muy bien enfocado y tremendamente eficaz. El primer prototipo del algoritmo estuvo listo en 2023. "Vimos que funcionaba y los radiólogos lo validaron, era el primer paso". Hace poco más de un año, Sycai consiguió la certificación, el sello europeo para poder comercializar la solución –"ha sido un camino muy complicado", reconoce Sara Toledano–, y ahora se encuentran en plena fase de expansión comercial.

Por el camino, un proyecto tan sofisticado ha necesitado financiación, que tampoco les ha faltado: los inversores se dieron cuenta desde el primer momento de que estaban ante una herramienta diferencial, con enormes posibilidades terapéuticas, y también comerciales. "Hemos sido siempre muy activos en la consecución de inversiones", cuentan. Hasta aho-



Los fundadores. *Júlia Rodríguez Comas, Sara Toledano y Javier García López empezaron en 2020 con el proyecto.*



ra han levantado "unos siete millones de euros, entre premios, subvenciones y dos rondas de financiación".

La primera ronda, vinculada a los ensayos clínicos, tuvo lugar en 2022, y en ella obtuvieron 780.000 euros. En la segunda, en 2024 y 2025, destinada a comercialización, lograron 3,5 millones, "que nos permitieron profesionalizar la compañía y hacerla más global. Tenemos seis fondos involucrados, les estamos muy agradecidos, nos están ayudando mucho". Ahora, han anunciado que van a abrir una tercera ronda, con el objetivo de consolidar su presencia en Europa y dar el salto a Estados Unidos. "Estimamos que captaremos algo más de 10 millones de euros", dicen.

Sycai está extendiendo rápidamente sus operaciones. Los primeros hospitales que confiaron en su tecnología fueron el Hospital de Mataró y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, pero ya están presentes en numerosos centros hospitalarios, fundamentalmente de España, Portugal e Italia. "Acabamos de empezar en Alemania, crecemos todo lo rápido que te permite el ámbito de la salud", explican. Y reconocen que uno de los momentos más emocionantes de su corta historia se produjo hace unos meses, "cuando nos confirmaron, por primera vez, que un paciente había salvado la vida gracias a la detección precoz de nuestro algoritmo de su cáncer de páncreas".

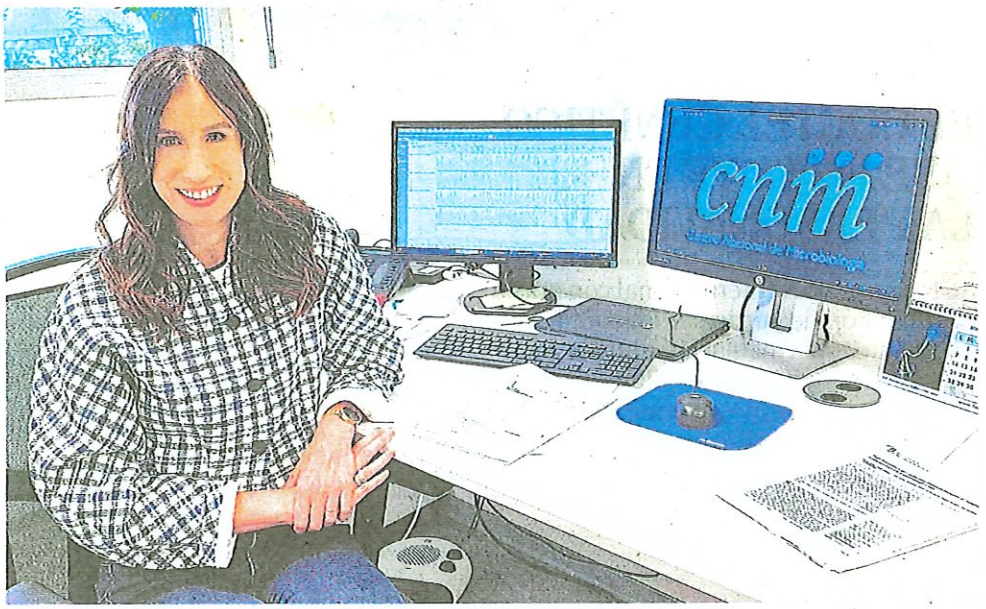
Los tres fundadores de Sycai siguen dirigiendo el proyecto, pero ya cuentan con un equipo de unas 15 personas, entre técnicos y desarrolladores de IA, equipo clínico, personas que llevan la parte regulatoria y de calidad, que es muy exigente, y la estructura de operaciones, ventas y marketing. "Nuestro modelo de negocio es de suscripción. Cobramos al hospital una licencia anual y también una parte variable según el volumen de imágenes. Es un modelo sencillo, que ofrece valor, y es especialmente demandado por los radiólogos, porque la solución les da la seguridad de que no se están dejando sin diagnosticar una lesión grave".

Según las previsiones financieras, Sycai superará el millón de euros de facturación el año que viene, pero prevén un crecimiento muy rápido. "Estamos poniendo mucho foco en las ventas y en nuestra expansión por nuevos mercados".

Además, la compañía ya tiene muy avanzadas otras soluciones de detección de diagnóstico por imagen basado en IA: es inminente el lanzamiento de una herramienta para el hígado, otra para la invasión vascular de páncreas y, a medio plazo, una más para riñón. "A largo plazo, las posibilidades de la tecnología que utilizamos son prácticamente ilimitadas –asegura Sara Toledano–. Es algo necesario en todo el mundo, una ayuda indispensable para los radiólogos que va a beneficiar a millones de personas. Además, se trata de un *software* alojado en la nube, lo que simplifica al máximo su escalabilidad". ■

30%

Es el porcentaje de mejora de la supervivencia de los pacientes gracias a la detección precoz de la enfermedad.



María Dolores Fernández García, investigadora del CNM, en su laboratorio. ISCIII

"SABEMOS QUÉ PATÓGENOS VIGILAR ANTE LAS AMENAZAS DE PANDEMIA"

Alerta. La investigadora María Dolores Fernández reflexiona sobre la importancia del trabajo global de observación continua de microorganismos

Por ***María Sánchez-Monge*** *(Madrid)*

El Grupo de Asesoramiento Científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el Origen de Nuevos Patógenos (SAGO) cuenta por primera vez con participación española: María Dolores Fernández García, viróloga del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Afronta el reto «con muchísima ilusión, pero también con gran responsabilidad». Supone aportar su experiencia «de muchos años en virología, vigilancia e investigación de brotes a una cuestión de enorme importancia para la salud global: comprender cómo surgen los patógenos y cómo llegan a los humanos para prevenir y responder mejor ante futuras amenazas». La trayectoria profesional de Fernández García combina la investigación en virología con la salud pública y la respuesta a brotes sobre el terreno. Se doctoró en Virología en el Instituto Pasteur de París y posteriormente trabajó durante varios años en el Instituto Pasteur de Dakar en Senegal, donde coordinó actividades de investigación y vigilancia virológica, entre ellas la de la poliomielitis.

En esta faceta de supervisión epidemiológica es inevitable abordar la pregunta del millón: ¿cuándo llegará la siguiente pandemia? ¿quién será su protagonista? Desde la prudencia, lo primero que apunta es que no se puede señalar un único patógeno o una familia concreta como «la próxima amenaza» porque no podemos predecir qué agente causará una futura pandemia. Por eso, «ahora la OMS está impulsando un enfoque por familias, en lugar de centrarse únicamente en una lista de enfermedades o microorganismos concretos. La idea es conocer mejor las características que comparten los miembros de una misma familia y desarrollar herramientas diagnósticas, tratamientos o vacunas que puedan adaptarse con rapidez si aparece una variante nueva o un nuevo patógeno».

Aunque la vigilancia es amplia, reconoce que «hay grupos que requieren una vigilancia especialmente estrecha». «Entre ellos están determinados virus respiratorios, como los de la gripe y los coronavirus, pero también virus como Nipah, Ébola o Marburgo, además de algunos transmitidos por mosquitos u otros vectores. Ahora bien, como insiste la propia OMS, que estén incluidos entre las prioridades no significa que vayan a ser necesariamente los causantes de la próxima pandemia», detalla la investigadora. Y pone el foco en otros patógenos: «Tampoco debemos olvidar las bacterias resistentes a los antibióticos. Es una amenaza con una dinámica diferente, menos asociada a la imagen de una pandemia que se extiende repentinamente, pero de una enorme magnitud para la salud pública».

Por eso, la investigadora apuesta por un enfoque más práctico. «Resulta más útil preguntarnos qué características pueden hacer peligroso a un microorganismo y qué señales indican que está cambiando, que intentar adivinar el nombre de la próxima amenaza. Podría tratarse de un agente completamente nuevo, pero también de una versión diferente de uno que ya conocemos y estamos vigilando». Sobre esto trae a colación el caso del brote actual de Ébola causado por el virus Bundibugyo, que se ha cobrado más de 3.000 vidas y ha infectado a más de 6.000 personas en tan solo unos meses. «Algunas de las pruebas empleadas inicialmente detectaban el ébolavirus Zaire, pero no esta especie, lo que retrasó la confirmación y el aislamiento de algunos casos. No explica por sí solo la magnitud del brote, pero demuestra que un diagnóstico preparado para un patógeno conocido puede fallar cuando aparece una especie diferente del mismo grupo».

La investigadora usa este ejemplo para dejar claro que no siempre un microorganismo que llega a las personas significa necesariamente que vaya a provocar una epidemia. «Para que consiga extenderse influyen la facilidad con la que se transmite, el grado de protección de la población –ya sea por vacunación o por exposiciones anteriores–, la movilidad y la rapidez con la que detectemos los primeros casos. Si tardamos en identificarlo, puede circular durante un tiempo sin que nos demos cuenta», argumenta.

Fernández García se especializó en microbiología de salud pública a través de un programa europeo coordinado por el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC). Como consultora de la OMS, ha participado en la respuesta a brotes de Ébola, fiebre amarilla y Zika en numerosos países de África. «Todo esto me permitió conocer de primera mano la importancia de detectar pronto los primeros casos, obtener y conservar muestras de calidad, interpretar los resultados en tiempo real y coordinar el trabajo entre laboratorios, epidemiólogos y autoridades sanitarias».

"Si tardamos en identificar los virus, circularán sin darnos cuenta. El ejemplo es el brote actual de Ébola"

Actualmente es científica del Centro Nacional de Microbiología del ISCIII, donde combina la investigación, el estudio de brotes y la vigilancia genómica. «Toda esta combinación de laboratorio, salud pública y experiencia de campo creo que me prepara especialmente bien para el trabajo del SAGO».

COMUNICACIÓN

LUIS GANDIAGA, NUEVO RESPONSABLE DE EVENTOS

Por ***El Mundo***

Unidad Editorial incorpora a Luis Gandiaga con la misión de liderar e impulsar la estrategia del Grupo en eventos y experiencias y desarrollar nuevas oportunidades de negocio a través de eventos y *marketing* experiencial vinculados a sus grandes cabeceras EL MUNDO, *Marca*, *Expansión* y *Telva*.

Gandiaga es un profesional con más de 25 años de carrera en la industria de los eventos y el *marketing* experiencial. Actualmente es presidente del Foro MICE, patronal de la industria de *meetings, incentives, conventions* and *exhibitions*. Su incorporación se enmarca en la apuesta de Unidad Editorial por reforzar los eventos como una extensión natural de sus contenidos. Gandiaga trabajará junto a las diferentes cabeceras y equipos del Grupo para potenciar los eventos existentes y desarrollar nuevos

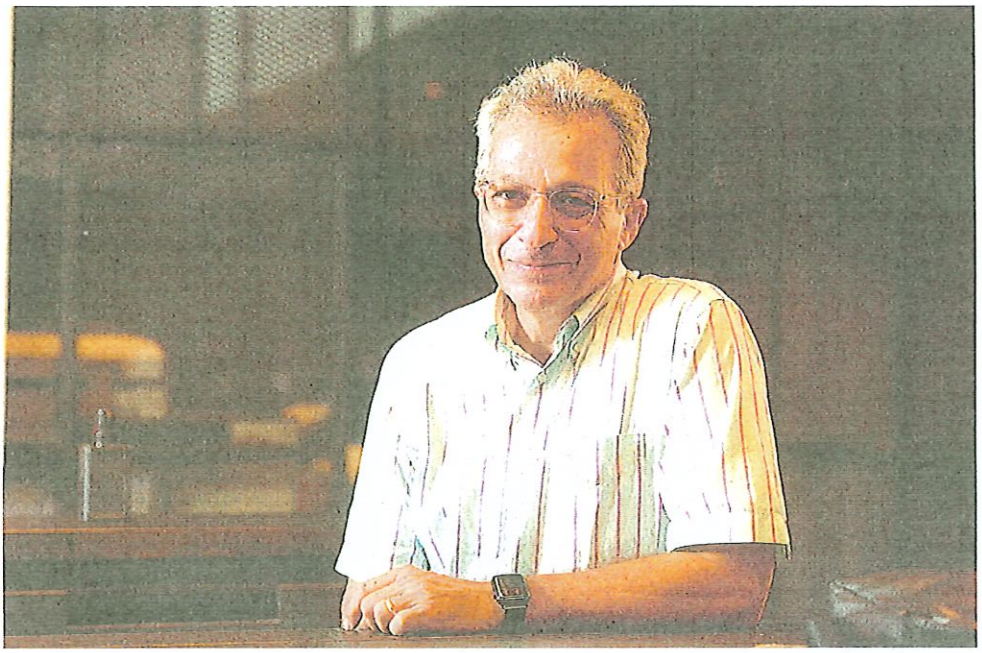


Luis Gandiaga, el nuevo responsable de eventos de Unidad Editorial. E. M.

formatos que respondan a las necesidades de empresas, instituciones y anunciantes.

Laura Múgica, directora general de Unidad Editorial y consejera, señala: «El liderazgo de Unidad Editorial en el ámbito de los eventos parte de un activo diferencial: la fortaleza de nuestras marcas y nuestros contenidos. Ahora incorpora la experiencia de Luis Gandiaga, que nos permitirá seguir innovando en un entorno en el que el marketing experiencial adquiere más importancia para las marcas».

Por su parte, Luis Gandiaga afirma: «Incorporarme a Unidad Editorial supone un reto apasionante y una oportunidad extraordinaria para trabajar con el Grupo de comunicación más relevante de nuestro país. Los eventos han dejado de ser únicamente un punto de encuentro para convertirse en una herramienta de comunicación, relación y negocio».



El neurocientífico español Álvaro Pascual-Leone, en una imagen de archivo. KIKE TABERNER

UNA TERAPIA GÉNICA CONTRA EL OLVIDO

Neurología. El neurocientífico Álvaro Pascual-Leone anuncia un ensayo en humanos de una terapia génica contra el alzhéimer. "Vamos a frenar la patología y recuperar capacidades perdidas"

*Por **María Sánchez-Monge** (Madrid)*

Álvaro Pascual-Leone, profesor de Neurología en la Facultad de Medicina de Harvard y director médico de Tetraneuron (*spin-off* del Instituto Cajal-CSIC), vuelca todo su entusiasmo científico en un proyecto de esta compañía biotecnológica que podría suponer un antes y un después en la enfermedad de alzhéimer: el primer ensayo en humanos de TET101, una terapia génica diseñada para actuar sobre mecanismos fundamentales de la función neuronal y la neurodegeneración.

El ensayo clínico se iniciará a principios de 2027 en el Hospital St. Vincent de Melbourne (Australia), mientras la compañía continúa trabajando en los procedimientos regulatorios necesarios para extender el programa a Europa y, sobre todo, en España, que es donde se gestó la terapia y se han desarrollado los ensayos preclínicos de la mano de José María Frade, investigador del Instituto Cajal.

Los estudios realizados en ratones y primates han demostrado la seguridad y la eficacia de la técnica. «La hipótesis es que en humanos el abordaje se va a traducir en una recuperación de parte de la función cognitiva perdida, de la memoria, de la capacidad de generar nuevos recuerdos, de la capacidad de reconocer a sus seres queridos, también de reconocerse a sí mismos, tener autoconciencia de sus déficits...», apunta.

Los ensayos clínicos se iniciarán en Australia porque es allí donde el equipo ha obtenido antes la autorización para la investigación, pero «el plan específico es hacerlos también en España a lo largo del año que viene», avanza el investigador. Inicialmente, el abordaje se probará en enfermos con demencia moderada causada por la enfermedad de alzhéimer. «Es importante destacar que la razón de empezar en estos pacientes es porque actualmente no tenemos nada que ofrecerles, y uno de los resultados más llamativos de los ensayos preclínicos es que esta terapia no solo previene el daño, sino que además recupera la función perdida, ya que permite a las neuronas volver a establecer conexiones, recuperar la función sináptica. Se podría convertir en el primer tratamiento eficaz para personas con una enfermedad más avanzada», continúa Pascual-Leone quien, con todo, se muestra cauteloso sobre el futuro del abordaje. No quiere lanzar las campanas al vuelo antes de tiempo. «Lo que funciona en ratones, o incluso en primates, hay que demostrar que también es eficaz en humanos», recuerda. «Lo que es ilusionante en este caso es que el mecanismo de acción, la forma biológica por la cual este tratamiento funciona a nivel cognitivo, se centra en la restauración de la capacidad de lo que llamamos potenciación a largo plazo (LTP), es decir, actúa sobre la plasticidad de las sinapsis cerebrales. Y la LTP es un mecanismo idéntico en el molusco, el ratón, el primate y el humano», aclara.

Para Pascual-Leone, «estamos en un momento ilusionante desde la perspectiva de los enfermos». Y no solo por lo que esta terapia génica podría ofrecer. «Ahora tenemos claro que es una enfermedad con muchos sistemas involucrados y muchas vías patogénicas distintas». Entender todas esas complejidades proporciona nuevas dianas concretas con potencial de intervención terapéutica, continúa, aclarando que «en este momento hay más de 140 ensayos clínicos en fase III, cuyos resultados se difundirán a lo largo del próximo año».

En no mucho tiempo, remarca, «se va a multiplicar el número de posibles abordajes y vamos a poder empezar a hacer un manejo mucho más preciso, en el sentido de definir qué diana es la óptima para cada enfermo», pronostica. Y, además, «vamos a poder combinar distintos enfoques terapéuticos para no poner todos los huevos en la misma cesta y poder obtener un mejor resultado clínico».

"Podría ser el primer tratamiento eficaz en casos de enfermedad avanzada"

"El plan es llevar a cabo ensayos también en España el año que viene"

ALERTA

LOS 'OTROS' EFECTOS DEL USO MASIVO DE LOS 'OZEMPIC'

*Por **Pilar Pérez** (Madrid)*

El uso masivo y casi popular de los fármacos análogos del receptor GLP-1, o mejor dicho, los famosos *Ozempic y cía*, ha superado los márgenes de la práctica médica habitual. Lo que nació como una herramienta terapéutica prometedora frente a la diabetes y la obesidad se ha transformado en un terremoto social, económico y mediático global. Sin embargo, tras el optimismo inicial, emergen graves advertencias sobre sus consecuencias no deseadas.

Un editorial publicado ayer en la prestigiosa revista *Science*, firmado por Luc L. Hagenaars y Laura A. Schmidt, analiza cómo los intereses comerciales de las industrias farmacéutica, alimentaria y del *wellness* amenazan con desvirtuar el verdadero impacto de estos fármacos y acrecentar la desigualdad en salud.

En teoría, la llegada de los GLP-1 ofrecía la oportunidad de desestigmatizar la obesidad. Al demostrarse que los antojos responden a mecanismos bioquímicos y frenar el «ruido mental de los alimentos ultraprocesados», el debate científico desplazaba la culpa de la «falta de voluntad» individual hacia un entorno alimentario enfermo. Además, abría la vía para equiparar la regulación de la comida hiperpalatable a la del tabaco o el alcohol.

Sin embargo, los autores lamentan que se esté instaurando el «denomina un estilo de vida basado en los GLP-1». Dado que los pacientes o usuarios de estas fármacos cambian radicalmente su lista de la compra, la industria alimentaria contrarresta la caída de consumo reduciendo raciones sin bajar precios («reduflación», denominan los autores), haciendo productos más adictivos o promocionando ultraprocesados como «alimentos funcionales para un estilo de vida GLP-1». A esto se suma el auge de plataformas de telemedicina como Amazon o WeightWatchers con «envíos el mismo día» a precios inalcanzables para la mayoría, y la proliferación de genéricos no autorizados con serios riesgos de seguridad.

Desde la Sociedad Española de Obesidad, el endocrino Cristóbal Morales pone el foco en las «consecuencias no deseadas: la banalización de la enfermedad y la obstaculización a un acceso equitativo y justo a estos medicamentos».

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA | Viernes 4 de Septiembre de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA | AÑO CXIII. Número: 19716

El absentismo del paciente eleva al 6,4% las consultas de hospital suspendidas

Cerca de 5.000 citas no se han realizado en el hospital en lo que va de año por incomparecencia y casi 23.000 en Atención Primaria ● En los procedimientos quirúrgicos también se acrecienta el problema y ya es un 0,71% del total de las operaciones

MILAGROS HERVADA SORIA

El absentismo del paciente va en aumento en Soria en lo que va de año, con 4.913 consultas externas programadas en el hospital suspendidas por incomparecencia. Representa un 6,41% del total de citas, lo que evidencia un alza de un 0,20% en la comparativa anual de ese mismo periodo –166 consultas más desaprovechadas–. En Atención Primaria han sido hasta 22.856 las consultas programadas que no se han materializado porque nadie ha acudido. Es un 4,53% con respecto al total de consultas programadas en primaria, tanto del médico de familia como de enfermería y también de pediatría. Además, entre enero y julio han sido 26 los procedimientos quirúrgicos programados que no se han llevado a efecto al no presentarse el paciente, un 0,71% del total de las intervenciones previstas. En todo 2025 fueron 30 las operaciones suspendidas por este motivo. Pág. 3

GRAVES DAÑOS MATERIALES EN UN INCENDIO EN ALCUBILLA

Varios vehículos agrícolas, entre ellos cuatro tractores y una cosechadora, además de otros materiales y herramientas, así como una cantidad importante de cereal que se encontraba almacenado se vieron ayer afectados en el incendio de una nave agrícola, igualmente devastada, en la localidad de Alcubilla del Marqués. El fuego producido a primera hora de ayer en la edificación motivó la intervención de varias dotaciones de bomberos de los parques de San Esteban de Gormaz y El Burgo de Osma, además de efectivos de la Guardia Civil y la Policía Local. El aviso se recibió en el centro de emergencias 112 alrededor de las 7.34 horas, lo que permitió activar rápidamente el operativo. Afortunadamente no hubo heridos, pero el humo del incendio, agrandado por la quema de algunas ruedas de los vehículos afectados, despertó la inquietud entre los vecinos de la comarca. Pág. 8



HDS

CASTILLA Y LEÓN

Martínez lanza a la candidata de Segovia al Senado y revienta la estrategia de Puente contra Carnero

El PSOE de Valladolid lleva más de tres años arremetiendo contra el regidor por compatibilizar la Alcaldía y el Senado

No da por finiquitado a Tudanca: «Tiempo habrá para entender que la configuración del equipo que estamos armando cuenta con él» Págs. 9 y 10

Asotrabus pide una parada en San Benito para grupos de viajeros

Pág. 4

El Palacio de Almazán será apuntalado para garantizar la seguridad

La carretera CL-116A seguirá cortada al tráfico hasta que se confirme que no hay riesgo

SORIA

El apuntalamiento de las estancias derrumbadas del Palacio de los Hurtado de Mendoza de Almazán va a ser la primera medida que se adopte para garantizar la seguridad de las personas y también del edificio. Ayer tuvo lugar una reunión técnica y comprobaron que ha habido algún desprendimiento más de la cubierta. La carretera CL-116A, Ronda del Duero en Almazán seguirá cerrada al tráfico hasta que se confirme que no hay riesgos. Pág. 7



FÚTBOL



El Numancia apostará por un 4-4-2 en su estreno en La Palma el domingo

Pág. 13

La cifra de pacientes que no acude a su cita hospitalaria va al alza con un 6,4%

● El absentismo ronda las 5.000 consultas en el hospital en lo que va de año y se eleva a cerca de 23.000 en el caso de la Atención Primaria ● En los procedimientos quirúrgicos también crece y ya es un 0,71% del total

MILAGROS HERVADA SORIA

Conseguir una cita médica en especializada arroja una demora media de 108 días en la provincia de Soria, según los datos del segundo semestre del año ofrecidos por la Junta de Castilla y León, con picos por ejemplo en neurología, donde hay que esperar, de media, 106 días, en oftalmología, que son 100, o traumatología, con 96. Más de tres meses tope en los que el paciente está pendiente, o no, de acudir a consulta. Y es que no todos aquellos que cuentan con una cita concertada se presentan ante el médico. Es lo que se denomina absentismo del paciente y en Soria va en aumento en el presente año.

Según la información de la que dispone la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, hasta el pasado mes de julio eran 4.913 consultas externas programadas en el hospital las que habían sido suspendidas por incomparecencia del paciente, eso representa un 6,41% del total de citas, lo que evidencia un alza de un 0,20% en la comparativa anual de ese mismo periodo –166 consultas más desaprovechadas–.

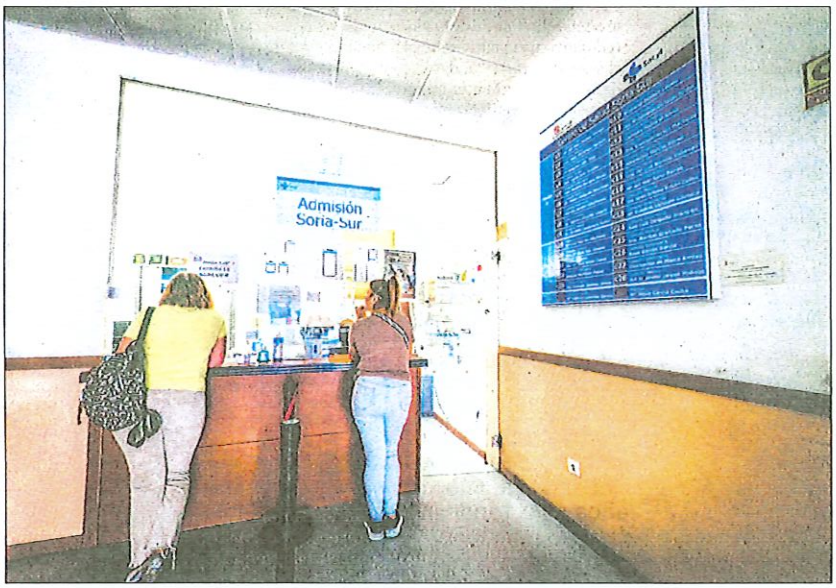
Es cierto que la situación se había corregido en cierta medida el año pasado a tenor de las cifras anteriores. Si entre enero y julio de 2023 se registraron hasta 6.385 consultas suspendidas por incomparecencia, el 7,94%, un año más tarde fueron 5.079, el 6,42%, y el pasado 2025 fueron 4.747, un 6,25%. Es decir, hay incremento pero no se llega a los número de hace tres años.

Es significativo que de las 4.913 consultas suspendidas por que el paciente no se presentó, 1.754 fueron primeras consultas y 3.154 consultas sucesivas.

Con respecto a los años completos, en 2025 el 6,33% de las consultas externas no se utilizaron (7.948), pero la situación había ido mejorando porque el ejercicio anterior habían sido 8.393 (el 6,45%) y el precedente 10.643 (7,81%).

Evidentemente el problema no es exclusivo de la Atención Hospitalaria, teniendo en cuenta que el volumen de citas es mucho mayor en Atención Primaria.

En este último caso, el absentismo del paciente es igualmente notable y también creciente. Hasta 22.856 consultas programadas no se han materializado en este año porque nadie ha acudido. Es un 4,53% con respecto al total de consultas programadas en primaria, tanto del médico de familia como de enfermería y también de pediatría.



La Atención Primaria es una de las afectadas por el absentismo del paciente. MARIO TEJEDOR

Y no va por buen camino con un previsible aumento cuando termine el año. Sólo hay que comparar con lo que ocurrió en 2023, cuando fueron 34.327 (3,91%) las citas suspendidas por incomparecencia; bajaron a 29.420 consultas en 2024 (3,34%) y repuntaron de nuevo en 2025 con 35.004 (3,99%).

Por otro lado, el tiempo medio de demora de los pacientes en espera estructural de una operación quirúrgica se va a los 75 días, y se alarga hasta los 236 en el caso de quienes rechazan operarse en un centro alternativo. Hay que recordar que la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria externaliza a centros privados intervenciones quirúrgicas, como las de cataratas en oftalmología e intervenciones de cadera y rodilla en el de traumatología, para agilizar la lista de espera, pero es el enfermo quien decide si acepta esa derivación a un hospital que no es el público.

Entre enero y julio han sido 26 los procedimientos quirúrgicos programados que no se han llevado a efecto por incomparecencia del paciente, un 0,71% del total de las intervenciones previstas. Se trata de una cifra muy alta teniendo en cuenta que en todo 2025 el absentismo del paciente afectó a 30 procedimientos quirúrgicos, un 0,49%.

El absentismo, que afecta a la eficiencia de los centros y desperdicia recursos sanitarios, puede deberse a múltiples causas, desde quien se olvida de que tenía programada una consulta por despiste, hasta quien lo acaba por eliminar de su memoria debido a las largas demoras de las listas de espera. Puede darse el caso de que se haya producido una mejoría y el paciente se recupera de su dolencia antes del día asignado. Algo más habitual en Atención Primaria, por la falta de inmediatez que se registra en ocasiones entre la necesidad del enfermo y la atención médica, que puede desviarse varios días.

Tampoco son desdeñables los problemas de agenda, conflictos con el horario laboral o duplicidad de citas, aunque eso se solventaría con un aviso por parte del paciente, como reclaman los responsables médicos. No obstante, desde el punto de vista del paciente, no siempre es fácil contactar con el centro para cancelar o cambiar la hora, lo que acaba provocando consultas sin utilizar y por lo tanto el mencionado desperdicio de la atención sanitaria.

Aparte de las pérdidas económicas, ya que el trabajo de los profesionales sanitarios que se quedan sin aprovechar, implica retrasos en el resto de las citas pues aumenta el tiempo de espera general para los demás pacientes que necesitan atención.

El hecho de que los datos vayan en aumento evidencia que la concienciación sobre este problema es inversamente proporcional y que requiere incentivarse.

El absentismo del paciente en Primaria alcanza el 4,53% de total

Son 20 las operaciones suspendidas por incomparecencia

Repunta en la farmacia la venta de test de antígenos ante la duda de los contagios de covid

M.H. SORIA

No es ni alarmante ni especialmente elevado, pero las farmacias han registrado un repunte de la venta de test de antígenos, para comprobar la afección de covid y de gripe. A pesar de que el virus del coronavirus se ha quedado en algo residual, gracias a las vacunas y a la propia evolución del propio agente infeccioso, la necesidad de conocer si se está afectado parece que sí se mantiene, sobre todo en épocas como la estival en la que se confluye con un mayor número de población alrededor.

Según explicó el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Soria, Javier Alonso, ha habido una venta de test de antígenos fuera de lo normal en los últimos días, así como de los tratamientos por síntomas respiratorios, pero lo atribuye más a las consecuencias en el cuerpo de los cambios de temperatura, también con oscilaciones notables entre mínimas y máximas. «Muchos de esos no tienen por qué ser covid», especificó, aunque sí se utilicen los test para comprobar al mismo tiempo si se trata de gripe, pues los que se venden actualmente ya son los combinados que detectan ambos virus. «A raíz del covid, prefieren comprar test combinados», detalló Alonso, que también ha visto un aumento de los medicamentos como mucolíticos y antibiótico para procesos respiratorios.

Por otro lado, Alonso también refirió que el verano, principalmente agosto, estuvo animado en las farmacias por la presencia de turismo, mayoritariamente extranjero, vinculado sobre todo al fenómeno del eclipse solar del pasado día 12. «El eclipse se ha notado, tanto por las gafas como por las cremas solares y productos para acudir al campo, contra las garrapatas y los mosquitos», explicó el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Soria.

Las farmacias rurales han vuelto a tener un verano animado por la afluencia de visitantes pero si apenas incidentes, más allá de algún problema puntual con la interoperabilidad de las tarjetas sanitarias, en concreto con la Comunidad de Madrid por la imposibilidad de obtener la información del paciente.

ESTE DOMINGO

'YO DONA' REGRESA AL QUIOSCO CON UN ESPECIAL MODA

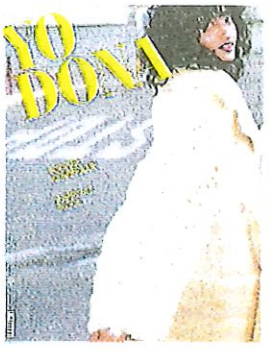
Por ***Yo Dona***

Cambio de armario? *Yo Dona* da las claves de la nueva temporada con su Especial Moda, que llega a los quioscos mañana domingo junto a EL MUNDO. En sus páginas dedicadas al universo *fashion,* la revista ofrece unas magníficas fotografías en las que se aprecia cómo materiales como el cachemir o el cuero se mezclan con otros más ligeros y con accesorios a todo color.

Una sección que se completa con la entrevista al creador David Koma, ahora al frente de Blumarine, además de su propia marca. El diseñador georgiano ha sabido captar la esencia de la firma italiana y hacerla suya.

No sólo es nueva temporada para la moda, porque septiembre es el mes de la vuelta la cole, a la oficina, a la rutina... Un reportaje de la experta en educación Olga R. Sanmartín investiga los códigos de vestimenta de los colegios de nuestro país. ¿Pueden ellas llevar minifalda o el pelo de colores? ¿Les está permitido a ellos asistir a clase con una camiseta de su equipo de fútbol o con mensaje político? ¿Es mejor o peor tener uniforme?

Con el regreso de las vacaciones también vuelven las preocupaciones, y una de las mayores para los jóvenes es su situación económica, profundamente marcada por la vivienda. *Yo Dona* compara a dos familias, una española y otra danesa: su casa, las ayudas que reciben, las perspectivas de futuro, los hijos... A simple vista, todo parece más fácil para una de ellas. Adivinen cuál será.



Portada del número de septiembre de Yo Dona, un Especial moda con todas las nuevas tendencias.



Varios hematólogos preparan la infusión de una terapia CAR-T, en Reino Unido en 2024. GETTY

THE WALL STREET JOURNAL.

SUSPENDEN LOS ENSAYOS DE TERAPIAS PARA ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Investigación. La discreta suspensión de los ensayos clínicos por parte de Novartis y Bristol Myers ha desencadenado una carrera por comprender por qué un prometedor tratamiento frente a trastornos autoinmunes se ha vuelto arriesgado

Por ***XAVIER MARTINEZ Y LIZZY LAWRENCE***
THE WALL STREET JOURNAL

A principios del pasado mes de junio, Bristol Myers Squibb comunicó a las autoridades reguladoras, a los investigadores y a las asociaciones de defensa de los pacientes que había suspendido una investigación farmacológica con gran seguimiento debido a efectos secundarios potencialmente mortales. La empresa ha tardado tres meses en dar a conocer esta información al público en general. El mes pasado, Novartis suspendió también la investigación sobre una terapia similar. No lo confirmó hasta que un analista de Wall Street se dio cuenta al revisar una base de datos. La empresa tardó una semana en revelar que tres pacientes del estudio habían fallecido.

Tanto Novartis como Bristol Myers están investigando sus propias formas innovadoras de terapia CAR-T, de producción más rápida, para el tratamiento de enfermedades autoinmunes, un nuevo y prometedor campo de la investigación farmacológica que consiste en modificar las propias células del paciente para que ataquen enfermedades incapacitantes como el lupus o la artritis reumatoide.

En el ensayo de Novartis, tres personas fallecieron a causa de una complicación poco frecuente en la que el sistema inmunitario reacciona de forma exagerada. La suspensión del ensayo de zola-cel de Bristol Myers, anunciada esta semana, se produjo a raíz de otra complicación denominada ICANS [siglas en inglés de síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras], una forma de inflamación cerebral. Ambas son complicaciones conocidas de la terapia CAR-T, que ya se comercializa para tratar algunos tipos de cáncer.

«Como parte de la vigilancia rutinaria de seguridad, hemos suspendido voluntariamente el reclutamiento y el tratamiento», ha declarado un portavoz de Bristol Myers en respuesta a una consulta.

Las empresas farmacéuticas no están obligadas a informar al público cuando un tratamiento experimental resulta peligroso. La normativa federal exige a las empresas que notifiquen casos como estos a las autoridades reguladoras en un plazo muy breve, pero no existe un requisito equivalente para alertar a terceros, como médicos, posibles pacientes o inversores, a menos que la empresa considere que la información es relevante para sus resultados económicos. Esto da a las empresas farmacéuticas libertad para decidir cuándo realizar una comunicación si detectan problemas, incluso cuando ya hay cientos de pacientes inscritos en un estudio o a punto de decidir si se inscriben.

«Sufrimos una falta de información», ha afirmado Sue Chrysogelos, que ha participado en un estudio sobre terapia CAR-T de otra empresa farmacéutica para tratar su esclerodermia. La información sobre los ensayos clínicos puede tener un gran valor comer-



cial, por lo que las empresas la protegen celosamente. Sin embargo, cuando los ensayos se suspenden sin que se haga pública esta información, los pacientes pueden verse obligados a esperar sin tener muy claro cuáles son los posibles riesgos de participar.

«Para los pacientes que están a la espera de este tratamiento, se trata de encontrar el equilibrio entre seguir esperando con la esperanza de poder participar aún en el ensayo y valorar si merece la pena correr el riesgo», ha señalado Chrysogelos.

Novartis está estudiando su tratamiento rapcel en ocho ensayos clínicos sobre enfermedades autoinmunes, entre ellas la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide, una apuesta de amplio alcance en la que participan más de 500 pacientes. La alerta de seguridad de Bristol Myers surgió en un ensayo con zola-cel en pacientes con un tipo de lupus, pero la empresa ha suspendido los estudios sobre otras enfermedades autoinmunes que provocan inflamación y debilidad muscular.

Fue necesario que un analista de Wall Street se diera cuenta de algo extraño en una base de datos para que saliera a la luz la investigación que se había suspendido.

Sami Corwin, analista especializada en biotecnología de la firma William Blair, estaba realizando un seguimiento rutinario de los ensayos clínicos la semana pasada cuando observó que una serie de

En el ensayo de Novartis, tres personas fallecieron a causa de una complicación poco frecuente del sistema inmunitario

"Estamos realmente expectantes por saber más porque hay mucho interés", dicen en un hospital de Nueva York

estudios que evaluaban terapias para enfermedades autoinmunes habían dejado de estar disponibles. Empezó a hacer algunas llamadas. Un compañero se dio cuenta de que los ensayos de Bristol Myers también se habían paralizado. A finales de la semana su equipo había confirmado la suspensión de los ensayos en ambas empresas.

Corwin publicó una nota de investigación que fue recogida por una publicación especializada y, poco después, Endpoints News informó de las muertes ocurridas en el ensayo clínico de Novartis.

Novartis no le había dicho a Corwin que los casos fueran mortales cuando ella preguntó por la suspensión del ensayo, ha señalado Corwin. «Fue una novedad para mí».

La empresa no ha respondido a las preguntas sobre si las muertes registradas en los estudios de Novartis se produjeron en un único ensayo clínico o en varios. No está claro si las personas fallecieron como consecuencia de la administración del medicamento o a causa de enfermedades subyacentes. «La difusión más amplia de la información sobre los incidentes relacionados con los ensayos clínicos se equilibra con la necesidad de preservar la integridad de los ensayos en curso», ha afirmado un portavoz de Novartis, quien añadió que la empresa estaba «analizando todos los datos para comprender los posibles factores que han contribuido a los incidentes recientes».

Un portavoz de Bristol Myers calificó estos casos de «transitorios y reversibles» y afirmó que ninguno había sido mortal.

Durante décadas, el tratamiento de enfermedades autoinmunes como el lupus y la artritis reumatoide ha supuesto una vida entera de medicamentos que inhiben el sistema inmunitario y desgastan el organismo. La terapia CAR-T ha abierto la posibilidad de un único tratamiento que restablece el sistema inmunitario de por vida.

En un estudio preliminar de Bristol Myers en el que participaron algo más de 100 pacientes, más del 90% de los pacientes con enfermedades autoinmunes resistentes al tratamiento entraron en remisión sin necesidad de tratamiento adicional, según informó la empresa el año pasado. Esos resultados respaldaron su decisión de pasar a los ensayos a mayor escala que se habían suspendido.

La Dra. Anca Askanase, que participa en el ensayo en el que Bristol Myers detectó los efectos adversos, afirmó que había recibido una carta de la empresa en la que se detallaban los motivos de la suspensión del ensayo. Se negó a facilitar más información, ya que había firmado un acuerdo de confidencialidad con la empresa farmacéutica con sede en Nueva Jersey.

«Estamos realmente expectantes por saber más, porque hay mucho interés», afirmó Askanase, jefe de reumatología del Hospital for Special Surgery de Nueva York. «Cada dato es fundamental».

La falta de detalles ha alarmado a los grupos de apoyo e investigación que suelen mantener un contacto habitual con ambas empresas.

Luke Evnin, presidente de la Fundación para la Investigación de la Esclerodermia, con sede en San Francisco, afirmó que entendía que los posibles riesgos legales y normativos pudieran hacer que las empresas se mostraran cautelosas a la hora de pronunciarse, pero que le «sorprendería que no tuvieran que dar una respuesta a todo el mundo».

Los médicos que dirigen los ensayos buscan sus propias respuestas, sobre todo en lo que respecta a qué diferencia a las terapias suspendidas de otras similares que ya se utilizan ampliamente en oncología. En la terapia CAR-T convencional, las células del paciente se cultivan en un laboratorio durante varias semanas y luego se le reinyectan, un proceso que permite que la mayor parte de su crecimiento tenga lugar fuera del cuerpo.

La plataforma de fabricación de Novartis reduce ese proceso de crecimiento a tan solo un día, según ha afirmado el analista de Oppenheimer Kostas Biliouris, mediante la selección de células inmunitarias modificadas genéticamente para multiplicarse de forma agresiva una vez dentro del organismo, lo que podría ser lo que desencadena una respuesta inmunitaria peligrosa.

Novartis no respondió a las preguntas de *The Wall Street Journal* sobre la plataforma de fabricación de la empresa.

Bristol Myers niega que su propia terapia presente los mismos problemas. La empresa ha afirmado que utiliza una plataforma diferente que tarda unos cinco días y está diseñada para permitir que las células se estabilicen antes de la infusión.

Contenido con licencia de The Wall Street Journal. Traducido del inglés por C. García.

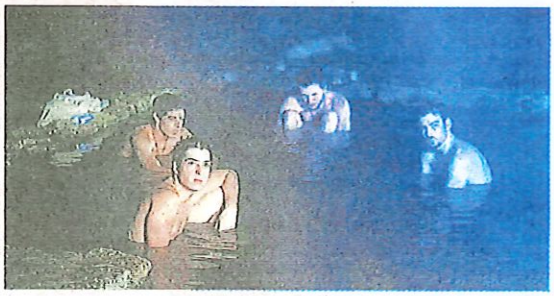


LA PENÚLTIMA

NACHO VIGALONDO

ANOCHE CONQUISTÉ TEBAS

Cuándo es una película grande y cuándo es pequeña? La respuesta más simple se da consultando el presupuesto, algo que el cine pone especialmente fácil. Pero no vamos a caer en esa bajeza, ¿no? Nadie se siente civilizado sugiriendo que las diez películas más grandes de todos los tiempos sean las diez más caras. Lo siguiente sería proponer que el tamaño de una película se calcule a partir de la cantidad y variedad de elementos que van circulando ante la cámara. Así, una película con tres personajes de entrada es más pequeña que una con cinco y una película con diez escenarios ya es diez veces más grande que una rodada contra el mismo horizonte. Pero el cinéfilo seguiría quedando en ridículo ante los amantes de las otras artes. Porque nadie cuenta el número de manzanas pintadas en un bodegón ni la cantidad de calles descritas en una novela. Todos intuimos que el plato de cocina que hay que pedir con un día de antelación es más grande que el que nos sirven en cinco minutos, aunque los dos pesen lo mismo, porque añadimos a la ecuación las horas de dedicación que requiere la obra. El fuego lento es garantía de calidad en muchas disciplinas, pero sus efectos en el cine pocas veces se distinguen y celebran. De hecho, el autor que se toma su tiempo puede acabar



Un momento de la película 'Anoche conquisté Tebas'.

despertanto sospechas y desprecio entre la prensa y la industria, que a veces comparten la misma prisa.

Anoche conquisté Tebas, de Gabriel Ortiz, una de las películas más grandes que se han estrenado en lo que vamos de década, es una película de romanos y viajes en el tiempo. También funciona como un concentrado de esa trilogía de Richard Linklater que transcurría antes del amanecer, del atardecer y la medianoche, con un añadido espectacular: la presencia en su totalidad y en estricto tiempo real, sin trucos de montaje, del mismísimo amanecer, el mismísimo atardecer y, por último, pero no menos importante, la mismísima medianoche. Los personajes también se abren en canal, pero como sucedía en *Mixtape* (2026), la obra más citada en esta columna por la razón que sea, los sentimientos que se ponen en bandeja trascienden los límites del amor o la amistad. Pertenecen a una categoría a la que no hemos querido poner nombre, las emociones más grandes que uno mismo, que irrumpen cuando llega el fin de curso o el comienzo de una guerra. Esos momentos en los que se puede escuchar el presente agotándose y la persona que nos acompaña hasta las tantas, quizás por última vez, es lo único que se distingue en la oscuridad. Gabriel Ortiz y los suyos han invertido cinco años y pico en una labor monumental: describir en detalle qué salió de nuestra boca durante aquella noche y bajo qué específico firmamento.