



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

ENERO - FEBRERO

2026

PRIMER PLANO

CERCO AUTONÓMICO AL CONSUMO

Autonomías como Galicia o Asturias lideran un nuevo cerco a los vaper y los refrescos de alto contenido en cafeína para atajar su consumo masivo entre adolescentes. Mientras los padres piden un marco restrictivo a nivel estatal, los súper denuncian que las disparidades entre regiones multiplican su carga y confunden a los consumidores

MULTAS DE 3.000 EUROS POR VAPEAR O TOMAR BEBIDAS ENERGÉTICAS

«Mi hijo de 17 años ha vapeado y tanto él como sus amigos consumen bebidas energéticas con frecuencia», confiesa Elena. En su casa, como en tantas otras, esos productos se han incorporado al día a día y ya no se ven como algo excepcional. Presidenta de una asociación de padres en La Coruña y miembro de varios órganos educativos, Elena ha visto en primera persona despegar el consumo de estos productos que, en los últimos años, «se han normalizado de manera alarmante» entre los más jóvenes.

Así lo respaldan los datos oficiales. La última encuesta del Ministerio de Sanidad revela que uno de cada dos adolescentes ha usado vaper alguna vez y que el 38% ha consumido bebidas energéticas en el último mes. Su uso, cada vez más extendido, ha avanzado durante años sin una respuesta clara desde las administraciones. Esa pasividad ha empezado a romperse en Galicia, que a partir del próximo 7 de marzo se convertirá en la primera autonomía en equiparar por ley esas sustancias al tabaco y al alcohol, prohibiendo su consumo a menores y fijando multas de hasta 3.000 euros a quienes incumplan.

En la comunidad médica y en asociaciones de padres como la que preside Elena la medida se ha recibido con alivio. «Son actuaciones muy necesarias. En casa insistimos, pero llega un punto en el que nuestro margen de maniobra es limitado», explica. A su juicio, el veto es un paso clave, pero insuficiente. «Si solo se prohíbe, muchos chavales lo seguirán haciendo a escondidas. Lo importante es que entiendan qué es-



JUAN B. CANELLAS
SANTIAGO

tán consumiendo y cuáles son los riesgos», sostiene. «Es como decirle a mi hijo que no haga algo. Si quiere hacerlo, lo hará cuando no lo vea. Pero si conoce las consecuencias, al menos dejará de hacerlo a ciegas».

Precisamente, la nueva norma permitirá sustituir multas por programas de concienciación, en aras de intervenir antes de que el consumo se convierta en hábito. Además, el nuevo marco incorpora medidas orientadas a cambiar la percepción social, por ejemplo, reubicar las bebidas energéticas en los supermercados: dejarlas de compartir estante con los refrescos y se situarán con el alcohol.

En la práctica, las sanciones se enfocarán en quienes faciliten el acceso de esos productos a los menores, a los establecimientos que incumplan la norma o a las marcas que los pro-

ma gallega fija en los 18 años la edad mínima para su consumo, Asturias quiere ser más restrictiva y fijarla en los 16. La divergencia, en dos territorios limítrofes, ha causado malestar en el frente empresarial.

Las grandes patronales del negocio de distribución, Asedas (Dia, Alimera, Aldi o Lidl) y Anged (El Corte Inglés, Broski o Alcampo), reivindican que la disparidad «fragmenta la unidad de mercado» y crea más cargas burocráticas que complicarán la gestión y sembrarán confusión, incluso, en los consumidores. En la práctica, un joven de 17 años podría adquirir una bebida energética en un municipio asturiano, pero no en otro gallego situado a pocos minutos.

«Asturias ha abierto un camino muy peligroso para los sectores afectados y los consumidores. Si el nivel de protección de los menores puede ser diferente en dos comunidades limítrofes, ¿cómo se puede justificar por razones de salud pública? Ni los menores ni los padres lo entenderán. Es necesario parar esa reforma y buscar un marco común basado en la mejor información científica disponible», critica Ignacio García Magarzo, director general de Asedas.

Los súper afean que la norma elevará la carga operativa, la exposición a sanciones y la necesidad de formar al personal de caja para aplicar criterios distintos en función del territorio. Consideran, además, que el peso del control recaerá sobre sus empresas.

La propuesta asturiana pretende incorporar una restricción adicional que ha irritado aún más al sector: un adulto no podrá comprarse un Monster o un Red Bull si va acompañado de un menor, algo que no sucede ni siquiera con el alcohol. «Es una nor-

ELENA

«Si sólo se prohíbe, seguirán haciéndolo a escondidas; tienen que saber qué consumen»

ROSAURA LEIS

«Muchos piensan que los vapers son inocuos. O que las bebidas energéticas son simples refrescos»

MARÍA SÁNCHEZ

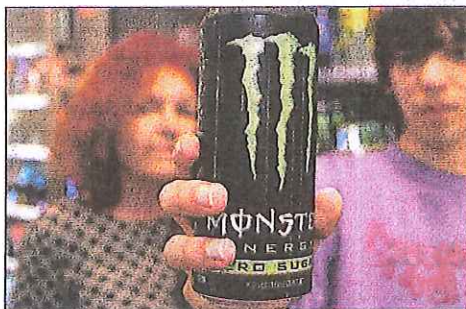
«Incluso la selección de fútbol está patrocinada por marcas de bebidas energéticas»

ASEDAS

«Ni los menores ni los padres entenderán que haya un nivel de protección distinto entre las CCAA»

PATRONAL VAPEO

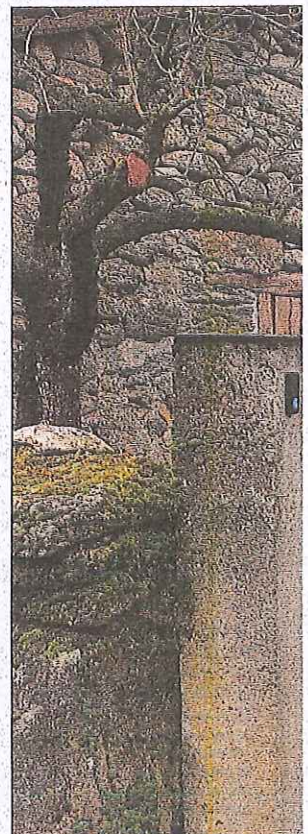
«El endurecimiento excesivo favorece el mercado ilícito y da entrada a productos sin controles»



Elena y su hijo en Santiago de Compostela. ROSA GONZÁLEZ

moción en espacios dirigidos al público infantil y adolescente.

La decisión gallega, aplaudida en los círculos sanitarios y educativos, también ha activado un frente empresarial que se ha intensificado después de que Asturias haya anunciado que también está ultimando su propia regulación. En principio, la propuesta del Principado introducirá diferencias relevantes: mientras la nor-



PRIMER PLANO

CERCO AUTONÓMICO AL CONSUMO



En la imagen superior, la pediatra Rosaura Leis. En la inferior, Hanan posa con su hijo en Cotarós. ROSA GONZÁLEZ

ma desproporcionada y sin precedentes en Europa», dice García Magarzo.

En su momento, la Unión de Empresarios del Vapeo (UPEV) ya cargó contra iniciativas regulatorias similares, como la última ley antitabaco impulsada por el ministerio que dirige Mónica García. Sostuvo que un endurecimiento excesivo sería contraproducente, pues favorecería el mercado ilícito y la entrada de productos sin control sanitario, con el riesgo de aumentar el consumo entre menores, en lugar de reducirlo.

LA PUBLICIDAD, EN EL FOCO

Detrás del consumo masivo de vaper y bebidas con alto contenido en azúcares y caféina, coinciden expertos y familias, hay un problema de base que va más allá de la edad: el aparato de marketing que ha rodeado a estos productos durante años. Es que hubo un tiempo en que marcas de tabaco y alcohol ocupaban estadios, marquesinas y hasta los chasis de los Fórmula 1. Cuando la evidencia científica empezó a incomodar, su presencia retrocedió. Desaparecieron eslóganes hoy impensables —«Los médicos fuman más Camel que ningún otro cigarrillo»—, pero el espacio que dejaron libre no tardó en llenarse. Además, surgieron otras vías, menos visibles y más difíciles de controlar, como las redes sociales y otros entornos digitales, que han servido de escaparate a productos que, por su novedad o su estética, se perciben como inofensivos o, incluso, positivos.

«Hay familias que siguen pensando que los vaper, por tener sabores dulces o no llevar nicotina, son inocuos. O que las bebidas energéticas son simples refrescos», advierte Rosaura Leis, catedrática de Pediatría en la Universidad de Santiago y presidenta de la Fundación Española de Nutrición. Indica que el error empieza ya en el lenguaje: ella prefiere hablar de bebidas estimulantes y de cigarrillos electrónicos. «Los nombres crean confusión. En los vapeadores no se inhala vapor de agua: se aspira un aerosol con sustancias que pueden tener efectos negativos». La percepción de que son alternativas más saludables al tabaco, subraya, es engañosa.

Y lo mismo con las bebidas energéticas. «Cuando uno lee 'energética' puede interpretarlo en positivo, como algo que aporta fuerza o rendimiento», analiza. Pero sus efectos están bien documentados: trastornos del sueño, irritabilidad, aumento de la tensión arterial y, a veces, arritmias. Y hay otro factor que inquieta a los expertos. «Por lo nuevas que son, aún no sabemos cuáles serán sus efectos en 20 o 30 años. Estamos ante la pri-

mera generación que permitirá medir ese impacto».

«Yo misma era una fiel consumidora de Red Bull. Como no bebía alcohol, cuando salía con amigos las tomaba pensando que al menos me darían un chute de energía», recuerda Hanan, madre soltera y experta en inteligencia emocional para niños y adolescentes. Una noche bebió más de lo habitual. «Tomé cuatro seguidos y, al volver a casa, noté taquicardias, como si el corazón me diera un vuelco. Me asusté tanto que no he vuelto a tomarlas».

Han pasado casi 20 años y ahora es su hijo, Nizar, de 14 años, quien en ocasiones ha mostrado curiosidad por las bebidas estimulantes. En su caso, la experiencia no fue más allá. Las probó y rechazó porque las sintió «pura química». Pese a ello, Hanan no minimiza un fenómeno que, como ha visto en su trabajo, había alcanzado una escala difícil de atajar sin medidas drásticas: «Lo prueban por curiosidad, por moda, por no quedarse fuera del grupo y eso, en un cerebro que todavía se está desarrollando, supone un bloqueo importante cognitivo y neuronal. Está bien que la ley actúe antes de que el consumo se convierta en hábito. Así, cuando lleguen a los 18 podrán decidir con más criterio y

LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS DEBERÁN SITUARSE JUNTO A LAS ALCOHÓLICAS EN LOS SUPERMERCADOS

PUEDEN CAUSAR TRASTORNOS DEL SUEÑO, IRRITABILIDAD, AUMENTO DE LA TENSIÓN Y ARRITMIAS

sin esa presión del grupo», defiende. El movimiento iniciado por Galicia empieza a encontrar eco en otras autonomías. Andalucía, Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Baleares, Murcia, País Vasco y Navarra han manifestado en los últimos meses su intención de estudiar fórmulas para restringir el acceso de menores a estos productos. En el lado opuesto, Madrid, Extremadura y Canarias que, por ahora, se mantienen al margen.

La Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnado (CEAPA) lleva tiempo reclamando una norma estatal. «La selección de fútbol está patrocinada por bebidas energéticas, se lo hemos trasladado al Ministerio de Consumo. Es contradictorio restringir el alcohol o el tabaco, y normalizar la promoción de productos que también son perjudiciales para los jóvenes», señala su presidenta, María Sánchez.



ACTUALIDAD ECONÓMICA

Pastillas antiobesidad 'made in Spain'

El gigante Lilly apuesta por España para la fase final de la producción de orforglipron

CRISTINA G. REAL MADRID
En junio, la multinacional estadounidense Lilly anunció una inversión de 153 millones de euros —a ejecutar entre 2026 y 2030— en su planta de producción de Alcobendas (Madrid). Esta inversión se calificó como extraordinaria porque se sumaba a otra previa, anunciada en 2023 (y hasta 2029), de 167 millones de euros.

Entonces no se detalló cuál era el destino de esas cantidades, ahora Julio Gay-Ger, presidente y director ge-

Será en Alcobendas tras la inversión de 300 millones que arrancó en 2023

Lilly negocia la financiación con Sanidad de su fármaco Mounjaro

neral del Hub de Iberia de Lilly (España, Portugal y Grecia) desvela a las cabezas de Unidad Editorial su finalidad: cuadruplicar la capacidad actual de la planta de Alcobendas para ampliar e incorporar nuevas líneas de producción, entre ellas orforglipron, la versión oral (en pastilla) y me-

orada del fármaco inyectable antiobesidad Mounjaro.

La compañía está pendiente de recibir la luz verde de las agencias reguladoras: en EEUU, a mediados de año, y en Europa, a finales. Esto supondrá una revolución en el segmento de la diabetes y la obesidad. Y seguir compitiendo con Novo Nordisk.

«La inversión anunciada el año pasado se va a realizar fundamentalmente entre 2026 y 2028. Si cumplimos con los objetivos, en tres años vamos a tener una nueva planta en Alcobendas que nos permitirá, como mínimo, cuadruplicar la cantidad producida aquí», afirma Gay-Ger aunque la operatividad completa a la que aspira Lilly se logrará para 2030.

Mantener la exportación actual de la planta a 120 países «es nuestro gran objetivo, y es de una complejidad muy significativa, casi como si tuviéramos que construir una planta totalmente nueva desde cero, porque vamos a hacerlo al mismo tiempo que seguimos produciendo», afirma.

Gay-Ger ilustra la importancia de que parte de la producción de orforglipron se haga en España por el potencial de un compuesto con importantes ventajas, tanto en diabetes tipo 2 como en obesidad. Al tratarse de una molécula pequeña de administración oral, «la capacidad de producción y respuesta a la demanda es mucho mayor que en los inyectables».



Julio Gay-Ger, presidente del Hub de Iberia de Lilly. JM CADENAS

Además, señala que «el hecho de que sea una molécula no peptídica también constituye una ventaja importante, porque contribuye a que su biodisponibilidad sea superior al 70%. Orforglipron va a ofrecer la eficacia de un producto inyectable de GLP-1 sin sus limitaciones: se puede suministrar y escalar mucho más rápido y de forma simple».

El papel de España en su proceso de producción se centrará en la fase final, «que es probablemente la más complicada», y todas las inversiones anunciadas en Alcobendas «tienen el objetivo final de que la planta se pueda convertir en uno de los centros mundiales de Lilly para esa fase final y empaquetado de orforglipron, para lo cual ya estamos testando líneas de producción en la planta».

Mounjaro es el fármaco estrella de la compañía —representa cerca del 50% de su facturación actual— y Lilly está trabajando con el Ministerio de Sanidad para su financiación en el mercado español, primero en su indicación en diabetes tipo 2. «Desafortunadamente, ya lo hemos intentado dos veces con distintos enfoques y no nos ha ido bien, porque hay una comisión de precios con múltiples jugadores, cada uno con perspectivas diferentes», lamenta.

Al mismo tiempo, reconoce que también buscan la financiación de Mounjaro para obesidad. «Hay países que lo están estudiando». «En diabetes tipo 2 está súper probado; sin embargo, todavía hay pacientes que no alcanzan el objetivo de control de la glucemia que este producto ofrece porque no pueden acceder a él», explica.

40 **Expansión**

acciona

DE VUELTA A LOS OFICIOS

OPORTUNIDAD LABORAL Y NECESIDAD SOCIAL

Espacio Zenit The Garage
Calle Aranjuez, 7. Madrid

#OFICIOSEXP

**24 FEB
9:30H**

[WWW.EVENTOSUE.COM/
ENCUENTROOFICIOSEXPANSION](http://WWW.EVENTOSUE.COM/ENCUENTROOFICIOSEXPANSION)

INFORMACIÓN

PAPEL | SALUD

BELÉN GONZÁLEZ "FACILITAREMOS ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN EN CRISIS SUICIDAS"

Plan de Acción. La comisionada de Salud Mental explica cómo se desarrolla el trabajo de coordinación con las CCAA para la implantación de la primera estrategia nacional para la prevención del suicidio en España

Por Yaiza Perera (Madrid)

Tras la idea del suicidio latente el sufrimiento y la desesperanza más extremos. También una profunda incomprensión. Hace un año, el 14 de febrero de 2025, se aprobó el primer Plan de Acción para la Prevención del Suicidio, una estrategia que amplía la mirada más allá del ámbito sanitario para concienciar, escuchar y atender ese dolor desde los distintos ámbitos de la sociedad y bajo la responsabilidad de todas las administraciones. Belén González, comisionada de Salud Mental, explica cómo avanza la implantación de un plan que persigue reforzar la labor que desarrollan desde hace años las CCAA, aunque de forma dispar. En los «próximos meses» estará operativo el Observatorio para la Prevención del Suicidio en el que participarán todos los ministerios para que las políticas preventivas «partan de todos los lugares, no solo de Sanidad».

P. El plan está dotado con 18 millones y se han presentado desde las CCAA más de 100 proyectos. ¿Cuáles se han priorizado para la financiación?

R. Priorizamos proyectos que necesitan financiación como infraestructuras o cambios en ellas, pero hay acciones de coordinación que no cuestan dinero y son igual de prioritarias. Entre los financiados destacan la adaptación de servicios de urgencias para que sean más acogedores. Trabajamos para que pueda haber una entrada específica a salud mental. No tener espacios donde escuchar con calma a quien sufre también determina que pueda haber una mala resolución o tema volver a Urgencias. Es un lugar donde recibir ayuda, escucha y acompañamiento y se ha de salir de forma distinta y con suficientes recursos de seguimiento. También

facilitaremos alternativas a una hospitalización. Estamos fomentando equipos ambulatorios, hospitalización domiciliaria o casas de crisis. A veces recuperarse de una crisis que tiene que ver con lo emocional es más difícil en una planta hospitalaria.

P. ¿Cómo se está trabajando para reforzar la cohesión y equidad en la atención en las diferentes CCAA?

R. Nuestra forma de trabajar está teniendo mucho éxito: la coformación de las CCAA con proyectos de buenas prácticas. Van a diferentes ritmos, pero todas están haciendo mucho esfuerzo. Desde aquí facilitamos la transmisión de toda la información posible. Estamos haciendo seminarios técnicos mensuales, además de jornadas anuales. Exponen qué está funcionando mejor en cada lugar, las dificultades y cómo evitarlas. Cada comunidad tiene sus particularidades y necesidades.

Durante la conversación surge como ejemplo de «buenas prácticas» el proyecto ConectaSuicid de La Rioja, que ofrecerá atención integral, desde intervención en crisis hasta apoyo comunitario. Otras CCAA desarrollarán líneas telefónicas que colaboren con el 024 para que la ayuda en caso de alto riesgo sea más adecuada y suponga una entrada directa al sistema sanitario. Casi todas ofrecerán formación como *gatekeepers* en ámbitos como emergencias, educación o protección de menores.

P. ¿Cómo se mejorará la vigilancia epidemiológica?

R. Tenemos datos de mucha calidad, pero nos faltan otros que hay que centralizar porque tienen entrada por Sanidad, Justicia y los institutos de medicina legal y forense. El Observatorio nos dará una imagen más ajustada. Estamos trabajando con el Centro

de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias para obtener datos de forma más inmediata.

También nos ofrece información valiosa el 024.

P. ¿Se extenderá el uso de la autopsia psicológica?

R. Trabajamos con los institutos de medicina legal y forense y con Justicia para avanzar en esa posibilidad, centrándonos en poblaciones especialmente vulnerables, como son menores o población penitenciaria. Es esencial que sirva para prevenir. En numerosas ocasiones, eso tiene que ver con entender qué ha ocurrido en el entorno de esa persona, con las opciones que ha tenido o no ha tenido disponibles.

P. ¿Prevén las CCAA limitar el acceso a zonas de riesgo?

R. Tienen bastante compromiso. Estamos en vías de elaborar un manual de intervención en espacios públicos. La mayoría de CCAA trabajan para identificar puntos negros e implementar medidas. Y trabajamos con vigilancia epidemiológica y salud pública para geolocalizar lugares con concentración de casos y trasladarlos a las instituciones.

Desde el puesto que ahora ocupa Belén González, psiquiatra de profesión, incide en la necesidad de abordar los determinantes sociales que suman sufrimiento y crear espacios comunitarios más protectores. «En el suicidio se mezcla la incomprensión con el dolor», lamenta. Este año se lanzará una campaña «generalista» para sensibilizar a la población ante «el sufrimiento psíquico muy grave»: «Tenemos que ser capaces de escuchar qué es lo que motiva esa decisión y cómo uno ha llegado hasta ahí para poder actuar y acompañar».



La comisionada de Salud Mental, Belén González, en el Ministerio de Sanidad. JAVIER BARBANCHO

El Comisionado apuesta por la formación e implicación de los medios de comunicación a través de una información «responsable» y advierte de que no cumplir ciertas pautas genera «daño» y «tiene consecuencias reales». Se detectó a raíz de la cobertura inadecuada de los últimos casos de suicidio un aumento «significativo» de las llamadas y chats al 024 por parte de un colectivo que se identificaba con las personas fallecidas y con «ideación autolítica vinculada al método suicida» difundido en los medios.

P. El Plan ha generado esperanza pero también incertidumbre sobre su continuidad a partir de 2027.

R. Nosotros nos planteamos hacer transformaciones que queden. Que sea un cambio de mentalidad y de modelo. El plan de acción es una herramienta y ojalá en 2027 tengamos muchas otras herramientas para poder avanzar en prevención del suicidio. Yo no tengo duda de que va a ser así.

SOBERBIA

ES IR POR AHÍ DICRIENDO QUE YA LO HAS VISTO TODO

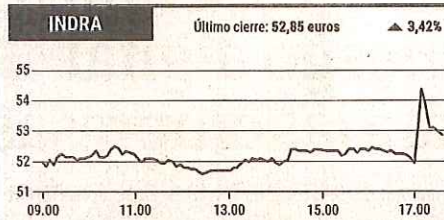
PERDERTE ESTA SERIE SERÍA EL MAYOR PECADO
EL LUNES 2 DE MARZO A LAS 22:00 ESTRENO EN

DISPONIBLE EN TDT EN ABIERTO Y PRINCIPALES PLATAFORMAS

DESCUBRELO YA
WWW.VEO7.COM

ACTUALIDAD ECONÓMICA

BOLSA



| MAYORES SUBIDAS DEL IBEX % | MAYORES BAJADAS DEL IBEX % | TIPOS OFICIALES | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------|------|
| ACS +4,68 | Amadeus -4,20 | España | 2,00 |
| Indra +3,42 | Puig Branda B -1,20 | Alemania | 2,00 |
| Aena +2,56 | Fluidra -0,79 | Zona euro | 2,00 |
| B. Santander +2,53 | Logista -0,72 | Reino Unido | 3,75 |
| ArceMittal +2,23 | Inditex -0,46 | EE.UU. | 3,75 |
| Acciona +2,16 | Cellex Telecom -0,43 | Japón | 0,75 |
| Acerinox +2,13 | Naturgy -0,23 | Suiza | 0,00 |
| BBVA +2,07 | Ferrovial Se -0,23 | Canadá | 2,25 |

IBEX 35

| TÍTULO | ÚLTIMA COTIZACIÓN | VARIACIÓN DÍASIA % | AVER | VARIACIÓN AÑO % | TÍTULO | ÚLTIMA COTIZACIÓN | VARIACIÓN DÍASIA % | AVER | VARIACIÓN AÑO % | | | | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|-------|-----------------|---------|-------------------|--------------------|-------------------|-----------------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|
| | EUROS | % | MIN. | MAX. | | EUROS | % | MIN. | MAX. | | | | | | |
| Acciona | 193,800 | 4,100 | 2,16 | 189,600 | 194,900 | 76,80 | 4,25 | Grifols | 11,040 | 0,090 | 0,82 | 10,930 | 11,040 | 18,34 | 3,18 |
| Acciona Energía | 21,460 | -0,040 | -0,19 | 21,320 | 21,760 | 28,73 | -4,20 | IAG | 5,036 | 0,056 | 1,12 | 5,016 | 5,066 | 34,33 | 6,04 |
| Acerinox | 13,400 | 0,280 | 2,13 | 13,020 | 13,440 | 45,73 | 5,85 | Iberdrola | 20,070 | 0,010 | 0,05 | 19,840 | 20,150 | 46,77 | 8,69 |
| ACS | 102,900 | 4,600 | 4,68 | 99,650 | 102,900 | 82,64 | 21,27 | Inditex | 56,800 | -0,260 | -0,46 | 56,420 | 57,220 | 17,50 | 0,82 |
| Aena | 28,400 | 0,710 | 2,56 | 27,810 | 28,490 | 26,23 | 19,23 | Indra | 52,850 | 1,750 | 3,42 | 51,600 | 54,450 | 186,05 | 8,88 |
| Amadeus | 46,790 | -2,050 | -4,20 | 46,790 | 49,210 | -6,40 | -25,54 | Logista | 33,100 | -0,240 | -0,72 | 33,100 | 33,440 | 10,89 | 9,89 |
| ArceMittal | 53,260 | 1,160 | 2,23 | 51,100 | 53,320 | 77,26 | 36,32 | Mapfre | 3,860 | 0,036 | 0,94 | 3,838 | 3,890 | 83,09 | -9,86 |
| B. Sabadell | 3,176 | 0,051 | 1,63 | 3,158 | 3,192 | 95,56 | -5,62 | Merlin Properties | 13,430 | 0,090 | 0,67 | 13,260 | 13,460 | 27,04 | 8,05 |
| B. Santander | 10,288 | 0,254 | 2,53 | 10,174 | 10,390 | 132,40 | 2,16 | Naturgy | 26,060 | -0,060 | -0,23 | 25,860 | 26,140 | 18,81 | 0,54 |
| Bankinter | 13,565 | 0,150 | 1,12 | 13,530 | 13,695 | 94,25 | -4,17 | Puig Branda B | 16,420 | -0,200 | -1,20 | 16,420 | 16,590 | -14,79 | 10,42 |
| BBVA | 19,510 | -0,395 | -2,07 | 19,280 | 19,545 | 124,59 | -2,69 | Redela | 16,000 | 0,020 | 0,13 | 15,820 | 16,040 | -3,78 | 6,87 |
| CaixaBank | 10,110 | 0,095 | 0,95 | 10,100 | 10,255 | 112,19 | -3,21 | Repsol | 17,115 | 0,125 | 0,74 | 16,930 | 17,235 | 52,17 | 7,47 |
| Cellex Telecom | 29,800 | -0,130 | -0,43 | 29,550 | 30,120 | -8,83 | 8,64 | Rovi | 77,300 | 0,300 | 0,39 | 76,250 | 77,500 | 2,53 | 21,73 |
| Colonial SFL | 5,210 | -0,005 | -0,10 | 5,200 | 5,265 | 10,99 | -4,67 | Sacyr | 4,450 | 0,050 | 1,14 | 4,396 | 4,450 | 27,76 | 15,11 |
| Enagás | 15,070 | 0,050 | 0,33 | 14,810 | 15,100 | 20,08 | 14,60 | Solaria | 18,590 | 0,260 | 1,42 | 18,235 | 18,640 | 132,25 | 2,42 |
| Endesa | 31,640 | 0,020 | 0,06 | 31,130 | 31,640 | 58,18 | 3,30 | Telefónica | 3,690 | 0,019 | 0,52 | 3,644 | 3,693 | -4,43 | 5,64 |
| Ferrovial Se | 61,140 | -0,140 | -0,23 | 61,120 | 61,760 | 38,26 | 10,48 | Unicaja Banco | 2,618 | 0,010 | 0,38 | 2,610 | 2,650 | 134,87 | -5,76 |
| Fluidra | 25,180 | -0,200 | -0,79 | 25,080 | 25,380 | 1,13 | 8,72 | | | | | | | | |

Salud, moda y hostelería impulsan la franquicia española en el mundo

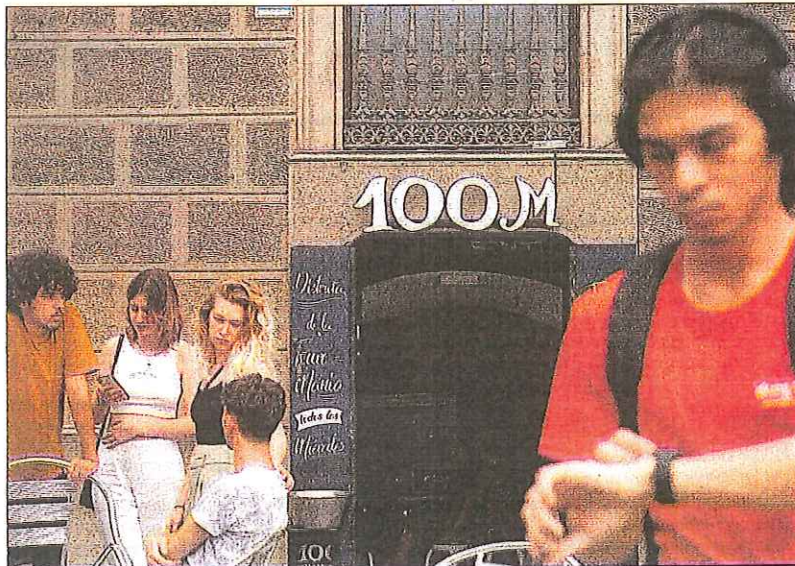
El 27% opera en el extranjero, con un fuerte crecimiento en México, Italia y Portugal

GABRIELA GALARZA MADRID

España cuenta con 314 franquicias operando en 18.929 establecimientos repartidos en 139 países de los cinco continentes, consolidando una presencia internacional que no ha dejado de crecer en los últimos 15 años. Desde 2008, las marcas españolas han pasado de 210 a 314 redes y de 8.101 a casi 19.000 locales, según el informe La franquicia española en el mundo 2025, elaborado por la Asociación Española de la Franquicia (AEF) en colaboración con ICEX y Grupo Cajamar.

«La marca España sigue ganando fuerza en mercados exteriores, gracias a las franquicias que han traspasado nuestras fronteras», subraya Eduardo Abadía, director ejecutivo de la AEF. Hoy, casi tres de cada diez franquicias españolas operan fuera del país, consolidando un modelo de expansión sólido, competitivo y resiliente, capaz de adaptarse incluso a contextos internacionales complejos, como destaca Sigrid Ogalla, gerente de Dinamización de Empresas y Análisis de Datos de BCC-Grupo Cajamar.

Portugal lidera el mapa de la internacionalización española, concentrando el 56% de las enseñas, con 176 redes en 19 sectores. Su liderazgo se explica por la proximidad geográfica, la afinidad cultural y la facilidad logística, factores que facilitan la consolidación de las franquicias españolas. Detrás de Portugal, los mercados que destacan por presencia son México, Andorra, Francia e Italia, aunque el mayor dinamismo en el último año se ha registrado en México, con 291 locales nuevos, consolidándolo como el país donde las franquicias españolas crecen más rápido. Ita-



Un establecimiento de la cadena de comidas 100 montaditos en Barcelona. DAVID ZORRAKINO / EUROPA PRESS

314

Comidas. España cuenta con 314 franquicias que operan en 18.929 locales en 139 países de todo el mundo.

lia ocupa la segunda posición en expansión, con 247 locales nuevos, impulsando sectores estratégicos como moda, hostelería y salud, combinando la apertura de nuevas marcas con la consolidación de redes ya existen-

tes. Portugal, aunque crece de manera más moderada (+67 locales), sigue siendo el país con más franquicias españolas, manteniéndose como destino estratégico por excelencia.

A nivel continental, Europa concentra el 56% de los locales españoles, seguida de América (27%) y Asia (13,9%), lo que refleja la estrategia global y sostenida de las franquicias españolas, que combina la expansión en mercados emergentes con la consolidación en destinos tradicionales. Entre los sectores, la moda sigue liderando la internacionalización, con 72 redes presentes en 116

países y 8.886 locales, seguida de hostelería y restauración, con 62 enseñas en 70 mercados y 1.463 establecimientos.

El sector de salud y bienestar destaca por su crecimiento, con 11 redes en 29 países y 1.257 locales, convirtiéndose en un motor emergente de expansión y reflejando la capacidad de las marcas españolas para adaptarse a los hábitos de consumo internacionales. Otros sectores relevantes son alimentación, con 21 redes en 21 países y 1.202 locales, y belleza y estética, con 35 redes en 43 países y 1.120 locales.

Third Point aterriza en el capital de Indra y apoya comprar EM&E

EL MUNDO MADRID

El fondo activista Third Point ha afluado una participación en el capital social de Indra, de la que no se ha revelado el porcentaje exacto, y ha mostrado su apoyo a la adquisición de Escribano Mechanical & Engineering (EM&E), según informa Europa Press.

En concreto, la entidad ha remitido este lunes una carta al consejo de administración de la compañía española en la que expresa su apoyo al presidente de Indra, Ángel Escribano.

En la misiva, adelantada por Bloomberg, el director ejecutivo de Third Point, Dan Loeb, deja claro que su empresa apoya la adquisición por parte de Indra de Escribano Mechanical & Engineering (EM&E) «para crear un campeón de Defensa español».

«Creemos que una combinación de Indra Sistemas y EM&E claramente genera valor y está alineada con los intereses de todas las partes interesadas, incluidos los accionistas, los empleados, los clientes y el Estado español», ha destacado Loeb.

En la carta, remitida también a la Sociedad Estatal de Participaciones Industriales (Sepi) —principal accionista de Indra con un 28% del capital— Loeb considera que retrasar un acuerdo con EM&E «correría el riesgo de una erosión del valor, una distracción operativa y la posible pérdida de una oportunidad única en una generación de construir un líder de defensa español globalmente relevante en un momento en el que la demanda, la financiación y el apoyo político están alineados de manera única».

ESPAÑA | LOS DEBATES CLAVE | LA SANIDAD



Concentración convocada por Amyts contra el Estatuto Marco, en la primera jornada de huelga ayer lunes en el Hospital Gregorio Marañón en Madrid. JAVIER LIZÓN / EFE

La mayor huelga de médicos en 30 años acorrala a la ministra García

La titular de Sanidad se escuda en que las reclamaciones «invaden competencias»

ROCÍO R. GARCÍA-ABADILLO

PILAR PÉREZ MADRID

Mónica García encaró ayer la primera jornada de uno de los envites más fuertes que le han planteado los médicos (sus compañeros de profesión) a un Ministerio de Sanidad desde las protestas de 1995 al Gobierno socialista de Felipe González con Ángeles Amador en la cartera sanitaria. La huelga general que se inició ayer y durará hasta el viernes se repetirá durante los meses de marzo a junio, en semanas seleccionadas.

Las reivindicaciones son todos aquellos flecos que no se cerraron en la elaboración del Estatuto Marco de 2003, con Ana Pastor en el Ministerio y José María Aznar al frente del Ejecutivo. El anteproyecto del Estatuto Marco, tras más de 20 años sin modificaciones, deja fuera las reivindicaciones de la profesión médica: jornadas laborales de 35 horas, guardias de 17 horas, reconocimiento de los años de formación y del gra-

do de responsabilidad, jubilación anticipada... En resumen, un texto propio que «recoja todas nuestras singularidades», exigían los médicos en la manifestación del sábado.

Esta semana la huelga es contra la decisión de Sanidad de pactar con los sindicatos de clase un texto que los dejaba fuera, pero los afectados serán los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Eva Milar, jefa de Servicio de Radio diagnóstico en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, sostiene que están «con los pacientes» y que «las mejoras» que consigán «ahora les van a repercutir». «La responsabilidad de que las cosas vayan mal no es de los médicos, sino de la empresa que los gestiona, en última instancia, el Ministerio de Sanidad», añade.

En este asunto, García, en diferentes intervenciones que realizó en medios a lo largo del día, se defendió argumentando que «las reivindicaciones materiales dependen de un mar-

co global» y que no puede añadir aquellas que «invaden competencias» u otras leyes. Esto los médicos lo saben, por eso desde Amyts (el sindicato mayoritario de Madrid) han solicitado que otros ministerios, como Hacienda, Función Pública y Seguridad Social se impliquen.

Mientras se dirimen los detalles, la primera jornada de la huelga tuvo un seguimiento dispar. Las CCAA apuntaban a una media de seguimiento del 10-20%, pero los sindicatos elevaban la cifra al 80%. De hecho, la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), convocante de la huelga nacional, se mostró satisfecha «por el elevado seguimiento» de esta primera jornada de huelga: en torno al 90% de seguimiento estimado en atención hospitalaria y al 85% en atención primaria como media entre todas las CCAA. «Un importante éxito de seguimiento, teniendo en cuenta que se han establecido unos servicios mínimos abusivos que exigen aproximadamente un 75% de efectivos en servicios no esenciales y un 100% en los esenciales, cuando en otros momentos como puede ser el periodo de vacaciones las plantillas funcionan al 40% en servicios no esenciales», apuntaron desde CESM.

Según esta organización, en algunas CCAA (como Murcia, Aragón, La Rioja y Comunidad Valenciana) se ha recurrido precisamente a la vía judicial para denunciar esa imposición

de servicios mínimos abusivos, superiores incluso a los fijados para la huelga que se convocó el pasado mes de diciembre. Inma Ari, médica en el Centro de Salud Álvarez de la Riva de Orihuela (Alicante), denuncia: «En verano hay más facultativos en el centro que los que vamos a tener estos días de huelga. No es justo».

Mientras en Madrid también hubo esa disparidad, en Cataluña la horquilla fue más pequeña. En la primera, la Consejería de Sanidad apuntó a una cifra en torno al 10% (con datos de la mañana) y el sindicato mayoritario en la región, Asociación

se puede hacer al ser personal en formación): en hospitalaria, en jornada ordinaria de trabajo el 35% que de acuerdo a la planificación establecida tenga la obligación de prestar servicios en los días de huelga y en jornada complementaria el 100% de residentes que tengan programa de guardia estos días. El sindicato firmó en desacuerdo.

Desde la Plataforma de la Organización de Pacientes (POP) siguen de cerca la evolución de la huelga, ya que aún quedan por delante cuatro jornadas (hasta el viernes). A partir de los balances de actividad

comunicados por distintos servicios de salud autonómicos tras los paros de diciembre, se estima que el seguimiento de esas huelgas pasadas impactó a nivel nacional en más de 450.000 consultas externas canceladas y entre 10.000 y 12.000 intervenciones quirúrgicas pospuestas. A esto se suma el retraso de unas 50.000 pruebas diagnósticas, fundamentales para la

detección temprana y el seguimiento de patologías graves.

Estas cifras aún quedarían pendientes de revisión, ya que los sindicatos subrayan que los servicios mínimos actuales son mayores que los de diciembre. En este sentido, desde Baleares si se dieron datos: se suspendieron un total de 2.162 consultas de atención primaria y 77 intervenciones quirúrgicas, según los datos provisionales remitidos por el Ibsalut.



Sala de espera de la Fundación Jiménez Díaz. J. BARBANCHO

La Organización de Pacientes calcula que se cancelarán unas 450.000 citas

de Médicos y Titulados Superiores de Madrid, (Amyts), señaló entre el 65% y el 75%. En este sentido, en esta comunidad también los MIR entran dentro de los servicios mínimos (algo que supuestamente no

> SALAMANCA

Anticiparse al deterioro cognitivo

El IBSAL lidera un proyecto que estudia las alteraciones que aparecen en los pacientes antes de que se produzcan daños en las neuronas para poder frenar el avance de enfermedades, como el Alzheimer. Por **María Bausela**

Cuando un paciente presenta deterioro cognitivo, como sucede en el caso de la enfermedad de Alzheimer, no hay tratamientos efectivos para frenar este avance, puesto que, aunque sí se han desarrollado, no han tenido el mismo impacto que los estudios que se hacen en animales debido a que el cerebro está muy dañado. De forma general, el cerebro empieza a dañarse y acumular proteínas 15 o 20 años antes de que aparezcan síntomas de este deterioro y se pueda detectar. Por ello, una nueva investigación liderada desde el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) busca conseguir la detección precoz de este daño antes de que aparezcan los primeros síntomas, funcionando de una manera similar al cribado que ya se utiliza para la prevención de patologías como el cáncer de colon o mama.

Coordinada por Ángeles Almeida, profesora de investigación del CSIC, profesora asociada de la Universidad de Salamanca y subdirectora científica del IBSAL, donde dirige un grupo de neurobiología molecular, esta iniciativa plantea el desarrollo y validación de un modelo predictivo de riesgo de deterioro cognitivo preclínico, el cual ayude a prevenir o retrasar la enfermedad y pueda ser aplicado en un futuro al Sistema Nacional de Salud.

Con la nueva investigación buscan intentar establecer un diagnóstico preclínico en la población entre 55 y 70 años que no tiene síntomas clínicos, pero pueden desarrollar deterioro cognitivo. «Si nosotros detectamos en ese momento previo a la aparición de síntomas, en el cual el cerebro no está muy dañado, creemos que los tratamientos que existen podrían ser mucho más eficaces», apunta Almeida.

Así, a través de una serie de datos tanto clínicos como moleculares, lo que intentan es hacer, mediante inteligencia artificial, un modelo que permita un diagnóstico con el cual poder anticiparse al deterioro cognitivo.

En primer lugar, comenzaron por el reclutamiento de la cohorte de pacientes, a la cual le tomaron una serie de datos a tiempo cero, es decir, desde que se inicia el proyecto. Estos datos son de carácter clínico, molecular, de proteómica, de genómica y de comportamiento. Y a ellos se suma la recogida de datos sociales, de voz y de la marcha, debido a que estos últimos muestran variaciones importantes en personas que tienen deterioro cognitivo.

Dichos datos los obtuvieron en centros de salud rurales y urbanos



Una de las investigadoras que trabaja en el proyecto MedPer_DC, liderado por Ángeles Almeida, realizando labores en el laboratorio. ENRIQUE CARRASCAL

de todo el país, con la participación de equipos de Castilla y León, Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco.

Adicionalmente, los participantes disponían de un móvil con una aplicación donde iban introduciendo los datos acerca de su estilo de vida y la actividad que realizan en su día a día. Toda esta información se recogió en dos ocasiones, una al inicio del proyecto y otra una vez habían transcurrido 16 meses, con el objetivo de poder comparar la evolución.

Para todas estas tareas, contaron con la colaboración del consorcio MedPer_DC, formado por once grupos de investigación de seis comunidades autónomas y de carácter multidisciplinar.

El papel del IBSAL ha sido doble, trabajando como encargado de la coordinación científica de todo este trabajo, pero, además, «estamos metidos dentro del estudio molecular por el cual vamos a validar todos los datos proteómicos y genómicos que sean interesantes de los pacientes».

La subdirectora científica del centro salmantino explica que han finalizado el reclutamiento de la cohorte que alcanza más de un millar de pacientes que no tienen ningún deterioro cognitivo y una corte paralela de calibración, en la cual hay unas 200 personas que tienen deterioro cognitivo. «Un grupo que nos sirve para comparar todos los datos».

Gracias a la recogida de estos datos, han efectuado el análisis de la información recabada con el objetivo de intentar establecer un modelo predictivo que posteriormente tendrán que validar en otras cohortes. Y, en caso de dar con un modelo «robusto y potente», estudiarán cómo se podría implementar de manera piloto, «pero para eso todavía queda bastante tiempo», incide.

En resultados preliminares, están viendo que existen «muchas» variaciones entre unos participantes y otros. Dentro de ellos, la investigadora remarca que hay algunos datos que se parecen, que tienen una tendencia a variar similar: «Eso significa que estamos identificando ya alteraciones, aunque se-

an mínimas, en algunos datos de biomarcadores que nos pueden dar una imagen de lo que podría ser la conciencia de esa persona dentro de unos años».

El proyecto finalizará en junio de este año, pero Ángeles Almeida incide en que lo interesante es ver qué ocurre dentro de tres o cuatro años. Es decir, «ver si los datos que tenemos ahora, en los que parece ser que se han detectado algunas variaciones en personas que no tienen deterioro cognitivo, cambian con el paso de los años, para comprobar que el modelo que establezcamos es correcto y mejorar su funcionamiento».

Almeida argumenta que el deterioro cognitivo es un importante problema sociosanitario, no solo para el Sistema Nacional de Salud, sino que representa un problema social «enorme».

«Cada vez vivimos más, tenemos una esperanza de vida mayor, con lo cual el envejecimiento de la población, especialmente en Castilla y León, conlleva que más personas presenten deterioro cognitivo. Las neuronas que tenemos son las que

conservamos desde el nacimiento, de forma general, no tenemos la capacidad de generar nuevas; por ello, si una se daña, aumenta el deterioro cognitivo, particularmente con el Alzheimer, que es la principal causa de demencia».

«Mi principal motivación es paliar en lo posible esta pandemia que tenemos ahora con la enfermedad de Alzheimer, ya que representa un problema social muy grande, porque cambia la vida no solamente del paciente, sino de su entorno y de la sociedad en general».

Debido a esto, la investigadora reitera que «es muy importante detectar a esa gente que va a sufrir este deterioro porque se pueden poner tratamientos preventivos y ver si sería posible ralentizar el progreso de la patología. Creo que la mayoría de los últimos tratamientos que han sacado y eran muy prometedores en animales pero fracasaron en humanos, fallaron porque el tratamiento se hace muy tarde y considero que es nuestra obligación como investigadores darle una solución y mejorar la calidad de vida de los pacientes».

El primer día de huelga médica en Castilla y León suspende 259 operaciones

Mañueco exige a la ministra Mónica García la retirada «inmediata» del Estatuto Marco: «Eso que es lo que tiene que hacer»

VALLADOLID

El paro convocado ayer en los centros sanitarios de la Junta de Castilla y León por los sindicatos médicos —en una convocatoria a nivel nacional— tuvo un seguimiento medio del 20%, según los datos registrados por la Gerencia Regional de Salud en las once áreas de salud de la Comunidad en el turno de mañana. En el conjunto de centros de Sacyl, el paro ha alcanzado una media del 27% en Atención Hospitalaria (1.126 profesionales en huelga) y del 9% en Atención Primaria (216 en huelga).

En concreto, secundaron la huelga un total de 1.342 facultativos de los 6.705 efectivos disponibles ayer en el turno de mañana. Por provincias, el seguimiento fue del 9,4% en Ávila (37 médicos en huelga); del 26,5% en Burgos (206 en huelga); del 27,5% en León (344); del 19,7% en Palencia (68 médicos); del 14,9% en Salamanca (195 facultativos); del 19,2% en Segovia (79); del 28,9% en Soria (61); del 18,6% en Valladolid (311 médicos) y del 11,7% en Zamora (41 médicos en huelga), informó Ical.

Además, el primer día de huelga tu-



Movilización de médicos en León contra el Estatuto Marco. ICAI

vo un total de 6.155 consultas estimadas suspendidas de Medicina Familiar y Pediatría en el turno de mañana, que por áreas de salud fue Ávila, 455; Burgos, 595; León, 1.668; El Bierzo, 266; Palencia, 399; Salamanca, 987; Segovia, 210; Soria, 350; Valladolid Este, 301; Valladolid Oeste, 343 y Zamora, 581.

De la misma manera, se cancelaron un total de 259 intervenciones quirúrgicas, 641 pruebas diagnós-

ticas y 4.048 consultas externas programadas en los hospitales.

Por su parte, el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, exigió a la ministra de Sanidad, Mónica García, que retire «de manera inmediata» el Estatuto Médico que ha provocado que, desde ayer y durante toda la semana, los profesionales sanitarios hayan convocado una huelga que «sufrirán los ciudadanos»

La hermana de Sergio Delgado: «El asesino en la calle y posiblemente feliz»

RAÚL RUANO VALLADOLID
«Primer fin de semana después del juicio por el asesinato de mi hermano. Primer fin de semana que pasa el asesino, José Luis Novoa, en la calle, libre y posiblemente feliz... No entiendo como esas dos frases pueden ser ciertas, no lo entiendo... ¡Es una puta vergüenza!». Son las primeras frases que escribe Carla, la hermana de Sergio Delgado, en las redes sociales después del juicio por el asesinato del joven vallisoletano en Burgos tras un pufietazo.

El jurado popular señaló que José Luis Novoa era culpable de la muerte de este diseñador gráfico, pero rechazó la «intencionalidad» de acabar con su vida. Apenas dos días después del veredicto del jurado, el juez le dejó en libertad tras solo dos años en la cárcel. Unos hechos que provocan las críticas de Carla Delgado: «Mi esperanza y fe en la justicia están destruidas, porque el asesino que le quitó la vida está libre antes del segundo aniversario de su muerte. Mi familia tiene una pena y una condena de por vida, una prisión eterna... y su asesino está libre. Me rompe el corazón ser consciente de esto».

La hermana de Sergio relata cómo ha cambiado su vida desde aquel aciago 24 de febrero de 2024, día en el que Novoa agredió mortalmente al vallisoletano: «Veo más maldad,

tengo más miedos, me siento inseguro en ambientes de fiesta; de hecho, no he vuelto a salir». Sus inseguridades no se quedan ahí, según afirma, también siente miedo con «todo lo relacionado con el fútbol» y se pone «tensa en multitudes». Pese a todo ello, Carla «aún guardaba ese sentimiento de justicia, la esperanza de que si haces algo mal, habrá consecuencias: la policía te investiga, te procesa, vas a juicio y pierdes tu libertad porque has coartado la libertad de otro». «En el caso de mi hermano, no solo hicieron eso: le arrebataron su vida para siempre», sentencia sobre lo ocurrido en la Audiencia Provincial de Burgos.

«Mi manera de sobrevivir es seguir luchando por proteger la memoria de mi hermano y buscar esa justicia que aún no ha llegado», asegura en su texto en redes sociales y afirma que todavía «guarda la esperanza de que otro juez, otro juicio, otra posible decisión hagalo que nos e hizo en esa Audiencia Provincial de Burgos: que la muerte de Sergio no haya sido en vano, que algo cambie en esta sociedad y que sirva de precedente, no para que el asesinato salga gratis, sino para decir basta al odio, basta a la violencia, y que quien haga daño pague por ello. Que de todo esto salga una sentencia digna y justa para Sergio».

El segundo día de huelga médica deja 6.751 consultas y 251 cirugías canceladas

La nueva jornada de paro mantiene un similar seguimiento, con un 20% y un total de 1.401 médicos que secundaron la huelga

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

La tensión entre el colectivo médicos y el Ministerio de Sanidad continuó con el segundo día consecutivo de huelga. Si no cambió el motivo de la protesta, con la oposición al Estatuto Marco impulsado por el departamento de Mónica García, lo que sí varió fueron las cifras que traen consigo la movilización de los profesionales sanitarios en Castilla y León: un 20,12% de seguimiento, 251 cirugías canceladas, 245 pruebas diagnósticas suspendidas y 6.751 consultas de Medicina Familiar y Pediatría sin completarse.

La segunda jornada del paro convocado a nivel nacional fue secundado por un total de 1.401 facultativos de los 6.963 efectivos disponibles en la Gerencia Regional de Salud en las once áreas de salud de la Comunidad en el turno de mañana, lo que supuso un 20% de seguimiento, mismo porcentaje que el lunes. En el conjunto de centros de Sacyl, el paro alcanzó una media del 26% en Atención Hospitalaria (1.164 profesionales en huelga) y del 10% en Atención Primaria (237 en huelga).

Valladolid volvió a ser la provincia con mayor movilización, con un total de 410 médicos (17,5%) que siguieron

la jornada de protesta, la mayor parte de la Gerencia de Atención Especializada del área este, con 158 (23%). Las siguientes áreas con mayor seguimiento —en términos absolutos— fueron la Gerencia de Atención Especializada del área oeste, con 114 facultativos en huelga (21,07%); las de Primaria de Valladolid Este y Oeste, con 13 cada una; y la Especializada de Medina del Campo, con 12 (21,82%).

En el resto de provincias, el seguimiento fue del 6,9% en Ávila (29 médicos en huelga); 28,2% en Burgos (228); 29,1% en León (364); 19,1% en Palencia (75); 16,6% en Salamanca (219); 16,2% en Segovia (69); 29,4% Soria (63); y 11,8% en Zamora (44).

Además, el segundo día de huelga tuvo un total de 6.715 consultas estimadas suspendidas de Medicina Familiar y Pediatría en el turno de mañana, 790 de ellas en Valladolid (413 en el área este y 373 en la oeste). La situación vallisoletana no fue la más destacada en este apartado, encontrándose por encima provincias como Burgos (994), León (1.652) y Salamanca (1.120). El resto está por debajo, como es Ávila (315), El Bierzo (469) Segovia (161), Soria (350) y Zamora (476).

De la misma manera, se cancelaron

un total de 251 intervenciones quirúrgicas, 549 pruebas diagnósticas y 4.152 consultas externas programadas en los hospitales de la Comunidad. En Valladolid supusieron 55 cirugías canceladas (40 en el Clínico, 2 en Medina del Campo y 13 en el Río Hortega), 245 pruebas diagnósticas suspendidas (85 en el Clínico, 26 en Medina del Campo y 134 en el Río Hortega) y 600 consultas externas sin completarse (312 en el Clínico, 49 en Medina del Campo y 560 en el Río Hortega).

Los paros están previstos hasta el viernes, según anunció el Comité de Huelga, formado por la Confederación Española de Sindicatos Médicos, el Sindicato Médico Andaluz, Metges de Catalunya, la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid, el Sindicato Médico de Euskadi y el Sindicato de Facultativos de Galicia Independientes; que llevan tiempo expresando su malestar por la dirección que estaba tomando el Estatuto Marco, la norma que regula las condiciones laborales de los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS), que han estado negociando durante los últimos tres años el Ministerio de Sanidad y los sindicatos del Ámbito de Negociación.

> PERSONAJES ÚNICOS / RAÚL PÉREZ



Este licenciado en veterinaria estudia algunas de las parasitosis alimentarias más frecuentes que se transmiten mediante el consumo de alimentos, como la anisakidosis, para tratar de acercar a la sociedad el conocimiento sobre su transmisión y las posibles medidas de prevención. Por **María Bausela**

El investigador de los parásitos

La inmunoparasitología es una rama que ha marcado la vida profesional del investigador de la Universidad de León (ULE) Raúl Pérez Caballero, que actualmente centra su trabajo en el estudio de las parasitosis alimentarias más frecuentes que se transmiten mediante el consumo de alimentos, como la anisakidosis. Para ello, este licenciado en veterinaria investiga las enfermedades parasitarias desde el punto de vista inmunológico. «Los primeros años de mi investigación se centraron en valorar el poder inmunógeno de algunos candidatos vacunales o algunos antígenos, para ver si podrían ser útiles en la creación de vacunas para la enfermedad», apunta el investigador.

Sus primeros pasos en la rama de la parasitología fueron durante su licenciatura en Veterinaria, la cual cursó en la Universidad de Córdoba. «Fue a cuando cursaba mi segundo curso de la carrera que, a través de una asignatura, comencé a conocer este ámbito de investigación, que ya entonces me resultó una rama de la veterinaria muy apasionante, y me metí en este mundillo. Esta especialidad es compleja, pero muy bonita». Relata que en ese periodo que transcurrió entre su segundo y tercer año del grado, empezó a trabajar como alumno interno en el departamento de la facultad que abarcaba este ámbito. A raíz de esto, comenzó a trabajar investigando en el laboratorio, centrándose especialmente en la identificación de parásitos y el análisis de distintos tipos de muestras. Y, finalizada esta etapa, solicitó mientras cursaba quinto una beca de colaboración para poder llevar a cabo un pequeño trabajo de investigación. «Ahí fue como empecé a iniciarme en el campo de la profesión».

Una vez obtuvo su licenciatura, cursó un máster y realizó su doctorado, el cual finalizó en 2018, previo a realizar periodos postdoctorales que le llevaron a un centro especializado en biomedicina de Estados Unidos, donde estuvo trabajando con la malaria, una enfermedad grave causada por un parásito hemático. «Y de Estados Unidos me fui a Barcelona a trabajar también en una fundación biomédica, pero en este caso con virus». Desde este centro estuvo trabajando de manera íntegra en el estudio de COVID, SARS-CoV-2 y el virus del niño.

Esa experiencia le sirvió para ir



Raúl Pérez Caballero, el investigador de la ULE que se centra en las parasitosis alimentarias más frecuentes. ULE

perfilando su especialidad, y le incentivó a volver a la universidad, en esta ocasión como profesor, dado que cuenta con interés por la docencia y la investigación, «pero de forma conjunta». Así fue como llegó al departamento de Sanidad Animal, de la Facultad de Veterinaria de la ULE.

Su trabajo como profesor en esta universidad, el cual se centra principalmente en la parasitología, se complementa con su investigación, que abarca la búsqueda de vacunas y nuevos tratamientos con los cuales frenar la resistencia a determinados principios. «Concretamente, lo que queremos ver es la presencia de residuos de medicamentos en los animales, ya que cuando se trata a una vaca, oveja o cabra frente a determinadas enfermedades parasitarias hay una serie de residuos que estos animales expulsan de su cuerpo a través de las heces, y están repercutiendo a nivel ecológico. Por ello queremos ver si habría alguna alternativa con capacidad terapéutica que no cause este problema», añade. Adicionalmente, trabaja en el análisis

de las parasitosis alimentarias más frecuentes que se transmiten mediante el consumo de alimentos. «Los parásitos existen, pero vivimos en un país donde la seguridad alimentaria es muy alta, y existe toda una serie de programas sanitarios y de inspección, que hacen que la posibilidad de que los vayamos a encontrar sea poco probable, pero no imposible», añade.

De esta manera, su investigación más reciente busca dar a conocer al público general determinadas parasitosis que podemos encontrar cuando consumimos ciertos alimentos de determinadas maneras. «Surge para dar a conocer, de una forma sencilla, este tipo de enfermedades que tienen una gran repercusión en la salud». Especialmente, se ha centrado en el manejo y el proceso de cocinado de forma higiénica de los alimentos para acercar al público general una parte de la información que recopilan desde la medicina veterinaria o la investigación en enfermedades parasitarias.

«Quiero que la gente sepa, por

ejemplo, que el anisaki se puede encontrar en la merluza cruda, aunque no sea común su consumo en España, y cómo se puede prevenir, ya que creo que lo que no se conoce, no se previene y luego vienen los problemas. Es importante prevenir aunque la probabilidad de contagio sea baja», remarca.

Para el desarrollo de este proyecto, comenzó por la realización de un estudio bibliográfico acerca de la parasitosis, el cual consistía en «ver cuáles son las más comunes y no tan comunes, puesto que son muy numerosas pero no todas las enfermedades parasitarias transmitidas son frecuentes, y sus características».

Pérez Caballero trabajó en la investigación de su forma de transmisión, cómo se pueden detectar y prevenir para sentar las bases de estas enfermedades y transmitir la información del trabajo que realizan en el laboratorio. «Uno de los deberes que creo que tenemos los investigadores es poder acercar lo que se hace en los centros científicos al público y que conozca este tipo de estudios».

De cara al futuro, explica que le gustaría poder abordar el estudio de qué enfermedades pueden llegar de otros continentes y establecerse en nuestro territorio para así poder hacer un estudio que permita revelar bien de dónde vienen, cómo se transmiten, ya sea por contaminación de agua, contaminación de alimentos que luego no se lavan, etc; y, sobre todo, «poder hacer buenos planes de prevención y controles de inspección sanitaria».

Su trabajo con estos pequeños parásitos se ve motivado porque estos le permiten «avanzar científicamente y tener una repercusión en la sociedad. Muchas veces estás en el laboratorio con ciertos temas que igual no tienen un efecto directo, pero sí pueden ser la base de otros que vayan a tener una conexión más directa con el público. Ese es el caso con mi rama de trabajo, ya que el análisis de parásitos alimentarios puede hacer que se den medidas de prevención y control, ayudando a mejorar la calidad de vida de las personas», incide.

> LEÓN

Nuevos fármacos contra los parásitos

El grupo de investigación ENTROPIA de la ULE trabaja en la búsqueda de nuevas vías de tratamiento y el desarrollo de una posible cura de la leishmaniasis para frenar el aumento de contagios y muertes. Por **María Bausela**

La leishmaniasis o leishmaniosis es una enfermedad parasitaria proveniente de la cuenca mediterránea, causada por la picadura de un mosquito infectado, afectando a humanos y animales a gran escala. Según datos del último informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, durante 2024 se dio un aumento de casos en España, con 485 notificaciones y 13 fallecimientos. Por ello, multitud de investigadores trabajan en la búsqueda de tratamientos y vacunas contra dicha patología.

Desde el grupo de investigación en Enfermedades Tropicales y Parasitarias (ENTROPIA) de la Universidad de León (ULE), esta es una de las enfermedades en las que centran sus estudios, trabajando en la búsqueda de vías de tratamiento y estrategias de prevención, a la vez que tratan de superar los problemas actuales de resistencias, toxicidad y eficacia para frenar el número de nuevos contagios y muertes.

La investigadora y profesora del departamento de Ciencias Biomédicas de la ULE, Estela Melcón, apunta que desde este equipo están trabajando en la aplicación al tratamiento de la

leishmaniosis de fármacos que ya se usan para otras enfermedades «desatendidas, consideradas por la ONU como poco interesantes para la industria farmacéutica, debido a que suelen afectar a zonas vulnerables, que no son países del primer mundo. Pero realmente nos afectan a todos. Puesto que esta enfermedad en concreto actualmente en España está bastante controlada, pero se ha observado un repunte de casos cada año».

En el caso de la leishmaniasis, esta se suele asociar sobre todo con perros, «porque la sociedad no es consciente de que realmente es una enfermedad humana en la cual los perros solo actúan de reservorio, como parte intermedia de la transmisión». Esto causa que, a pesar de ser una enfermedad de declaración obligatoria por parte de los sanitarios hacia el Ministerio de Sanidad, todavía sea una «gran desconocida» a nivel sanitario y de la sociedad.

Para tratar de mejorar este contexto, su investigación se centra en el ámbito preclínico de la investigación de los compuestos para el análisis de su efecto tanto en parásitos como en células.

Melcón considera como «fun-

damental» el impulsar la concienciación social de cara a mejorar la notificación correcta de los casos por parte de los profesionales sanitarios y veterinarios para así poder disponer de registros actualizados que permitan detectar posibles brotes de forma temprana y responder de manera eficaz.

Su trabajo pasa por darle esos nuevos usos a esos fármacos, sobre todo a aquellos destinados a otras enfermedades parasitarias, «ya que hay muchas que tienen varios paralelismos, por ello podemos buscar métodos de acción que sean similares».

Pero también trabajan en la combinación de los fármacos con otros nuevos para tratar de luchar contra la aparición de resistencias a esos tratamientos debido a su uso prolongado en pacientes que se ven afectados por la enfermedad durante largos periodos de tiempo.

«El desarrollo de tratamientos siempre requiere una investigación previa que es menos visible, pero que es la parte más importante, ya que resulta fundamental conocer una enfermedad para curarla. Sin esa investigación básica, que te hace descartar o centrarte en lo relevante, no pueden

llevarse a cabo las investigaciones posteriores».

En su día a día trabajan con multitud de laboratorios internacionales químicos, los cuales les envían los nuevos compuestos que desarrollan por si pudieran tener una aplicación en el tratamiento de estas enfermedades o la búsqueda de mejores tratamientos.

Adicionalmente, se centran en el desarrollo de un proyecto con el cual poder obtener una vacuna. Este trabajo consiste en «intentar buscar algo que estimule a nuestro sistema inmune para estar preparado en el caso de que en un futuro se produzca la infección, y conseguir evitar que se desarrolle la enfermedad», apunta. Una vez alcanzado ese objetivo, su siguiente paso sería encontrar alguna empresa a la que pueda interesarle el desarrollo clínico de estos tratamientos.

A día de hoy ya cuentan con varias publicaciones sobre compuestos que podrían ser efectivos a nivel clínico de cara al tratamiento de estas enfermedades. «Ahora mismo en España hemos sido los primeros en desarrollar plataformas para testar la seguridad de los compuestos y, a raíz de

eso, nos están planteando trabajar en proyectos a nivel internacional de colaboración», explica.

Además, están empezando un proyecto de ciencia básica junto con la Universidad de Milán acerca del efecto de la infección por leishmania en el cerebro a nivel cognitivo y neuronal, ya que, a pesar de lo que se creía hasta ahora, han observado que también puede llegar al cerebro y afectar a ciertas capacidades.

Su intención es conseguir llevar estos resultados que han obtenido a lo largo de los años, y los que continúan recopilando, y resultan interesantes con respecto al tratamiento, para encontrar algo que solucione «este problema que cada vez va afectando a un mayor número de personas».

En definitiva, buscan «aportar un pequeño granito de arena a mejorar un poco la situación general de todas las personas mediante la búsqueda de mejores opciones terapéuticas en un contexto marcado por el aumento de las temperaturas a nivel global, por el cual va subiendo la zona en la que está presente este flebotomo y con él el número de contagios por la enfermedad», concluye Estela Melcón.



Estela Melcón junto con el resto de integrantes del grupo de investigación en Enfermedades Tropicales y Parasitarias (ENTROPIA) de la ULE.



Eva María Ferrero Infestas y Edgardo Raúl Lovell Gaspari cofundadores de la startup 'Luperca Medical'. JUAN GARCÍA

> SALAMANCA

IA al servicio de la medicina personalizada

Una startup vallisoletana se une a la incubadora de empresas biosanitarias de Salamanca para crear gemelos digitales con los que poder personalizar los tratamientos y optimizar la investigación clínica. Por **María Bausela**

Los gemelos digitales, entendidos como copias virtuales de un paciente, órganos o sistemas; representan una de las grandes revoluciones tecnológicas de la sanidad de los últimos años debido a su impacto en la atención al paciente y la eficiencia del sistema sanitario. Su funcionamiento se basa en la creación de réplicas virtuales de las personas o procesos hospitalarios, que son actualizadas en tiempo real a partir de datos clínicos.

«Esto hace posible la medicina personalizada al permitir simular tratamientos antes de aplicarlos, ajustar terapias con gran precisión y anticipar la aparición de enfermedades», apunta Eva María Ferrero Infestas, licenciada en Biología, graduada en Fisioterapia y doctora en Ciencias de la Salud.

Así, permiten actuar con precisión y reducir riesgos, a la vez que facilitan un seguimiento continuo del paciente, optimizando la gestión hospitalaria, disminuir los tiempos de espera y costes operativos, así como acelerar el desarrollo de nuevos fármacos».

«Esto resulta especialmente relevante en comunidades como

Castilla y León, que tienen una población envejecida y un elevado porcentaje de pacientes con múltiples patologías; ya que los gemelos digitales permiten anticipar descompensaciones, ajustar tratamientos en tiempo real y reducir hospitalizaciones y desplazamientos», remarca.

En este marco, Ferrero puso en marcha en Valladolid junto con Edgardo Raúl Lovell Gaspari, licenciado en Medicina Especializado en Medicina Familiar y Farmacología Clínica, la startup 'Luperca Medical', con la cual combinan medicina e inteligencia artificial para desarrollar gemelos digitales destinados al ámbito sanitario.

Una tecnología con la cual quieren «impulsar un cambio de paradigma hacia la medicina personalizada, predictiva y preventiva».

«Nuestra innovación se centra en el uso de gemelos digitales en salud, que permiten simular para confirmar, anticipar la eficacia y la toxicidad de tratamientos antes de aplicarlos al paciente. Asimismo, queremos facilitar la investigación y el desarrollo farmacéutico mediante ensayos clínicos con cohortes virtuales, algo que permite validar fármacos de

forma más ágil, reduciendo costes», añade Lovell.

Su trabajo abarca tres ejes principales, por un lado, el desarrollo de gemelos digitales de paciente para medicina personalizada; por otro, cohortes virtuales para la I+D farmacéutica y, finalmente, gemelos digitales hospitalarios orientados a «mejorar la eficiencia operativa y la gestión de recursos».

Tareas que van a llevar a cabo desde la incubadora de empresas biosanitarias de Salamanca, Abioinnova, a la cual se van a incorporar con el objetivo de poder hacer accesible una medicina de precisión en la que «cada decisión clínica esté adaptada a la biología única de cada persona».

«Abioinnova conecta ciencia, tecnología y sistema sanitario, facilitando la transferencia de conocimiento hacia soluciones clínicas aplicables. De esta manera, nos permite interactuar con otros actores clave del ámbito de la salud y acceder a equipamiento especializado con el que desarrollar el proyecto en un entorno idóneo».

Tras su incorporación a la incubadora, se van a centrar en la consolidación del producto y del modelo de negocio. En una pri-

mera etapa, avanzarán en el desarrollo de pilotos de los gemelos digitales para, posteriormente, pasar a abordar la validación técnica, clínica y regulatoria, «reforzando aspectos como la seguridad y la protección de datos».

Mediante este proceso quieren desarrollar una tecnología que permita «anticipar la respuesta de un paciente a un tratamiento antes de administrarlo, reduciendo el enfoque de 'ensayo y error' y mejorando la seguridad y la eficacia terapéutica».

Esta se va a apoyar en una arquitectura híbrida, la cual combina inteligencia artificial con modelos mecánicos de farmacología de sistemas y simulación avanzada, «garantizando la validez biológica de los resultados». Además, incorpora técnicas de explicabilidad y compromiso regulatorio, «elementos clave para facilitar su adopción clínica».

La graduada en Fisioterapia y doctora en Ciencias de la Salud incide que la motivación que mueve este trabajo es «transformar la forma en que hospitales y farmacéuticas desarrollan y aplican terapias». Así remarca que Luperca Médica surge de «la inquietud por trasladar el conocimiento científico y tecnológico a

soluciones reales que tengan un impacto tangible en la vida de las personas y en el funcionamiento del sistema sanitario».

De esta manera quieren contribuir «activamente» a la transición hacia una medicina «verdaderamente» personalizada, en la cual las decisiones clínicas se basen en la biología y las circunstancias concretas de cada paciente, mejorando los resultados en salud y reduciendo los actuales modelos de ensayo y error.

«Creemos firmemente que esta transformación no solo beneficia al paciente, sino que también incrementa la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, optimizando recursos, reduciendo costes evitables y mejorando la calidad asistencial», apunta la licenciada en Biología, María Ferrero Infestas.

«Al mismo tiempo, la empresa aspira a generar riqueza y oportunidades en nuestra comunidad, impulsando un tejido empresarial innovador en el ámbito de la salud digital y la biotecnología. Atraer talento y posicionar la tecnología desarrollada desde Castilla y León en el mercado nacional e internacional es una parte esencial del impacto que queremos lograr».

ESPAÑA



Pacientes en la sala de espera del Centro de Salud Puerta de Toledo (Madrid), el pasado lunes. JAVIER BARBANCHO

«La huelga de médicos ha empezado con fuerza y vemos que va para largo»

Los pacientes apoyan la protesta: «Nos va en ello la vida, hay que proteger la sanidad»

S. MORENO / I. POVEDA / P. PÉREZ
SEVILLA / ZARAGOZA / MADRID

Las puertas del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, uno de los más grandes de Andalucía, fueron ayer un excelente termómetro para medir el seguimiento de la huelga de médicos convocada en todo el país y el nivel de malestar entre los pacientes, entre los que también hay un alto grado de comprensión hacia los paros de los facultativos.

«Tengo la cita desde hace cuatro meses y me voy sin que me vea el especialista. ¡Que tenemos trabajos que atender!», protestaba una señora de unos 60 años que prefirió no dar su nombre. Pasó una hora dentro del hospital y, cuando veía que el tiempo de su cita ya había transcurrido y nadie la llamaba, se acercó a preguntar. «Su médico está en huelga», le dijeron.

«Pero, ¿por qué no nos avisan?», lamentaba esta mujer, que se marchó a toda prisa del centro hospitalario para poder atender su trabajo. No todas las consultas se suspendieron en el Virgen Macarena. Más de media docena de personas que salieron del hospital a media mañana explicaban que ellas sí habían tenido suerte y habían logrado ver a sus facultativos.

Los familiares de los enfermos que están hospitalizados sí notaron que algunos médicos no pasaban consulta con la frecuencia esperada. «El lunes no vino su doctor, pero le mandó pruebas y hoy las ha estado revisando», detalló María. Ella no está, ni mucho menos, molesta con la huelga. De hecho, si los médicos hubieran convocado una protesta a las puertas del hospital, se «habría unido a ellos» por que tienen «razón» en lo que recla-

man al Ministerio de Sanidad. «Tenemos que apoyarlos para que consigan todo lo que necesitan. Nos va en ello la vida; hay que proteger la sanidad», añadía María.

En Aragón, la situación fue similar. En el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Antonio, de 80 años, llevaba dos horas esperando a que su mujer fuese atendida en Oncología. «Hemos venido a las 11 y seguramente me toque comer aquí. He pasado con ella a la sala de espera, pero estaba tan llena que he preferido salirme al vestíbulo. No nos queda otra que esperar, qué le vamos a hacer», explicó resignado por el gran retraso.

Conchita Salvador, de 55 años, también pasó la mañana aguardando su turno tras viajar desde la Puebla de Híjar a Zaragoza para acudir al centro. Por culpa de la huelga, a su padre, con



Mónica García. J. BARBANCHO

demencia, lo subieron a una habitación de Urgencias sin avisar. También trajo al hospital a su tía para recibir el tratamiento de Oncología. «Su médico está trabajando, pero por la huelga

le han cuadruplicado el número de pacientes que tiene que atender. Cuando le ha tocado, los análisis aún no habían llegado y le han retrasado el gotero de las tres a las seis y media. Aunque me parece bien que protesten, creo que hay dejadez», explicaba.

A nivel institucional, tanto la Plataforma de Organizaciones de Pacien-

Los pacientes: «Lo que hay es un hartazgo generalizado»

La ministra: «Soy una orgullosa responsable de Sanidad»

tes (POP) como el Foro Español de Pacientes (FEP) se mantienen vigilantes. «Ayer empezó con fuerza la huelga y, por los anuncios de los médicos, vemos que esto va para largo», explica Pedro Carrascal, director general de la POP. Para ellos es importante que no se invisibilice el impacto. «Pedimos transparencia a las comunidades para que comuniquen el número de cancelaciones; solo así veremos las consecuencias de la huelga».

Desde la FEP, Andoni Lorenzo explica que «lo que hay es un hartazgo generalizado». Para ellos, la actual huelga es «un síntoma más de la situación precaria en la que se halla nuestra sanidad». Lorenzo destaca que «hoy son los médicos, pero antes fue la situación de la Atención Primaria; hay muchos problemas enquistados sin solución: listas de espera, saturación...».

Mientras los pacientes sufren esta huelga y una sanidad que «nos pone a prueba porque las soluciones de las distintas administraciones no llegan», apunta Lorenzo, Mónica García se declaró ayer en la sesión de control del Senado «orgullosa responsable del Ministerio de Sanidad y de las acciones que he llevado a cabo». Entre ellas, destacó haber rescatado y reformado el Estatuto Marco, «que llevaba 23 años en un cajón después de que lo firmaran ustedes [por el Ejecutivo del PP] para acabar con las guardias de 24 horas y la precariedad con la que algunos de sus gobiernos han tenido sometidos a los profesionales sanitarios».

Choque en el Senado por la inmigración irregular

Marlaska acusa al PP de alinearse con Vox, mientras las entradas en Ceuta aumentan

E. M. El Partido Popular ha avisado de que Ceuta es la ciudad española «que registra la mayor presión migratoria de toda España», mientras que el ministro del Interior, Fernando Grande-Marlaska, ha acusado a los populares de alinearse con Vox al hablar de inmigración para generar «miedo». «Están alineándose con Vox hablando de migración, generando miedo, incertidumbre, cuando no

hay razones objetivos y ante cualquier circunstancia coyuntural se realizan generalizaciones», aseguró ayer Marlaska, durante la sesión de control al Gobierno en el Senado, al ser preguntado por la senadora popular Cristina Díaz Moreno sobre las medidas que ha tomado Interior en Ceuta ante el aumento de entradas irregulares de inmigrantes. Según los últimos datos del Ministerio del Interior, en los prime-

ros 45 días del año han entrado en Ceuta 926 inmigrantes de manera irregular, 825 inmigrantes más que en el mismo periodo de 2025, lo que supone un incremento del 602,2% en la entrada irregular de inmigrantes en esta ciudad autónoma. No obstante, el responsable de Interior hizo referencia a la llegada irregular de personas migrantes en el conjunto de España, que «se ha reducido más de un 65%».

En cuanto a Ceuta, detalló que se ha incrementado un 14% el número de efectivos de Policía y Guardia Civil. «Tenemos 1.237 agentes al día de hoy, 150 más que los que había en junio de 2018», aseguró.

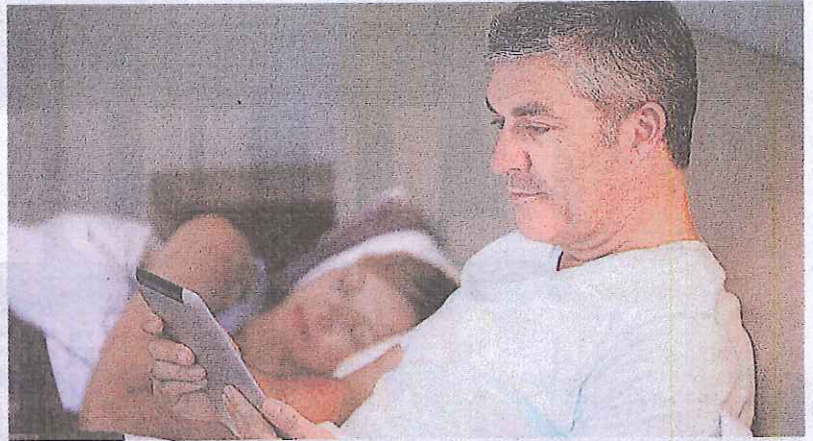
«Hemos invertido más de 35 millones de euros en el perímetro fronterizo de Ceuta. Mantenemos labores de cooperación y coordinación con los países de origen y tránsito. Ustedes, desde una situación coyun-

tural, por muchas circunstancias concretas, ya establecen generalidades, lo cual quiere generar, evidentemente, ganas de infundir miedo sin razón objetiva», criticó Marlaska.

El ministro defendió que la política migratoria «es una política de España» y pidió a la senadora del PP que «no hable de rutas más o menos peligrosas». «Son todas rutas peligrosas y por eso luchamos contra la migración irregular y estamos salvando vidas», aseveró.

«Sabe usted perfectamente que la presión migratoria real es mayor aún que la que reflejan las estadísticas, con plantillas bajo mínimos y medios insuficientes», replicó Díaz.

Un hombre lee en la cama mientras su pareja duerme a su lado.
DREAMSTIME



LA LUZ TENUE PROVOCA MÁS MIOPIA QUE LAS PANTALLAS

Investigación. Enfocar a distancias muy cortas en un ambiente con poca luz, como hacemos cuando leemos en la cama, contribuye al desarrollo del problema visual, según una nueva investigación

Por C. G. Lucio (Madrid)

El abuso de las pantallas se ha señalado en los últimos años como una de las principales causas que explican por qué los casos de miopía no dejan de crecer. La epidemia de este problema visual se ha atribuido en gran medida a exposición creciente a dispositivos como móviles y tabletas. Sin embargo, una investigación liderada por el español José Manuel Alonso, de la State University de Nueva York y publicada ayer en la revista *Cell Reports*, pone sobre la mesa otra hipótesis que no solo culpabiliza a la electrónica. Según sus datos, lo que está aupando globalmente las cifras de miopía es un hábito que no solo llevamos a cabo frente a las pantallas. Se trata de enfocar la vista a distancias muy cortas y en un ambiente con poca luz. Lo que se hace, por ejemplo, cuando leemos por la noche en la cama.

«Nuestro trabajo indica que el factor más importante en el desarrollo de la miopía es la cantidad y tipo de luz que entra en el ojo y su eficacia en activar la retina, el tejido neuronal en el ojo que responde a la luz», explica Alonso a través del correo electrónico. Cuando el ojo tiene que enfocar a una distancia corta, el tamaño de las pupilas se

reduce, y, por tanto, disminuye la entrada de luz. Una iluminación deficiente contribuye a frenar esa activación de la retina, explica. «Si el ojo está expuesto a luz tenue por un periodo largo de tiempo, por ejemplo al leer con luz tenue por la noche muy a menudo, la miopía empeora», añade.

Las pantallas, continúa el investigador, «no deberían ser un problema si se emplean con abundante luz natural». Por ejemplo, si se lee en una pantalla que esté cerca de una ventana durante el día. Sin embargo, también pueden contribuir al riesgo de miopía si no se emplean de este modo, sino que se usan para leer por la noche, con la pantalla como única fuente de luz y a una distancia muy corta de los ojos (de 30 cm o menos). «En estas condiciones, la corta distancia reduce el tamaño de las pupilas y la cantidad de luz que entra en el ojo», expone Alonso. «Además, si la pantalla emite mucha luz azul, el tamaño de las pupilas se reduce todavía más, ya que la luz azul es la más efectiva en reducir el tamaño de la pupila y la menos efectiva en activar la retina», explica el investigador.

Alonso subraya que el periodo de riesgo más importante para intentar reducir el riesgo de miopía es entre los cinco y los 20 años, «desde que los niños aprenden a

leer hasta que el desarrollo del ojo se completa».

De cualquier manera, el especialista subraya que «mantener buenos hábitos visuales es importante a cualquier edad. La miopía también se puede desarrollar en la edad adulta, en profesiones que requieren trabajar con luz tenue y distancia de visión reducidas».

Alonso recuerda que hace más de 400 años, el astrónomo Johannes Kepler a tribula sus problemas de visión a su afición por la astronomía y a la exposición de sus ojos durante muchas horas a una luz tenue. «Nuestro trabajo confirma la intuición biológica de Kepler. Creemos que la luz tenue es la razón principal de la epidemia de miopía», sostiene.

Se estima que hoy en día alrededor del 30% de la población mundial es miope y que alcanzará el 50% en 2050 —aunque la prevalencia en zonas del sudeste asiático ya es muy superior—. Si bien el problema de visión tiene un componente genético, su rápido crecimiento en los últimos años también sugiere que hay factores ambientales que cumplen un papel fundamental en su desarrollo.

«La miopía ha alcanzado niveles casi epidémicos en todo el mundo y todavía no comprendemos completamente por qué», señala Alonso, quien subraya que si el mecanismo que su equipo propone es correcto, «en los próximos años deberíamos ser capaces de desarrollar protocolos de prevención que nos permitan reducir el desarrollo de miopía en niños y aumentar la eficacia de los tratamientos que se están utilizando actualmente», indica.

En su opinión, la pandemia de Covid ha contribuido a acelerar el problema de la miopía al hacernos pasar mucho más tiempo en ambientes interiores. Esta investigación, concluye el científico español, «pone el énfasis en la importancia de una exposición a luz brillante y a distancias de visión lejanas para desarrollar una visión saludable».

Segundo peor saldo vegetativo pese a subir nacimientos y bajar muertes

● La Comunidad alcanzó los 12.649 nacimientos en 2025 y arranca el año con un descenso del 1,02% en las defunciones

IRENE HERRERO VALLADOLID

Los nacimientos y las defunciones aumentaron respecto al año pasado en Castilla y León, consolidando a la comunidad con el segundo peor saldo vegetativo de España, detrás de Galicia. Pese a que los nacimientos crecieron un 0,9% hasta alcanzar los 12.649, el volumen de fallecimientos fue superior, registrándose 28.967 muertes. Sin embargo, los datos del 2026 muestran una ligera mejoría, al registrarse 34 fallecimientos menos que el año anterior, un descenso del 1,02%.

Este crecimiento de nacimientos se sitúa ligeramente por debajo de la media nacional, que subió un 1% hasta alcanzar los 321.164. Con este dato, la Comunidad se posicionó como la sexta autonomía con mayor repunte en 2025, compartiendo puesto con Asturias y Cataluña. El ranking lo encabezaron Madrid (3,3%)

y el País Vasco (3%), seguidos de Castilla-La Mancha (2,6%), Galicia (1,6%) y Aragón (1,3%). Mientras que cinco territorios registraron descensos, liderados por Baleares (-2,6%) y Extremadura (-1,5%).

Por provincias, los nacimientos solo bajaron en Salamanca (-2,5%, hasta los 1.628), Palencia (-2,3%, hasta los 805) y Valladolid (-0,2%, hasta los 3.043). Las subidas estuvieron encabezadas por Zamora (6,3%, con 744), Burgos (3,7%, hasta los 2.107) y Ávila (3,5%, hasta los 884). Le siguieron Soria (3,1%, con 495), León (0,4%, con 2.006) y Segovia (0,2%, con 937).

En cuanto a las defunciones, 2025 cerró con 28.967 fallecimientos, lo que supone un aumento del 1,4% respecto a los 28.568 del año anterior. Este incremento se sitúa por debajo de la media nacional, donde la subida fue del 2,5% hasta alcanzar las 446.982 muertes.

Estimación de nacimientos y defunciones

| | Nacimientos 2025 | Variación % 2024-2025 | Defunciones 2025 | Variación % 2024-2025 | Crecimiento vegetativo |
|--------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| ■ Ávila | 884 | 3,5 | 2.102 | 2,7 | -1.218 |
| ■ Burgos | 2.107 | 3,7 | 4.350 | 9,5 | -2.243 |
| ■ León | 2.006 | 0,4 | 6.098 | 0,2 | -4.092 |
| ■ Palencia | 805 | -2,3 | 2.054 | -1,5 | -1.249 |
| ■ Salamanca | 1.628 | -2,5 | 3.822 | -2,5 | -2.194 |
| ■ Segovia | 937 | 0,2 | 1.645 | 1,8 | -708 |
| ■ Soria | 495 | 3,1 | 1.094 | -4,7 | -599 |
| ■ Valladolid | 3.043 | -0,2 | 5.150 | 0,2 | -2.107 |
| ■ Zamora | 744 | 6,3 | 2.652 | 3,9 | -1.908 |
| ■ Total | 12.649 | 0,9 | 28.967 | 1,4 | -16.318 |

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística

ICAL

Sin embargo, los datos disponibles de 2026 comienzan a marcar una leve tendencia de mejora. En las primeras cinco semanas del año, Castilla y León acumuló 3.295 fallecimientos, lo que supone un descenso del 1,02% frente a los 3.329 del mismo periodo del año anterior. Este descenso se hizo más evidente a principios de febrero, cuando la mortalidad en la Comunidad cayó un 1,62% con 606 defunciones frente a las 616 previas. A nivel nacional, la bajada es más pronunciada, situándose en 9.620 muertes frente a las 10.091 registradas un año antes.

En el balance acumulado de 2025, la mortalidad descendió en tres provincias de la Comunidad: Soria (-4,7%, con 1.094 decesos), Zamora (-3,9%, con 3.822) y Palencia (-1,5%, con 2.054). En el extremo opuesto,

el resto de los territorios registraron incrementos, liderados por Burgos, que anotó una subida del 9,4% (4.350 fallecidos). Le siguieron Ávila (2,7%, hasta las 2.102) y Segovia (1,8%, hasta las 1.645), mientras que en León y Valladolid se sitúan ambos en un 0,1% (6.098 y 5.150 defunciones, respectivamente).

Como resultado, el crecimiento vegetativo (la diferencia entre nacimientos y defunciones) cerró el año pasado en Castilla y León con un saldo negativo de -16.318 personas. Según los datos del INE, este es el segundo registro más bajo de España, solo superado por Galicia (-19.894) y seguido de cerca por Andalucía (-15.509). Mientras que el saldo solo fue positivo en Madrid (2.134) y Murcia (509), además de las ciudades autónomas de Melilla (215) y Ceuta (32).

Los economistas alertan del «lento» proceso de digitalización de las pymes

VALLADOLID

El Servicio de Estudios Económicos de Castilla y León (ECO-VAEstudios) apunta al envejecimiento demográfico y la revolución tecnológica basada en la inteligencia artificial como las dos grandes transformaciones que marcarán durante los próximos años el rumbo económico y social de Castilla y León. Además, alerta del «lento y poco homogéneo» proceso que experimentan las pequeñas y medianas empresas en todo lo vinculado con la transformación en ámbitos digitales.

Son conclusiones obtenidas del Observatorio Digital 2025, que fue presentado ayer por el director del Servicio, Juan Carlos de Margarida, donde mantuvo que la economía digital representa ya el 2,2% del PIB de la Comunidad, pero, en cambio, «sólo se captura un 15% del potencial digital». Así, el 56% de las actividades que realiza Castilla y León son «potencialmente automatizables con tecnología ya existente», donde el 99,5% del tejido empresarial está formado por micropymes y pymes, informa Ical.

Sanidad expedienta a ocho médicos del HUBU por su compatibilidad para trabajar en la privada

F. RAMOS VALLADOLID

Todo parte de la denuncia de un médico, que finalmente acaba llegando a la Fiscalía y, de ahí, al juzgado. Una denuncia que este facultativo realizaba contra 17 médicos del Hospital de Burgos (HUBU), a los que ocho Sanidad le abrió un expediente disciplinario, por su compatibilidad, más bien la supuesta falta de la misma, para ejercer su trabajo también en la sanidad privada.

Una denuncia que, el pasado mes de diciembre de 2025, llegaba a manos del Ministerio Público, quien la hacía suya y con posterioridad daba traslado de la misma al juzgado, según detallan las fuentes consultadas por este periódico. Las supuestas irregularidades que habrían cometido estos médicos en su trabajo para la privada, se encuentran, y así se detalla en la Fiscalía, el hecho de atender a beneficiarios de las mutualidades de los funcionarios (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), cuan-

do en algunos de esos casos podría tener una limitación de la normativa vigente, en palabras de las mismas fuentes.

Entre medias, desde Sanidad, a decir de estas mismas fuentes, se abrió una investigación interna, lo que se conoce como información reservada, que provocaba la apertura de ese expediente disciplinario a ocho de estos 17 médicos del HUBU, denunciados por su compatibilidad para trabajar en la sanidad privada, además de en la pública.

Desde Sanidad, después de esa investigación abierta en la información reservada, se concluye que procede la apertura de este expediente disciplinario para eso ocho facultativos, por entender que sus actuaciones son sancionables.

Además, a cuatro de los denunciado se decide el archivo de las actuaciones, al no observarse irregularidad alguna en su compatibilidad para ejercer el trabajo en la pri-

vada.

En el caso de otros cuatro, según señalan las fuentes a las que ha tenido acceso este periódico, se está aún pendiente de proposición de actuaciones, al tener aún que precisar de información de otras instituciones, en este caso del Instituto Nacional Seguridad Social y del Ministerio de Trabajo.

Por último, en el caso de la denuncia más reciente sobre otro médico, el caso aún se encuentra bajo investigación, precisamente por tratarse de un denuncia más reciente.

Una investigación interna que ahora, una vez que se notifique el auto del juzgado se paralizará, toda vez que entrará en el ámbito judicial. Y mientras este se encuentre investigando y no resuelva la información reservada abierta desde Sanidad, y que había expedientado ya a ocho de estos médicos denunciados, se paraliza, en aras de la investigación de la justicia ordinaria.

PRIMER PLANO

HUELGA NACIONAL DE MÉDICOS

La protesta de los facultativos es la culminación de varias décadas de reclamaciones frustradas. «No sé cómo lo hemos soportado tanto tiempo, pero ahora hemos dicho basta»

MÉDICOS EN PIE DE GUERRA: «LA MINISTRA YA NO SE ACUERDA DE CUANDO EJERCÍA»

CRISTINA G. LUCIO/
PILAR PÉREZ MADRID

«Los últimos que queremos una huelga somos los médicos. Nos cuesta muchísimo parar y nos cuesta muchísimo dejar la consulta porque sabemos lo que supone para los pacientes. Pero nos hemos visto obligados a hacerla porque es el último recurso que nos queda ante esta grave situación». Pablo Cereceda (53 años), cirujano del Hospital de El Escorial, es uno de los miles de médicos que estos días han secundado la primera convocatoria de paros semanales que prevé extenderse, al menos una vez al mes en todo el país, hasta el próximo junio.

Su objetivo es lograr mejores condiciones laborales y conseguir que estas se reflejen en un estatuto propio, diferenciado del resto de sanitarios, porque «diferentes son también las particularidades y la responsabilidad de la profesión», destaca. Lleva más de 30 años ejerciendo como especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y asegura que no recuerda «una movilización, unión y determinación como la actual».

Pese a que las reivindicaciones del colectivo se han venido repitiendo en el último año, desde que se iniciaron las negociaciones con el Ministerio de Sanidad, la espita que ha redoblado la movilización fue el acuerdo que el pasado 28 de enero el departamento que dirige Mónica García firmó con las centrales sindicales CSIF, UGT, SATSE-FSE y FSS-CCOO sobre el Estatuto Marco, la disposición que fija las relaciones laborales de los sanitarios en España.

Los sindicatos médicos, que representan a la mayoría de los facultativos, no han tenido presencia en la mesa colectiva de negociación, y consideran que lo recogido en el borrador firmado no es aceptable. La Con-

EN DETALLE

LOS SERVICIOS MÍNIMOS, EN LOS JUZGADOS

SOLEDAD VALLE

La Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia ha sido la más rápida en dar respuesta al recurso presentado por el sindicato CESM contra los servicios mínimos fijados por los Gobiernos autonómicos en la huelga.

RESPUESTA. El tribunal ha suspendido de manera cautelarísima (sin dar audiencia a la Administración) varios apartados de la orden del Gobierno regional de Murcia. Considera que resultan desproporcionados y afectan al derecho fundamental de huelga.

CONSECUENCIAS.

Ordena que la actividad sanitaria se ajuste, en términos generales, «al funcionamiento propio de un día festivo o de guardia». En primaria, quita los cupos numéricos rígidos para médicos de familia y pediatras cuando excedan el estándar de festivo. En hospitalización, elimina el mínimo del 60% de la plantilla facultativa.

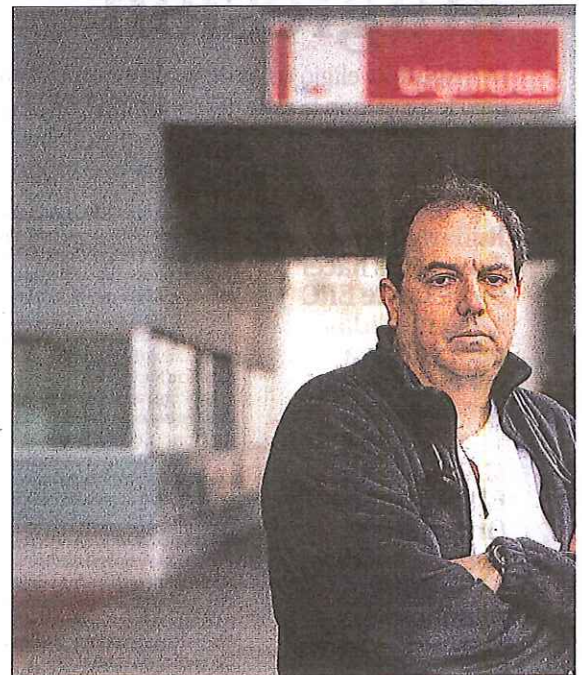
federación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), el Sindicato Médico Andaluz (SMA), Metges de Catalunya (MC), la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (Amyts), el Sindicato Médico de Euskadi (SME) y el Sindicato de Facultativos de Galicia Independientes (OMEGA) reivindican un Estatuto Marco Propio, el reconocimiento de la formación, la capacitación y la responsabilidad de la profesión y acabar con unas condiciones laborales que consideran «propias del siglo XIX», como las de las guardias que ahora se prolongan hasta 24 horas.

GUARDIAS Y MÁS

«¿Cómo alguien con una tendencia mínimamente progresista puede defender estas jornadas y que los médicos sigamos estando obligados a hacer hasta 48 horas junto con las guardias? Esto se traduce en semanas de hasta 96 horas. Es una salvajada. Es indefensible y pretenden que nos conformemos», señalaba esta semana Ángela Hernández, secretaria general de Amyts, en referencia a la ministra de Sanidad, Mónica García.

El borrador del Estatuto recoge la eliminación de las guardias de 24 horas, pero introduce lo que para muchos médicos es una trampa: jornadas de hasta 17 horas que, sin plantillas reforzadas, podrían «ser contraproducentes». El texto deja en manos de las necesidades de las organizaciones y las CCAA este recurso.

Tras más de tres décadas haciendo «una media de cinco guardias al mes», Cereceda califica el sistema como profundamente injusto. No considera de recibo que «las guardias sean obligatorias y no estén incluidas en el sueldo si te pones de baja», así como que no computen para la jubila-



ción o que tengan una baja remuneración. «No aspiramos a que nos suba la pensión, pero sí queremos que se cuente el tiempo que hemos trabajado para poder jubilar antes, como pasa con otras profesiones».

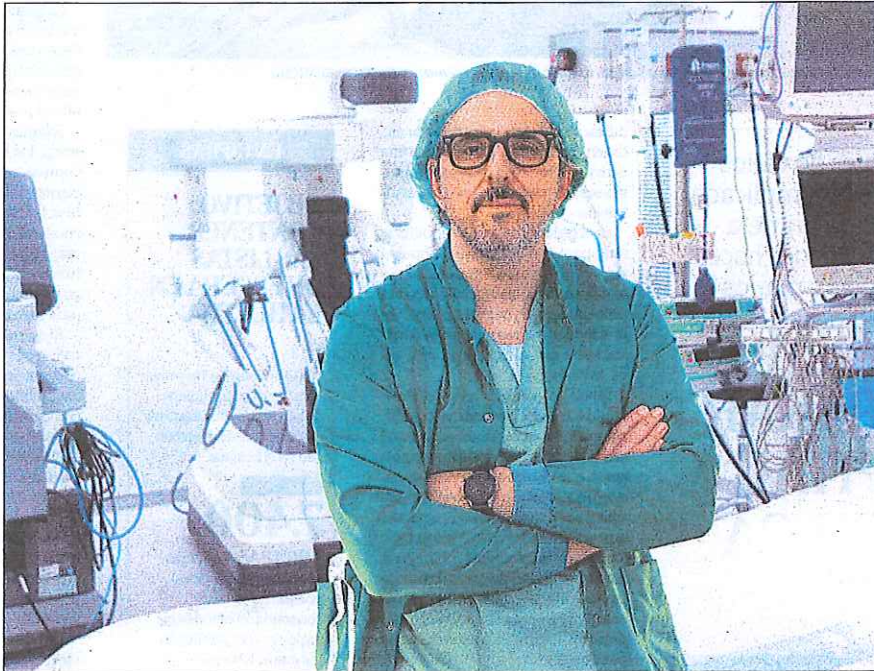
Para el cirujano madrileño también es fundamental una clasificación de carrera que reconozca, a todos los niveles, la formación y la responsabilidad. Coincide con su punto de vista Juan Fidalgo, anestesiólogo en el Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid, que se siente «muy defrau-

dado». «Llevo trabajando más de 30 años y la realidad es que llevamos soportando la sostenibilidad del sistema durante mucho tiempo y ni se nos ha reconocido ni recompensado adecuadamente».

El Estatuto Marco vigente, que data de 2003, continúa, «ya nos penalizaba. Han pasado muchos años y una pandemia, y los cambios que se quieren introducir solo nos perjudican aún más. Hay una enorme discriminación laboral y una falta de reconocimiento». Todas las categorías

PRIMER PLANO

HUELGA NACIONAL DE MÉDICOS



profesionales, «ya sean enfermeras, técnicos, auxiliares, celadores, etc., son necesarias, pero quien realmente estructura la sanidad es el médico y su papel debe reconocerse», dice el especialista. Y subraya: «Si a nadie le extraña que en un avión se reconozcan las funciones, particularidades y la responsabilidad del piloto frente a otras profesiones, no entendemos por qué se pretende que pase esto con la profesión médica».

En repetidas ocasiones, el Ministerio de Sanidad ha descartado la

idea de desarrollar un estatuto propio para los médicos, al igual que establecer un sistema de guardias voluntarias; una negativa que enciende a los profesionales. «Le pediría a la ministra que recuerde qué es lo que ella hacía y creía cuando ejercía en el Hospital 12 de Octubre y estaba sometida al sistema de guardias. Por mucho que diga ahora que es médica, parece que se ha olvidado completamente de cuál ha sido su trayectoria profesional», destaca Fidalgo.

El especialista no recuerda una movilización que haya aglutinado a tantos compañeros como la actual, una percepción que tiene también José Balibrea (47 años), jefe de Cirugía Endocrina, Metabólica y Bariátrica del Hospital German Trias i Pujol de Barcelona. «Los médicos nunca nos hemos atrevido a hacer una huelga salvaje, por las implicaciones morales que tendría con nosotros y con los pacientes. Nunca la hemos hecho y no creo que la hagamos». Desde su jefatura y como cirujano de referen-

cia expone que «esto no va de confrontación entre estamentos sanitarios». De hecho, asegura, desea «lo mejor para la enfermera, para el celador, para el TCAE, etc». Pero también quiere «un trato justo para los médicos». El especialista recuerda que hay muchos profesionales, no solo médicos, «que completan su salario en la privada. Y eso es lícito».

En ese sentido, Balibrea es muy crítico con la disposición del Estatuto Marco que plantea limitar la práctica médica en entidades privadas a

jefes de servicio que trabajen en la pública. «Restringir la asistencia de los altos cargos solo a la pública va a mermar el talento, que ya se nos escapa. Solo es un mensaje efectista que nos aleja del debate real», subraya Balibrea, que además es profesor en la Universidad Autónoma de Barcelona. «Gestiono grandes expedientes que no quiero que se vayan al extranjero», advierte.

Todos los profesionales consultados conocen casos de compañeros que, debido a las condiciones laborales, han decidido marcharse y ejercer en otros países de Europa, como Francia, Reino Unido o Noruega. «En la carrera, en Medicina Legal nos enseñan el concepto de pérdida de oportunidad: podemos repercutir en el estado de salud de un paciente, si lo hacemos en el momento indicado.

De arriba a abajo y de izda. a dcha., Reyes Hernández, Álvaro Gudiña, Pablo Cereceda y José Balibrea.
ELENA IRIBAS,
JAVIER CUESTA Y
GORKA LOINAZ

Con esta huelga vemos que podemos perder una oportunidad si no reaccionamos», apunta Álvaro Gudiña Sanz, anestesiólogo desde hace dos años en el Hospital Río Hortega de Valladolid. «Veo cómo están mis compañeros y hay una sensación de decir basta contra reivindicaciones que nunca se plasmaron en el estatuto de 2003. Si tras 23 años no se introducen, sería de nuevo un error».

Gudiña es un médico joven (36 años), pero su opinión es muy similar a la de Reyes Hernández, pediatra del Centro de Salud Párroco Julio Morate de Madrid. A sus 65 años también está secundando la huelga. Por su edad, ya no hace guardias, pero las ha cumplido durante décadas, como hace ahora su hija, también médico, y considera que «es un sistema completamente anacrónico. Si nos rigiéramos por el Estatuto de los Trabajadores, esto se consideraría totalmente impensable», subraya.

Estos días está en su consulta, atendiendo solo casos urgentes, y explicando al resto de pacientes cuáles son sus razones para ir a la huelga. «Estoy de servicios mínimos porque somos solo dos pediatras en el centro. La mayoría de los pacientes alucinan cuando les cuento lo que supone, por ejemplo, que muchos médicos tengan que trabajar 24 horas seguidas, algo que no se tolera en otras profesiones. Está muy regulado en profesiones como pilotos o conductores, pero con los médicos parece como si no fuéramos personas».

«Esto lo hemos ido aguantando y aguantando. Y no sé cómo lo hemos soportado tanto tiempo. Pero me parece que ya ha llegado el momento en que los médicos hemos dicho basta. Sé que esto es una carrera de fondo, pero tengo la esperanza de que de que esto suponga, por fin, un antes y un después, un cambio real», concluye.

PRIMER PLANO

HUELGA NACIONAL DE MÉDICOS



Un grupo de personas aguarda su turno en una sala de espera en un centro sanitario madrileño, esta semana. JAVIER BARBANCHO

IMPACTO. Los gerentes de varios hospitales hablan sobre la complicada organización durante la primera semana de huelga: «No puedes hacer nada, estás atado de pies y manos»

MALABARISMOS PARA NO PARAR UN HOSPITAL EN LA HUELGA

ROSALÍA SIERRA MADRID
Consultas cerradas, equipos de diagnóstico inactivos, facultativos que no querían estar allí, pacientes que se vuelven a casa sin haber sido atendidos, algunos resignados y otros entre improperios. Ese es el panorama que se puede ver estos días en los hospitales españoles. Y, en medio de todo eso, intentando que las cosas funcionen lo mejor posible, los directivos sanitarios.

En estas circunstancias, la labor de los gerentes y directores de hospitales se vuelve crucial. Su objetivo es garantizar que los servicios esenciales —urgencias, cuidados críticos, intervenciones inaplazables, pacien-

tes crónicos de alto riesgo— sigan operativos, minimizando riesgos para la salud y evitando que la presión sobre el sistema se desborde.

Para lograrlo, los directivos aplican estrategias múltiples y coordinadas. El gerente de un hospital insular explica cómo afrontan la situación: «Por la mañana, cuando sabemos cuántos médicos hay de huelga, hacemos un análisis rápido de las consultas o cirugías que se suspenden, y avisamos al paciente. Tenemos en cuenta la vulnerabilidad para intentar evitar desplazamientos de personas mayores, de personas con discapacidad, de quienes a lo mejor han tenido que mo-

dificar su vida laboral para estar ese día en el hospital... Y se produce una actividad frenética de reprogramaciones por parte del Servicio de Admisión».

El objetivo, insiste, es «equilibrar todo para que el comité de huelga vea que no se vulnera su derecho, pero a la vez se respetan los intereses de los pacientes y se protege también la actividad del resto de profesionales. Es de una complejidad tremenda, tremenda», lamenta.

En un hospital de Levante, el enfoque se divide en fases: «Una previa a la huelga, más pensada en el profesional, y una durante y a posteriori que va más enfocada al usuario. En la previa, tratamos de explicar los servicios mínimos pactados, que sean conocedores, sobre todo los cargos intermedios... y luego la responsabilidad de trasladarnos al equipo directivo el seguimiento, el cumplimiento de los servicios mínimos y cualquier incidencia que pueda haber».

Durante la huelga, explica, «lo que hay que hacer es una estricta vigilancia, ver que los servicios mínimos se cumplen y valorar el impacto que tiene en todos los lugares que no estaban al 100%, que en general son los servicios de no críticos. Simultáneamente, y en colaboración con los servicios de Admisión, se trata de dar al usuario una respuesta en un intento de equilibrar los derechos de los profesionales y los usuarios».

El gerente de un hospital de Madrid describe con crudeza las limitaciones que sufren: «No puedes hacer nada, literalmente nada. Estás atado de pies y manos», y coincide con es-

ta visión el responsable de un centro del norte de España: «No puedes reprogramar la actividad a priori, sabiendo que a lo largo de la semana va a haber huelga. Solo podemos intentar ajustar la actividad día a día». Para el gerente madrileño, la clave es la priorización: «Revisar esos pacientes que se han quedado sin ver y dar preferencia de alguna manera a las nuevas citas».

En el norte de España, la percepción es distinta, con un fuerte componente ético: «Lo vivimos con mucha preocupación, porque es una huelga que busca hacer cambiar de opinión a un Ministerio que no tiene competencias sobre aquello a lo que la huelga produce perjuicio. Perjudican a los pacientes, y he oído mensajes de sindicatos que, precisamente, llaman al perjuicio del paciente, algo que es insólito y que atenta contra el principio de no maleficencia. Hace perder el sentido de nuestra misión como médicos y devalúa nuestra profesión. Muchos médicos secundan la huelga sin ser conscientes de qué se están jugando».

La gestión se complica por el impacto en enfermería y otros profesionales. «Intentamos reubicar al personal que tenemos para reforzar áreas menos atendidas, pero es complicado», añade la gerente insular.

Además de la redistribución de personal, los hospitales intensifican la comunicación. Se informa a los pacientes sobre los servicios disponibles, las reprogramaciones y, en muchos casos, se potencian teleconsultas y seguimiento remoto, lo que permite atender a pacientes de bajo riesgo sin contacto físico y liberar recursos para casos críticos.

El seguimiento diario de indicadores es otra herramienta: número de pacientes atendidos en urgencias, demora en pruebas diagnósticas, consultas esenciales y satisfacción del paciente. Los ajustes se realizan según la evolución de la huelga y la disponibilidad de personal. «Es un ejercicio de equilibrio constante. Cada decisión puede afectar la seguridad del paciente—con retrasos diagnósticos, estancias más largas, etc.—, la moral del equipo y la eficiencia del hospital», comenta la directora de un centro de especialidades andaluz.

En la práctica, los directivos se convierten en mediadores entre sindicatos, autoridades sanitarias, pacientes y profesionales. Negocian guardias voluntarias, ajustan agendas y buscan minimizar la interrupción de los servicios esenciales. La experiencia muestra que, aunque no pueden sustituir la atención médica detenida por la huelga, sí pueden garantizar que los críticos reciban atención y que la presión sobre el sistema no se desborde completamente.

Como sintetiza uno de los gerentes: «A la persona tenemos que cuidarla, igual que debemos cuidar al profesional, conciliar el derecho a la huelga y proteger al paciente en la medida en la que sea posible».

EN CIFRAS

OBJETIVO: CONTENER LAS LISTAS DE ESPERA EN LA HUELGA

Las CCAA han hecho planes para frenar el crecimiento de las cirugías pendientes y las consultas de especialidad en el hospital.

7.400

CIRUGÍAS. Las cifras aún son preliminares porque no se han consolidado ni todas las regiones han publicado los datos. Esta es la suma hasta ayer jueves con los datos de solo ocho CCAA.

72.556

CONSULTAS DE HOSPITAL. Las consejerías de sanidad recogen las suspensiones de citas en atención primaria, de especialidad y también de pruebas diagnósticas.

CASTILLA Y LEÓN

La Junta alerta ya del aumento de la lista de espera por la huelga de médicos

Carriedo ve «difícil» recuperar la demora quirúrgica y de especialidades perdida tras secundar la huelga el 21% de los facultativos con más de 6.800 consultas suspendidas

VALLADOLID El portavoz de la Junta y consejero de Economía y Hacienda, Carlos Fernández Carriedo, reconoció ayer que será «muy difícil» recuperar las consultas suspendidas de Medicina Familiar y Pediatría, la anulación de las intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y citas externas programadas en los hospitales de la Comunidad con motivo de la huelga nacional de médicos. Por ello, auguró un aumento de las listas de espera y la demora media este trimestre como consecuencia de unos paros que se producen por el rechazo del colectivo al anteproyecto del Estatuto Marco, la norma que regulará sus condiciones laborales en el Sistema Nacional de Salud.

En la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno, el consejero reconoció que recuperar en tres semanas de actividad de cada mes lo perdido en una es complicado, por que hay que hacer lo que ya estaba previsto y las agendas están con nuevos pacientes. De ahí que apuntara, según recogió la Agencia Ical, que la huelga genera datos «importantes» al ser de una semana y que, además, estar convocada para una semana al mes hasta junio. «Es perjudicial para el conjunto de la ciudadanía y para el Sistema Sanitario porque se producen re-

trasos en la atención, aunque se trata de recuperar, en alguna medida, estas circunstancias, dando nuevas citas que no fueron atendidas», añadió.

Fernández Carriedo subrayó que el principal objetivo de la Junta era que los tratamientos de carácter de urgencia no se vieran afectados, algo que consideró se está consiguiendo, tanto desde el punto del interés de los profesionales como de los servicios mínimos aplicados.

Ante esta situación, apostó por que la administración competente, que es el Ministerio de Sanidad, entienda que la mejor forma de resolver los conflictos es el diálogo y sentarse en una mesa de negociación con los representantes de los profesionales sanitarios. «Aquí, estamos del lado de los médicos para intentar llegar a un acuerdo y así parar las consecuencias de estos paros, que afectan a los ciudadanos y al sistema sanitario», apuntó.

El portavoz aseguró que la Junta mantiene vías de negociación con los representantes sindicales de los trabajadores de sanidad pero su capacidad de acuerdo se corresponde con sus competencias. Tras señalar que hay un diálogo «amplio y fluido», que ha permitido llegar a «importantes acuerdos» como las 35 horas semanales, avances en la carrera profesional y mo-

dificaciones en las relaciones de puestos de trabajo. «Hablamos de un conflicto para abordar el Estatuto Básico de los empleados en el ámbito de la sanidad, por lo que su negociación corresponde al Gobierno de España. Nosotros sabríamos cómo se podría abordar esta cuestión pero cada comunidad no puede aprobar su propio estatuto básico por que debe existir uno a nivel nacional», declaró.

Además, señaló que esta huelga también tiene su impacto económico, tal y como se cuantificó en el anterior paro de tres días, aunque reiteró que lo que más preocupa a la Junta es el efecto en las molestias causadas a los pacientes y los ciudadanos que no son atendidos por la suspensión de citas así como entre los profesionales, que se ven obligados a reforzar su actividad el resto del tiempo.

IMPACTO

Un total de 1.523 médicos de Castilla y León participaron ayer en la huelga convocada por los sindicatos médicos a nivel nacional, lo que representa un seguimiento medio del 20,8% según los datos de la Gerencia Regional de Salud. La cuarta jornada de paro en los centros sanitarios dejó más de 6.800 consultas suspendidas y afectó especialmente a la Atención Hos-

pitalaria. El paro tuvo un mayor impacto en la Atención Hospitalaria, con un 27% de profesionales en huelga (1.290 médicos), frente al 9% en Atención Primaria (233 médicos).

En concreto, secundaron la huelga un total de 1.523 facultativos de los 738 efectivos disponibles ayer en el turno de mañana. Por provincias, el seguimiento fue el siguiente: Ávila, 7,5%, 39 médicos en huelga; Burgos, 29,2%, 246 en huelga; León, 28,3%, 358; Palencia, 21,1%, 90 médicos; Salamanca, 19,8%, 274 facultativos; Segovia, 14,4%, 61; Soria, 35,4%, 74; Valladolid, 17,7%, 326 médicos; y Zamora, 13%, 55 médicos en huelga, informa Ical.

Además, la cuarta jornada de huelga de los facultativos médicos tuvo un total de 6.840 consultas estimadas suspendidas de medicina familiar y pediatría en el turno de mañana, que por áreas de salud es el siguiente: Ávila, 420; Burgos, 1.106; León, 1.708; El Bierzo, 364; Palencia, 434; Salamanca, 1.001; Segovia, 168; Soria, 560; Valladolid Este, 371; Valladolid Oeste, 470; y Zamora, 238.

De la misma manera, se cancelaron un total de 224 intervenciones quirúrgicas, también 665 pruebas diagnósticas y 4.418 consultas externas programadas en los hospitales de la Comunidad.

Las infracciones penales crecen casi un 6% con el repunte de los ciberdelitos

VALLADOLID Las infracciones penales crecieron el pasado año en la Comunidad autónoma de Castilla y León un 5,8 por ciento, hasta alcanzar las 96.625. Este incremento fue mayor que el registrado en el conjunto de España, donde se contabilizaron más de 2,47 millones de delitos, lo que supone un incremento del 0,8 por ciento, según datos publicados ayer jueves por el Ministerio del Interior a los que tuvo acceso Ical.

Casi tres de cada diez infracciones registradas en la Comunidad autónoma de Castilla y León están relacionadas con la ciberdelincuencia (28.261), delitos que se incrementaron un 11 por ciento. Las conductas antijurídicas relacionadas con las aplicaciones de Internet y las transacciones comerciales online no han parado de crecer durante los últimos años. La mayor parte de estos, 24.716, son estafas informáticas. Por su parte, en la denominada criminalidad conven-

cional, la subida en Castilla y León solo fue del 3,8 por ciento, con 68.364 delitos.

Por tipo de delito, cabe destacar la subida del 7,5 por ciento de los delitos contra la libertad sexual (7.202) y dentro de estos las agresiones con penetración, que se incrementaron un 5 por ciento (147). También subieron los delitos de lesiones y riña tumultuaria, que lo hicieron un 9,6 por ciento, hasta los 1.203, y los hurtos, que registraron un alza del 3,1 por ciento (17.921).

Por el contrario, los robos con violencia en domicilios y establecimientos bajaron un 3,9 por ciento (4.179). Además, los delitos de tráfico de drogas cayeron un 2,9 por ciento (396) y las sustracciones de vehículos un 17,7 por ciento (425).

PROVINCIAS

Por provincias, la de Segovia encabezó el crecimiento de las infracciones penales registradas el año pasado en la Comunidad autónoma

Infracciones penales en Castilla y León

| | Infracciones | | Variación % |
|--|--------------|--------|-------------|
| | 2024 | 2025 | |
| ■ Hurtos | 17.388 | 17.921 | 3,1 |
| ■ Robos con fuerza | 4.350 | 4.179 | -3,9 |
| ■ Delitos de lesiones y riña tumultuaria | 1.098 | 1.203 | 9,6 |
| ■ Robos con violencia e intimidación | 761 | 762 | 0,1 |
| ■ Delitos contra la libertad sexual | 670 | 720 | 7,5 |
| ■ Sustracciones de vehículos | 549 | 452 | -17,7 |
| ■ Tráfico de drogas | 408 | 396 | -2,9 |
| ■ Homicidios dolosos y asesinatos en tentativa | 44 | 52 | 18,2 |
| ■ Homicidios dolosos y asesinatos consumados | 12 | 16 | 33,3 |
| ■ Secuestro | 2 | 1 | -50,0 |
| ■ Resto de criminalidad convencional | 40.592 | 42.662 | 5,1 |
| ■ Estafas informáticas | 22.366 | 24.913 | 11,4 |
| ■ Otros ciberdelitos | 3.095 | 3.348 | 8,2 |
| ■ Total | 91.335 | 96.625 | 5,8 |

FUENTE: Ministerio del Interior

ICAL

de Castilla y León, con 7.713 y un avance que supone el 13,8 por ciento, seguida por la provincia de Palencia, donde se produjeron 5.669 de esas infracciones, un 9,3 por ciento más que en 2024; Burgos, donde se contabilizaron 15.124, con un aumento del 8,5 por ciento; y Zamora, con 6.076 y un aumento del 8,2 por ciento.

Asimismo, con avances más moderados, por debajo de la media, se situaron las provincias de Valladolid, donde se produjeron 22.010

infracciones penales, un 5,4 por ciento más; Salamanca, con 12.564, y un incremento del 3,6 por ciento; y León, con 17.587 y una subida del 3,3 por ciento.

Cierran la tabla de conductas antijurídicas registradas en el año 2024, en el estudio elaborado por el Ministerio del Interior y Difundido ayer, la provincia de Soria, con un ligero crecimiento del 2,1 por ciento y 3.635 delitos contabilizados; y Ávila, donde solo subieron un 1,2 por ciento, con 6.787.

El ejercicio aeróbico puede aliviar la depresión

Correr, nadar y bailar pueden ser muy eficaces para aliviar los síntomas de la depresión y de la ansiedad, según una revisión general realizada por la James Cook University de Australia. Todas las formas de ejercicio se asociaron con efectos positivos, siendo los formatos aeróbicos, grupales y supervisados los más efectivos, lo que subraya la importancia de los factores sociales.



7

AÑOS A +80°C es el tiempo que puede conservarse la sangre seca para seguir diagnosticando infecciones. La Clínica Universidad de Navarra realizó una investigación para demostrar la utilidad de las muestras al evaluar la presencia de anticuerpos contra el VIH.

CALIDAD DE VIDA | ENVEJECER DE FORMA SALUDABLE

ALIMENTACIÓN ADAPTADA A LA TERCERA EDAD

A partir de los 65 años, el organismo puede experimentar pérdidas de apetito o disminuciones en el gusto y en el olfato, lo que obliga a prestar más atención a la nutrición

AGENCIAS

El envejecimiento de la población es una realidad en España y el cuidado en esta etapa de la vida debe ser esencial. Por eso, la alimentación debe estar adaptada a las necesidades nutricionales de las personas mayores cobra más relevancia que nunca. Y es que, según el Instituto Nacional de Estadística de España, el porcentaje de personas de 65 o más años se incrementará del 20,4 por ciento actual al 30,5 por ciento en 2055.

«Nuestro organismo experimenta cambios y distintas necesidades en función de la edad, lo que hace necesario poner más atención en algunos aspectos de nuestra alimentación, algo que, junto con un estilo de vida activo, ayudará a nuestro cuerpo a envejecer de forma más saludable y a prevenir enfermedades», sostiene Alicia López de Ocariz, directora médica de Grupo Cinfa.

Entre estas variaciones, se incluyen modificaciones en la composición corporal, con un aumento de la masa grasa, al tiempo que se pierde de forma progresiva la muscular y la ósea. Los procesos digestivos se ralentizan y la sensación de sed disminuye. Con el paso de los años, puede aparecer dificultad para masticar, así como pérdida de apetito y disminución del sentido del gusto y del olfato, lo que reduce el interés por los alimentos o lleva



El aislamiento o la soledad suelen inducir a cuidar menos la dieta.

a consumir comidas excesivamente azucaradas o sazonadas y, en cambio, a reducir el consumo de carne y frutas y verduras crudas. Asimismo, ciertas situaciones en las que puede acentuarse el aislamiento y la soledad suelen inducir a las personas mayores a cuidar menos su dieta o a saltarse comidas.

«Estas circunstancias y cambios vitales no siempre son bien entendidos ni atendidos, desde el punto de vista nutricional, por las propias personas mayores o por los familiares que les cuidan. Esto puede

tener consecuencias y originar carencias de algunos nutrientes importantes, deshidratación o, incluso, derivar en malnutrición», recalca la especialista.

TRES PILARES. Además de recordar consejos generales, como apostar por la dieta mediterránea o evitar el exceso de grasas y de alimentos preparados o precocinados, podemos hablar de tres aspectos fundamentales en la alimentación en la tercera edad: una correcta hidratación, un consumo de proteí-

nas óptimo para retrasar la pérdida de masa muscular y el consumo regular de fibra para favorecer el tránsito intestinal.

Sobre estos pilares, la experta de Cinfa realiza varias recomendaciones que resultan válidas siempre que no contradigan ninguna indicación médica. «El agua debe seguir siendo la fuente principal de hidratación en las personas mayores, sin que sea sustituida por bebidas azucaradas o alcohólicas. Una hidratación adecuada resulta crucial también para evitar problemas de estreñimiento, una patología muy común en esta etapa, cuando la motilidad intestinal se ralentiza y la flora intestinal se desequilibra. Por ello, se debe aumentar también la ingesta de fibra. Otra circunstancia habitual es que se reduce el consumo de alimentos proteicos, lo que puede comprometer la masa y fuerza muscular y aumentar el riesgo de caídas. Es importante, por tanto, garantizar un buen aporte de proteínas».

Por último, la doctora López de Ocariz también comenta que «para asegurar la correcta nutrición en el caso de las personas mayores con problemas de deglución o disfagia, puede ser necesario que se tomen precauciones como triturar los alimentos sólidos, sustituir el agua por bebidas espesantes o gelatinas y evitar las frutas y verduras con pepitas y piel, entre otras».

Una esperanza para la detección del alzhéimer

La fotónica se revela como una de las grandes esperanzas para la detección precoz del alzhéimer, como tecnología para hacer cribados masivos y a un coste asequible, lo que podría suponer descubrir aproximadamente un 30 por ciento de casos no detectados porque no se han desarrollado signos externos de la enfermedad. Lo explica el investigador y fundador del Grupo de Ingeniería Fotónica en la Universidad de Cantabria, José Miguel López Higuera. No tiene dudas de que en el futuro habrá cribados masivos para detectar esta enfermedad gracias a la tecnología de la luz. Así, una de las técnicas que se están probando estudia los vasos sanguíneos de la retina y otra se basa en detectar uno de los biomarcadores que se depositan en el cristalino. A través de un ungüento depositado en el cristalino se puede comprobar la concentración de beta-amiloide y evaluar, de manera no invasiva, si hay signos o riesgo de la enfermedad.

Estimulación cerebral contra el egoísmo

Una investigación de la Universidad Normal del Este de China y de la Universidad de Zurich en Suiza demuestra que estimular dos áreas del cerebro, empujándolas para que se activen colectivamente de la misma manera, aumenta la capacidad de una persona para comportarse de manera altruista. Mientras los participantes del estudio jugaban, los expertos inyectaron sus cerebros con estimulación transcranial de corriente alterna (CA) en los lóbulos frontal y parietal. Este proceso se programó para que las neuronas de esas áreas se activaran juntas en patrones repetitivos, entrenándolas a ritmos de oscilación gamma o alfa. Los autores descubrieron que las personas eran ligeramente más propensas a tomar una decisión altruista. «Identificamos un patrón. Esto mejora nuestra comprensión básica de cómo el cerebro apoya las decisiones sociales y sienta las bases para futuras investigaciones», señaló Christian Ruff.

Consejos para comer bien

1. Intenta beber agua de forma regular, aunque no tengas sed. En la mayoría de los casos, un litro y medio o dos litros de agua al día suelen ser suficientes. No obstante, esta cantidad debe adaptarse a cada persona.

2. Complementa con caldos e infusiones. Otra buena opción es consumir frutas y verduras ricas en

agua, como el melón, la sandía o la naranja.

3. Asegura un aporte de proteínas suficiente. Una persona mayor suele necesitar entre 70 y 90 gramos diarios de proteína, dependiendo de su peso y estado de salud.

4. Aumenta el consumo de fibra dietética. Se puede incluir en la dieta fru-

tas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos. Un aporte diario de 25 a 30 gramos ayuda a favorecer al intestino.

5. Texturizar alimentos si hay dificultad para masticar. Es recomendable preparar cremas de legumbre, purés proteicos o lácteos enriquecidos. Y si ya hay un diagnóstico de disfagia, se puede valorar la

necesidad de recurrir a espesantes.

6. Vigila la postura y el entorno. La persona debe comer en un ambiente sin distracciones en donde pueda mantener una postura erguida que evite que tenga que estirar el cuello.

7. Ingiere de todo y a menudo, pero menos cantidad. Realiza cinco o

seis comidas al día en horarios regulares y sin omitir ninguna para digestiones mejores.

8. Cocina de manera saludable, pero sabrosa. Los alimentos pueden condimentarse con especias, hierbas o vinagres para que resulten más apetecibles, pero no se debe abusar de la sal, las frituras, la comida muy grasa o las salsas.

PAPPEL

PÍA,

LA VIDA
CON
MEDIO
CEREBRO

Tiene 10 años y un síndrome
que le provocaba una epilepsia
para la que no hay fármacos.
A los 18 meses, le desconectaron
la mitad del hemisferio cerebral
en una operación de 11 horas.
Ella es una de las pacientes a la que
le han hecho esta intervención
a más pronta edad. "No había otro
remedio que la operación, podía morir"

Por Pedro Simón

Fotografía de Ángel Navarrete



PAPEL | EN PORTADA

Por Pedro Simón. Fotografías de Ángel Navarrete

Hay una niña que responde al nombre de Pía, tiene 10 años, es la menor de tres hermanos, estudia cuarto de Primaria con los apoyos necesarios y vive nada más que con medio cerebro. Si observan la resonancia magnética de su cráneo, lo van a ver muy claro: la mitad desconectada de su cerebro permanece oscura, lo mismo que cuando arrancas el cuadro de la luz de una habitación. Si estás con ella un rato, también: su desventaja cognitiva, su pérdida del campo visual izquierdo, la debilidad en las extremidades del mismo lado.

Y sin embargo aquí está. La chica de la resplandeciente sonrisa.

Pía vive nada más que con medio cerebro —decíamos— y, para ser más precisos, también gracias a ello: si le anulaban la parte derecha del mismo fue para mitigar la posibilidad de que acabara muriendo.

La intervención quirúrgica se llama hemisferectomía y ella es una de las pacientes a la que se le ha practicado a más pronta edad en el prestigioso Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

Aquel bebé que tan solo tenía 18 meses de vida cuando se le realizó la operación, aquel bebé que se tiró 11 horas en quirófano, aquel bebé que —bromea su madre— «tiene la misma memoria que Dory, la de *Buscando a Nemo*», ha cumplido ya los 10 años.

Esta es su historia.

Una historia que habla de un tipo de epilepsia —la refractoria— que no se cura con fármacos y a la que a veces no hay otro modo de atajar que con un bisturí; una historia sobre el síndrome de Sturge Weber; de pañuelos sacados por la ventana del coche uno y otro día de camino al hospital; de progenitores que se meten a investigadores.

Una historia que habla de la sanidad pública y —por qué no— del amor privado. El de Susana, la madre. El de Luis, su padre. El de sus dos hermanos de 14 y 17 años.

Un cerebro a medias en esa casa, sí, vale. Pero también un montón de alegres corazones elevados al cuadrado.

(...)

«Di a luz a Pía el 6 de julio de 2015 y nació con un angioma en la cara, el mismo tipo de mancha que tiene el científico Mariano Barbacid. Solo que por las características, nada más verla, el doctor nos dijo que había un 90% de posibilidades de que fuera el síndrome de Sturge Weber, un trastorno que desarrolla epilepsia refractoria y glaucoma en el ojo... Mi marido se desplomó, sonrió y desdramatiza Susana Lafuente. «Siempre le pasa».

«Ese día hablamos llenado la nevera del jardín de birras para disfrutar con familiares y amigos, había comprado hasta cojines nuevos para la gran fiesta. Nunca se celebró. Era nuestro tercer hijo y entonces nos cambió la vida».

Lo que viene a continuación es un reloj de arena dado la vuelta. Dos años, les dijeron. Si en los dos primeros años de vida, la enfermedad no debutaba, había muchas posibilidades de que no lo hiciera jamás.

«Cada día contaba. Y con esa angustia lo vivíamos», recuerda Susana. «Hasta que, con cuatro meses, tuvo su primera crisis».

Ocurrió de camino al Hospital Ramón y Cajal, de donde regresaban después de la primera sesión láser que empezaron a darle para la mancha facial. La madre observó un mínimo, pero constante, tamborileo en uno de los dedos de la bebé que iba acompañada de un extraño llanto. Lo mismo que un morse indescifrable. Nada más. Nada menos. Así fue como comenzó lo peor.

«Técnicamente tuvo lo que se llama un 'debut catastrófico'. La propia expresión médica es bastante ilustrativa, ¿verdad? Dicho de otra manera, es como si tu hija fuese nadando por un río y

Pía no tenía una crisis, dice la madre, y más rara todavía era la semana en que no tenía que ingresar después de un ataque epiléptico. El río y la corriente. Una y otra vez.

—Probamos hasta cuatro antiepilépticos a la vez —nos cuenta—. Uno de ellos era fenobarbital. Te baja el cociente intelectual, pero no había otro remedio... Porque de una crisis epiléptica como las que tenía se podía morir.

—Perdona, ¿de qué me suena el fenobarbital...? —preguntamos.

—De Marilyn Monroe. Cuando se quitó la vida, había tomado ese medicamento.

(...)

En la búsqueda de una solución que no llegaba, las piedras de Pulgarcito les condujeron hasta la doctora Mariluz Ruiz Falcó, jefa de Neurología del Hospital Niño Jesús, ya jubilada.

«Cuando en un hemisferio cerebral hay algo que se comporta haciéndole daño al paciente, es necesaria esta técnica quirúrgica de desconexión. Estamos hablando de niños, de pacientes, que tienen cientos de crisis al día, cientos de convulsiones, y eso es incompatible con una vida normalizada», atiende a este periódico. «La hemisferectomía está indicada en casos como el del síndrome de Sturge Weber, en el que una serie de vasos van aprisionando el hemisferio y acaban provocando lesiones con el paso del tiempo».

Ella fue quien primero —a los nueve meses de vida del bebé— le habló de la existencia de aquella cirugía que daba miedo.

Ella fue quien —al año y medio— fue un poco más allá: u operamos ya a la niña, les vino a decir, o se quedará con una discapacidad severa.

De tal manera que la decisión estaba tomada.

Ahora faltaba saber dónde lo harían.

Para ello, fueron a consultar al mejor de los oráculos: la eminencia se llamaba/lama Alexis Arzimanoglou, es un neurólogo infantil de origen griego formado en Francia y Reino Unido, coordinador de la Red Europea de Epilepsias Raras. Hoy dirige la unidad de Epilepsia Pediátrica en el Sant Joan de Déu de Barcelona, pero a la sazón trabajaba en Lyon y estaba de paso por Madrid, invitado a unas jornadas.

«Fuimos con Pía. Nos atendió en el lobby del hotel donde era el congreso. Queríamos saber el mejor lugar donde operar a nuestra hija. Si en Estados Unidos o en España. Nos contestó: 'Allí os podéis arruinar y, aquí, en vuestra sanidad pública, tenéis las mismas garantías de éxito'. Así que le hicimos caso».

Cuenta Susana que, en aquellas semanas, su esposo se hizo un máster en la materia: leyó todo lo existente sobre el asunto con una



de repente, viniera una corriente que la llevara exactamente al punto desde el que empezó a nadar. O incluso más atrás».

De tal manera que todo lo aprendido hasta entonces por la hija lo desaprendió. Cuando despertó del ingreso hospitalario, tenía neumonía, un trombo en la femoral, el vaciado cerebral que no se ve.

Susana, que estaba de baja por maternidad en la multinacional en la que trabajaba, se borró del mundo laboral sin fecha de vuelta. Entonces vino un año atómico. Por las visitas continuas a la fisioterapia. Por las incertidumbres. Por todo. Rara era la semana en que

06-jul-2015

ID: [REDACTED]

Sex: Female

2 years

10 cm



R FA

Frame: [28] 28 / 39

Zoom: 110,45%

Window/Level: 514/227

Pixel: 78 - (345,418)

MR (512x512) - AXIAL

A la izquierda, Pía, en su domicilio, la pasada semana.

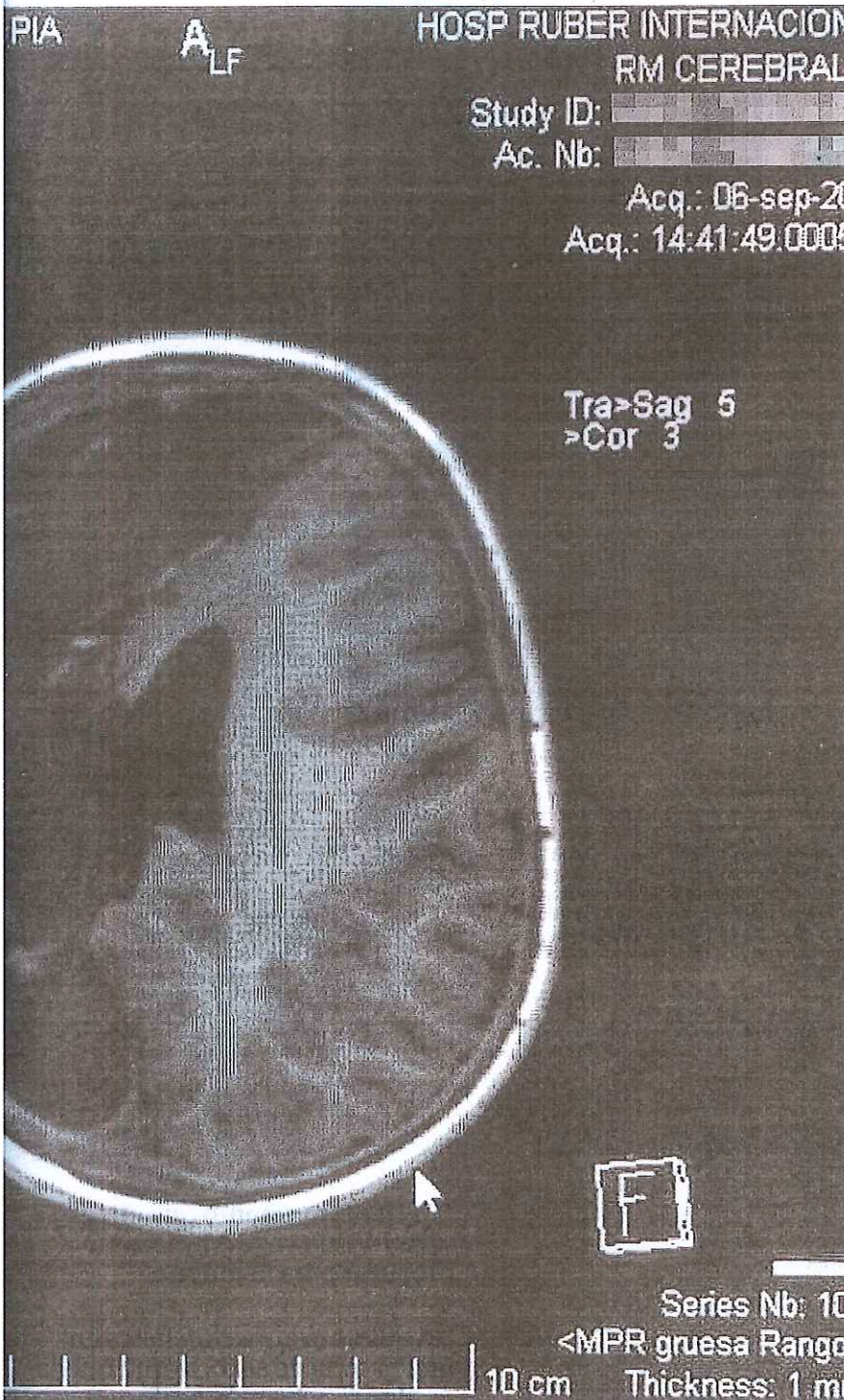
voracidad febril. «No salía», dice. Estuvo revisando «los estudios existentes», «todas las publicaciones científicas», las «posibilidades», los «resultados», todo... «Y vio las bondades de aquella operación».

—¿A qué se dedica tu marido?

—Es ingeniero industrial.

Ingresa en quirófano a las ocho y media de la mañana. Sale a las

EN PORTADA | PAPEL



Resonancia magnética del cerebro de Pía. La parte oscura es el hemisferio desconectado.

siete de la tarde. Días después, va regresando. Y *alehop*: allí está. Desde aquel 14 de diciembre de 2016, el cerebro de Pía deja de ser un campo de minas.

«Existen dos tipos de hemisferectomía. La anatómica, que conlleva la extirpación. O la funcional, que supone una desconexión. La de Pía fue la segunda: le desconectaron el lado derecho del

cerebro. Cortaron el cuerpo caloso, que es la autopista que conecta los dos hemisferios, y luego fueron cauterizando los vasos sanguíneos, para que no hubiese un derrame cerebral».

Hay dos escenas que hablan de lo extraordinario de lo sucedido. Una es la de un amigo de la familia, neurorradiólogo, quien les pide la foto de la resonancia

magnética del cerebro de la niña con curiosidad científica, para mostrarles a sus compañeros aquella imagen alucinante: algo que «parece incompatible con la vida», decía, pero que la hace *fluid*.

Otra es la del padre ingeniero industrial, quien por entonces se mete a hacer de Stanley Kubrick. Con la música de 2001, *Odisea del espacio* elabora un vídeo emotio-

nante y hermoso con los primeros pasos de su hija, aprendiendo a caminar.

Y con ella, todos.

(...)

«Desde la operación, desaparecieron las crisis. Empezó una vida normal para todos: el hecho de poder levantarte y pensar que no íbamos a tener que salir con el coche a toda pastilla, agitando un pañuelo blanco por la ventana, de camino al hospital. En la familia recobramos la normalidad. Logramos que la corriente del río no se llevara todo otra vez... Fue como una luna de miel en casa. Yo volví a recuperar el disfrute de la maternidad, el hecho de ver sus avances. Celebrábamos cualquier progreso por pequeño que fuera. El día en que se levantó y cogió el chupete, fue fiesta nacional».

El tiempo siguiente fueron 18 meses de fisioterapia, terapia ocupacional, psicoestimulación... Susana hacía (hace) de madre y de taxista, de profesor Miyagi y de animadora. Igual que quien sabe que el tiempo vuela, sobre todo cuando se trata de trabajar la plasticidad del cerebro de tu hija.

Porque en esta casa todo el mundo trata de comportarse a lo grande pensando en la más pequeña: desde que Pía tenía tres años, su hermana y su hermano saben cómo prepararle la dosis de antiépilépticos, cómo administrarle las gotas en el ojo, de qué manera comportarse si la niña tiene una emergencia.

«Y de repente tuvo otra crisis. Tenía seis años recién cumplidos. Ella llevaba con los mismos antiépilépticos residuales desde la operación. Pero, al haber cogido peso y tamaño, se conoce que ya no le hacían el mismo efecto. Se quedó con la mirada desviada, convulsionando. Fue una crisis epiléptica 'compleja y generalizada', nos dijeron. Volvimos a la casilla de salida. Salió del hospital con muchas dificultades y con la medicación más ajustada. Pero remontó».

Susana volvió al trabajo de su multinacional antes de la pandemia. Por aquellas fechas, tuvo que asistir a un máster de jóvenes directivos. Bran unos 30 elegidos. Entonces la que abrió los ojos fue ella.

«La *coach* nos hablaba del concepto de *ikigai*, una filosofía japonesa que significa *razón de ser*. Nos preguntaba: '¿Cuál es el objetivo de vuestra vida?'. Unos decían cosas del trabajo. Otros del éxito material... Yo pensé: '¿Y yo qué pinto aquí, si mi *ikigai* es estar con Pía, ayudarla con su cuaderno de actividades, con su día a día...? Así es como dejé mi empleo».

En las fotografías aparece sonriendo ante un plato de papilla blanca y caminando con dificultades, cayéndose de culo y trincando un chupete al vuelo, contoneándose con una patata frita en la boca y nadando en el agua con su padre—ya saben—lo

“Son niños con cientos de convulsiones al día, algo incompatible con una vida normalizada”, dice la doctora Ruiz Falcó

“No había otro remedio que operarla. De una de sus crisis epilépticas podía morir”, asegura Susana, madre de Pía

mismo que Dory la de *Nemo*, haciendo la salvaje en una cama elástica y junto a su madre, quien aparece tirada en el suelo a cuatro patas.

«Un día le dije a Fátima, su neuropsicóloga: 'Gracias a ti, aprendí a querer a mi hija'. Fátima siempre que la veía la llamaba La Pésima. '¡Ya está aquí La Pésima otra vez!', le decía a Pía, y Pía reía un montón... '¡¡Lo estás haciendo pésimo!', le soltaba. Y se tronchaban las dos de risa... Quiero hablar de la calidad de la sanidad pública que tenemos. Las profesionales le bajan tanto el drama al asunto de ver esto a diario que tú se lo bajas también... Y entonces vuelves a respirar... Y entonces puedes volver a ser feliz».

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Sábado 21 de Febrero de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXIII. Número: 19522

Las ayudas de funcionamiento suman 27M€ frente a un potencial de 300M€

● La herramienta fiscal contra la despoblación en Soria cumple tres años y en el último mes las empresas se han ahorrado un millón de euros con un impacto medio de 41 euros por trabajador, aunque la UE autorizó casi los 570

JOSÉ SOSA SORIA
Las ayudas de funcionamiento cumplen tres años en Soria, Cuenca y Teruel, los tres territorios más despoblados de España. Se trata de una

herramienta habilitada por la UE, pero aplicada por el Gobierno, con la que se busca corregir la falta de competitividad de las empresas por su ubicación en territorios despo-

blados con bonificaciones fiscales a sus costes laborales, que han resultado muy exiguas, según todos los protagonistas implicados.

En los tres últimos ejercicios las

empresas de Soria se han ahorrado más de 27 millones de euros, pero la realidad es que el potencial de haberse aplicado con el margen del 20% que da la Unión Europea es que la

cifra se habría elevado hasta los 300 millones de euros si se hubiera aplicado al máximo. Así lo indica la Dirección General de la Seguridad Social a través de Transparencia. **Pág. 2**



MONTESEGUROFOTO

LA HUELGA DE MÉDICOS SUSPENDE 686 CONSULTAS EN SORIA

La huelga de los médicos de la provincia y a nivel nacional desarrollada durante esta semana, desde el lunes 16 hasta ayer viernes, 20 de febrero,

concluyó esta fase con un seguimiento del 31,6% de los facultativos provinciales, un total de 61, y la suspensión de 686 consultas, según los datos e la

Junta de Castilla y León. En la imagen, las protestas de los facultativos sorianos contra el acuerdo marco del Ministerio. **Pág. 6**

Adjudicados por 6,4 millones 38 pisos de protección en Golmayo

La viviendas se dividen en dos bloques y el plazo de ejecución de la obra es de 24 meses

SORIA
La Sociedad Pública de Infraestructuras y Medio Ambiente de Castilla y León ha adjudicado la construcción de dos bloques de 38 viviendas en Golmayo por 6,4 millones de euros (impuestos incluidos) a Hermanos Rubio Grupo Constructor Herce

que dispone de un plazo de 24 meses para ejecutar la obra. Cada bloque contará con 19 pisos. Se trata de la primera fase de una segunda que llegará hasta las 72 viviendas. Las viviendas se dirigen a un público eminentemente joven para buscar la emancipación. **Pág. 7**



Restaurar la Muralla de la calle Alberca tendrá un coste de 1,3 millones de euros

SORIA
A 1,3 millones de euros asciende la inversión de la Muralla de la calle Alberca que espera aplicar el Ayuntamiento en esta céntrica zona, dominada por el palacio de Alcántara. Buena parte de ella espera conseguirla gracias a las ayudas del 2% Cultural del Ministerio de Transportes y Movilidad Sostenible. **Pág. 4**

El PP promete para el ATI una red empresarial y más firmas para el PEMA

Lucas, Ferrero y Serrano presentan el programa con vistas a las elecciones **Pág. 3**

NUMANCIA



El técnico dice que están «capacitados» para ganar al Fabril **Pág. 14**

SORIA



Los médicos de Soria durante la protesta ayer en el Hospital Universitario Santa Bárbara. MONTESEGUROFOTO

Los médicos de Soria claman en el hospital contra el estatuto marco

La huelga concluye con un viernes en el que respaldan la convocatoria un 31,6% de los facultativos, un total de 61, con la suspensión de más de 680 consultas

SORIA La huelga de los médicos de la provincia y a nivel nacional desarrollada durante esta semana, desde el lunes 16 hasta ayer viernes, 20 de febrero, concluyó con un seguimiento del 31,6% de los facultativos provinciales, un total de 61, y la suspensión de 686 consultas, según los datos e la Junta de Castilla y León.

Los facultativos sorianos se concentraron por el mediodía en el Hos-

pital Universitario Santa Bárbara se concentraron en el último día de huelga para volver a mostrar su rechazo al acuerdo marco de la ministra Mónica García, profesional también de la sanidad, con carteles como 'Mónica traidora, donde estás ahora', 'A mí quién me cuida', 'Hora trabajada computada', 'Sin médicos no hay sanidad' o 'No es guardia, es extraordinaria'.

Los médicos, familiares y otros ciudadanos celebraron una chocola-

tada como final de las movilizaciones de esta semana al grito de 'Esto no se para'.

Por su parte, en Castilla y León un total de 59.17 consultas fueron canceladas, de las cuales 37.600 corresponden a atención primaria y 21.57 a atención hospitalaria. Además, se suspendieron 1.200 intervenciones quirúrgicas y 2.964 pruebas diagnósticas en los hospitales de la Comunidad. El paro convocado ayer en los centros sa-

nitarios de la Junta de Castilla y León por los sindicatos médicos tuvo un seguimiento medio del 23,1 por ciento, según los datos registrados por la Gerencia Regional de Salud en las once áreas de salud de la Comunidad en el turno de mañana. En el conjunto de centros de Sanidad de Castilla y León (Sacyl), el paro alcanzó una media del 29 por ciento en Atención Hospitalaria y del 13 por ciento en Atención Pri-

SUCESOS

ACCIDENTE EN LA RONDA SO-20 CON UNA MUJER HERIDA

Una mujer herida es el balance de un accidente de circulación registrado durante la jornada de ayer, en torno a las cinco de la tarde, en la ronda SO-20, en el kilómetro 12 sentido Zaragoza, según informó el servicio de emergencias 112 Castilla y León. El turismo se salió de la vía y fue a chocar contra un guardarraíl. Se solicitó asistencia para una mujer de 37 años que se encontraba consistente aunque algo mareada por el impacto. Policía Local, Guardia Civil de Tráfico y una ambulancia fueron avisadas para desplazar-se hasta el lugar.

ENOLOGÍA

VIÑAS VIEJAS VUELVE AL MERCADO EL 28 DE FEBRERO

Viñas Viejas de Soria volverá al Mercado Municipal de Soria el próximo sábado 28 de febrero para celebrar su octavo encuentro en la capital soriana, gracias a la colaboración del Ayuntamiento de la capital y con la presencia de 14 bodegas, que destacarán la importancia y el valor del terroir soriano de la Ribera del Duero. En esta cita estarán presentes las bodegas Agoris, Antídoto, Rudeles, Castillejo de Robledo, Dominio de Atauta, Dominio de Es, Galla Soriana, Lunas de Castromoro, La Quinta Vendimia, Los Imposibles, Pagos de Saro Niño, Taruguín, Terraesteban, y DOSHispanobodegas.

Soria renueva el homenaje a Machado, Leonor y Odón Alonso

El alcalde destaca el pensamiento humanista del poeta de «paz y libertad»

SORIA El alcalde de la capital, Carlos Martínez, y la concejala Gloria Gonzalo, acompañados también por el director del Festival Otoño Musical, José Manuel Aceña, participaron en la ya habitual ofrenda floral en la tumba de Leonor cumpliendo el encargo de Machado en los días previos de la conmemoración de la muerte del autor de 'Campos de Castilla' y también en la lápida de Odón Alonso. Tanto el escritor andaluz como el director de orquesta cumplen su efeméride en febrero y este simbólico y modesto acto es un pequeño gesto de la ciu-

dadanía de agradecimiento por el gran legado cultural de ambos. En la memoria, también la ausencia del concejal de Cultura, Jesús Báez, que siempre aprovechaba este paréntesis para recitar al poeta.

Martínez enmarcó el acto en una reivindicación más amplia del pensamiento humanista del poeta. Señaló que «el ideario machadiano, en defensa de la paz, la libertad y la igualdad, sigue siendo una referencia ética necesaria» y apeló a la convivencia como espacio común donde deben encontrarse las distintas sensibilidades.



El alcalde de Soria y la concejala de Cultura en la ofrenda floral a Leonor. MONTESEGUROFOTO

PRIMER PLANO

TRAGEDIA EN ADAMUZ LOS SUPERVIVIENTES

La doctora Carmen de la Fuente, jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital Reina Sofía, en Córdoba, habla en tono bajo, pero su palabra es rotunda.

«Aparte de lo vivido durante la pandemia, yo no recuerdo haber gestionado jamás una catástrofe de esta magnitud. Mis compañeros y yo nos vimos de repente enfrentados a un escenario de guerra», dice. «Hay que serenarse mucho para hacer frente a algo así. Pero hoy, cuando aún no han pasado ni 48 horas del accidente, puedo decir que nuestra respuesta fue excepcional».



ANDRÉS LOZANO
CÓRDOBA

Poco más allá de las ocho de la tarde del pasado domingo, esta doctora menuda y fibrosa, de 61 años, de tez y aspecto mucho más juvenil de la que marca su carnet de identidad, recibió la orden de movilizar a su equipo para atender a los heridos que fuesen llegando del accidente de trenes en Adamuz. Primero, le llamaron desde la dirección del centro hospitalario. De inmediato, ella se puso en contacto con el equipo de guardia que estaba trabajando en ese momento en el Reina Sofía y con el resto de compañeros que estaban de descanso. La llamada de Carmen resultó imperativa: todos tenían que dejar lo que estuvieran haciendo y ponerse la ropa de trabajo.

«Movilizamos a 14 médicos intensivistas y a 14 residentes. También a numeroso personal de enfermería con el fin de dotar a todos los boxes de UCI de los materiales necesarios para enfrentarnos a una desgracia humana como la que veíamos en el horizonte. Antes de que llegara el primer paciente ya estábamos todos operativos y uniformados», explica la doctora De La Fuente a EL MUNDO durante la mañana de este martes.

Esta médico cuenta que se activó el plan de catástrofes externas. «Según iban llegando los heridos, establecimos dos áreas de pacientes, una de críticos y otra de pacientes más banales, como con traumas menos severos, por ejemplo. Al área de críticos enviamos a las víctimas más graves. Algunas de ellas ya venían intubadas o en coma en la ambulancia. Otras presentaban fracturas de pelvis o problemas pulmonares, y de algunas ya sabíamos que iban a requerir amputaciones. Varios heridos vinieron en una situación tan crítica que decidimos meterlos en quirófano sin pasar siquiera por pruebas de rayos X, sólo con el criterio de una exploración básica».

El proceso para poner nombre a los heridos tampoco resultó sencillo. La identificación de algunos de ellos se pudo hacer a través de familiares que también viajaban en



La doctora Carmen de la Fuente, jefa de la UCI del hospital Reina Sofía, ayer. SERGIO ENRÍQUEZ NISTAL

RESPUESTA SANITARIA. La doctora jiennense Carmen de la Fuente dirige la Unidad de Cuidados Intensivos del Reina Sofía, el hospital al que más heridos llegaron tras el accidente

«NOS ENFRENTAMOS A UN ESCENARIO DE GUERRA»

los trenes y que resultaron ilesos, o con la ayuda de seres queridos que se fueron desplazando hasta el Reina Sofía durante la madrugada posterior al siniestro.

«De muchos pacientes no teníamos ni un sólo dato, salvo siera hombre o mujer. A esos los íbamos identificando mediante códigos», explica la jefa de UCI del citado centro sanitario.

De la Fuente añade que sobre las doce la noche, sabedora de la gravedad de la situación en Adamuz, envió a tres médicos intensivistas a ayudar al resto del equipo médico desplegado en la zona de rescate. «Nos dimos cuenta de que hacían falta manos sobre el terreno y que aquí podíamos asumir a los heridos que nos llegaban. Tuvimos que

tomar decisiones sobre la marcha. Los que llegaron conscientes al Reina Sofía tenían una cara de miedo tremenda. Apenas se quejaban de dolor porque pensaban que los heridos que aún estaban en los vagones o entre las vías estaban peor que ellos, aunque no fuera así».

LA OPERACIÓN DE PATRICIA

El hospital Reina Sofía es el centro sanitario de referencia de toda la provincia cordobesa y de parte de la de Jaén. Ayer, cuando un periodista y un fotógrafo de este periódico recibieron el permiso de acceso a la UCI, aún había cinco personas ingresadas en estado grave que iban a bordo de los dos trenes siniestrados. Una de ellas era Patricia, una mujer de 40 años proce-

dente de La Palma del Condado (Huelva). Viajaba en el tren Alvia que unía Madrid con la capital onubense. El domingo se presentó a unas oposiciones a funcionario de Instituciones Penitenciarias. Volvía a casa tras el examen.

En torno a las 11.30 de la mañana de este martes, un tío de Patricia, Carlos Neila, doctor jubilado, atende a los reporteros en la sala de espera de familiares de los pacientes de UCI. Es un zona de acceso restringida. Se permite la entrada de los periodistas gracias a la doctora De la Fuente.

«A Patricia la están operando ahora mismo», explica su tío. «Es la segunda intervención a la que se somete ya. En la primera, nada más ingresar aquí, la dejaron abierta porque sufre un sangrado abdominal muy fuerte. Mi sobrina tiene muy fastidiados los pulmones a causa de un edema pulmonar severo. Además, presenta una fractura abierta en la tibia y el peroné. Ojalá se frene la hemorragia, se le pueda cerrar y comience a evolucionar de manera favorable».

Los padres de esta paciente hospitalizada están en su pueblo. No han podido desplazarse a Córdoba porque hace año y medio su progenitor sufrió un ictus y la madre de Patricia es quien cuida de su marido. No puede dejarlo solo.

«Mi mujer y yo vivimos en Sevilla. Nos enteramos de que nuestra sobrina estaba aquí y llegamos a Córdoba sobre las cuatro de la madrugada del lunes. Desde entonces no nos hemos movido del hospital salvo para irnos a descansar unas horas a un hotel. Hemos podido ver a Patricia en la sala de UCI, pero está sedada e intubada. No tiene hijos. Esperaba sacarse la plaza para tener un futuro más estable. Ojalá pueda volver a presentarse a una oposición, aunque sea dentro de mucho tiempo», dice su tío, esperando en que su sobrina siga con vida y pueda abandonar los cuidados intensivos a corto plazo.

Por el momento, un total de 86 heridos en el accidente de Adamuz han sido ya dados de alta, según informó ayer el Servicio Andaluz de Salud a la Agencia de Emergencias de Andalucía (EMA) tras registrarse este martes tres nuevas salidas hospitalarias.

En los distintos hospitales andaluces continúan ingresadas 37 personas —33 adultos y cuatro niños—. A última hora de la jornada de ayer había descendido a nueve el número de pacientes en UCI: cuatro todavía estaban en el hospital Reina Sofía de Córdoba, dos en el de Cruz Roja y tres en el hospital San Juan de Dios, también en la capital cordobesa.

En planta aún hay 24 heridos. Nueve de ellos en el Reina Sofía (entre ellos, los cuatro menores), dos en Cruz Roja, seis en Quirón Salud, cinco en San Juan de Dios y dos en el Hospital Infanta Elena de Huelva.

LOS HERIDOS

33 ADULTOS Y CUATRO NIÑOS

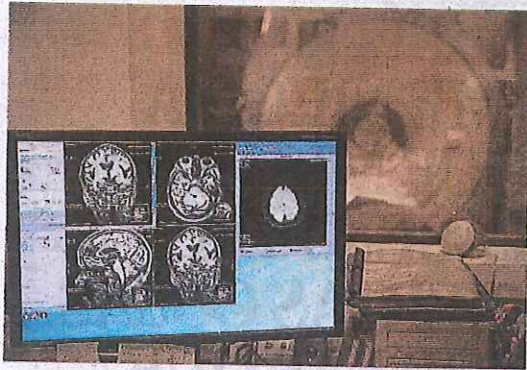
Los últimos datos proporcionados por el Servicio Andaluz de Salud señalan que en los distintos hospitales permanecen ingresadas 37 personas —33 adultos y cuatro niños—. De ellos, en Cuidados Intensivos se encuentran, desde el sábado, nueve pacientes y en planta, 24. Un total de 86 afectados han sido ya dados de alta tras registrarse ayer martes nuevas salidas hospitalarias.

SALUD | PAPEL

SALUD | PAPEL

La revista diaria de EL MUNDO. Lunes, 23 de febrero 2026

El cerebro de un paciente, sometido a una resonancia magnética para su estudio. ALBERTO DI LOLLÍ



TRES NUEVOS CASOS DE ENCEFALITIS CADA MINUTO EN EL MUNDO

Neurología. Los virus son el origen más frecuente de este trastorno. Los causantes del sarampión, las paperas, la polio o la rubeola pueden provocar encefalitis muy graves en las personas no vacunadas

Por R. Serrano (Madrid)

Cada minuto se producen tres nuevos casos de encefalitis en el mundo, un trastorno que puede dejar graves secuelas neurológicas y provocar incluso la muerte. En España, se registran alrededor de 1.200 casos al año (2-4 casos por cada 100.000 habitantes al año), según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que recuerda que aunque la enfermedad puede producirse a cualquier edad, es más común en adultos mayores, personas con problemas inmunitarios, y también entre la población infantil y adolescente: 10 de cada 100.000 niños la padecerán este año.

En el ámbito pediátrico, el trastorno puede impactar de forma significativa tanto en el desarrollo neurológico como en la calidad de vida. La Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP) alerta de que hasta un 40% de los casos de encefalitis no tiene una causa identificada y, por lo tanto, no pueden recibir un tratamiento específico o dirigido. «Estos casos, de manejo complejo, ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando para comprender mejor los mecanismos implicados, de desarrollar nuevas herramientas diagnósticas y de ampliar las opciones terapéuticas disponibles en la actualidad», destaca Thaïs Armanagué, neuro-pediatra y coordinadora del Grupo

de Trabajo de Neuroinmunología y Neuroinfecciones de la SENEP.

En España, y también según datos de la SEN, la tasa de mortalidad global de la encefalitis ronda entre el 5% y el 20% de los afectados, y puede dejar secuelas en más del 20% de las personas que sobreviven. Dificultades de aprendizaje o de desarrollo (35%), problemas de memoria (18%), cambios en la personalidad (18%) o problemas motores o problemas de audición, habla o de visión (17%) son las secuelas más comunes, pero también otras como fatiga, dolor, cefaleas o epilepsia.

La detección temprana de la encefalitis es crucial. Y en bebés es especialmente relevante estar atentos a síntomas, destaca Salma Bashir, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurología Crítica e Intensivista de la SEN. Pero si es importante su detección temprana, «aún lo es más su prevención. Seguir las pautas de vacunación y tener una higiene adecuada, así como tomar medidas para reducir el riesgo de picaduras de mosquitos y garrapatas, sobre todo si se planea viajar a países de alto riesgo, son las mejores herramientas para prevenir esta enfermedad». La encefalitis infecciosa, causada por virus, bacterias, hongos o parásitos, es la tipología más común en todo el mundo. Los virus del sarampión, paperas, polio o rubeola pueden causar encefalitis muy graves en las personas no vacunadas.

LA HUELGA MÉDICA HARÁ AUMENTAR LAS LISTAS DE ESPERA

Movilizaciones. Ayer finalizó la primera semana de huelgas intermitentes en la Sanidad previstas hasta junio. Se estima que los paros han causado la cancelación de cientos de miles de consultas y operaciones

Por G. G. Lucio (Madrid)

Terminó ayer la primera convocatoria de huelgas semanales que los sindicatos médicos prevén extender, al menos una vez al mes, hasta el próximo junio. El balance del seguimiento que hacen convocantes y comunidades autónomas es muy dispar. Así, mientras que los primeros cifran la participación en las movilizaciones «cerca al 90% en atención hospitalaria en la mayoría de comunidades autónomas, y en torno al 80% en Atención Primaria», según los datos de la confederación CFSM; consejerías como la de la Comunidad Valenciana o Cataluña calcularon el seguimiento de ayer en un 12,21% y un 7,2% respectivamente.

De cualquier manera, las cifras proporcionadas por varias autonomías permiten estimar la

Sanidad de Madrid dicen que, en este mismo periodo se han suspendido 24.216 consultas externas en diferentes hospitales, 1.405 cirugías y 3.025 pruebas diagnósticas. Además, también se ha registrado la cancelación de 8.713 citas en atención primaria.

En el caso de Galicia, desde el pasado lunes y hasta el jueves, la actividad suspendida por la huelga provocó en total la cancelación de 788 cirugías, 19.037 consultas hospitalarias, 13.376 consultas de atención primaria, 2.067 pruebas diagnósticas y más de 35.200 procesos asistenciales suspendidos, tal y como muestran las cifras oficiales.

«Llegar a una huelga de médicos y facultativos es siempre un fracaso de todos porque tiene repercusiones negativas para la atención de los pacientes», señaló este viernes Ángela Hernández, secretaria general de AMYTS, uno de los sindicatos convocantes de los paros.

Hernández subrayó que, durante las jornadas de movilización, «ha estado cubierto lo urgente, lo no demorable, lo oncológico, y por supuesto servicios como la diálisis» pero la huelga, reconoció, «supone aumentar las listas de espera de consultas, de pruebas diagnósticas y de cirugías». En ese sentido, insistió en que uno de los objetivos de la protesta es «tener

tiempo para poder ejercer de una forma digna y tener tiempo para atender a los pacientes».

«Creemos que le toca mover ficha al Ministerio de Sanidad», añadió Hernández, quien lamentó que no ha habido pasos por parte de la cartera que dirige Mónica García para la negociación. Para la secretaria general de AMYTS, la respuesta por parte del colectivo médico ha sido «espectacular». Las próximas movilizaciones están previstas para la semana del 16 al 20 de marzo.



MÉDICOS

Manifestación del colectivo médico, ayer en Bilbao. LUIS TEJIDO | EFE

cancelación, en conjunto, de cientos de miles de citas médicas en estos días de huelga.

La Comunidad Valenciana, por ejemplo, ha estimado que en los primeros tres días de protesta se cancelaron en torno a 32.000 actos asistenciales, incluyendo atención primaria, especialidades, pruebas diagnósticas e intervenciones, tal y como señaló ante los medios el conseller de Sanidad, Marciano Gómez, según informa la agencia Europa Press.

Los datos de la Consejería de

CRÓNICA

Por
**Ferran
Barber**

Hay dos enigmas aquí y uno de ellos lo custodia la Fiscalía belga de Namur, que es la capital de la región francófona de Valonia y sede de su Parlamento y su Gobierno. ¿Qué empujó a ese Ministerio Público el pasado 21 de noviembre a imputar por homicidio al ex cirujano digestivo Hugues Legendre casi 17 años después de la desaparición de su pareja en el Prepirineo aragonés?

¿Qué nuevas pruebas han aparecido o qué contradicciones ha encontrado en su relato para cambiar el paso y sostener ahora que la enfermera Françoise Dasnois no desapareció de forma accidental cuando veraneaba con su pareja —un médico francés— y sus dos hijos adolescentes en la Sierra de Guara?

De acuerdo al relato original que se había mantenido hasta la fecha, Françoise y Hugues Legendre salieron la mañana del 12 de julio de 2009 de Colungo (Huesca) para realizar una excursión hacia el Portal de la Cunarda, un gigantesco arco de piedra natural formado en la confluencia de dos gargantas. Les acompañaban sus dos hijos, a la sazón de 12 y 14 años.

Colungo es uno de esos pequeños pueblos del Somontano de Barbastro colgados en las laderas de la Sierra de Guara, un macizo montañoso del Prepirineo aragonés convertido desde hace décadas en uno de los santuarios europeos del senderismo y los deportes de aventura. La familia pasaba unas vacaciones en un apartamento de alquiler.

Era un día caluroso de verano —el termómetro superaba los 30 grados—, el cielo estaba despejado y, a mitad de recorrido, Françoise se sintió cansada. Según el relato de su hermana Rachel, recogido en un reportaje de *RTL Info* publicado en febrero de 2021, la enfermera iba rezagada respecto al resto del grupo y «decidió esperarles sin saber cuánto tiempo tardarían».

Los propios medios belgas, sin embargo, han introducido versiones contradictorias: mientras las primeras crónicas hablaban de que, fatigada, decidió volver sola al apartamento de alquiler, los textos posteriores corrigen el tiro y describen a una madre que simplemente se detiene en una zona escarpada y opta por aguardar sola el retorno de su familia.

Lo único que permanece invariable en todas las versiones es el desenlace de aquella escena: cuando Hugues Le-

gendre y los dos menores desandan la ruta, Françoise ya no está ni en el punto de reencontro en el camino, ni en su alojamiento.

En el cartel de búsqueda difundido entonces por la Guardia Civil y la familia se precisa que, en el momento de desaparecer, Françoise —turista belga de 48 años, oriunda de Fossela-Ville, 1,65 metros de estatura y complexión media— vestía zapatillas azules, pantalón corto color caqui, camiseta sin mangas rosa, gorra y gafas de sol, y que se perdió entre las tres y media y las seis y media de la tarde.

Durante días, la Guardia Civil de Montaña desplegó uno de los operativos más exhaustivos que se recuerdan en la zona: varias patrullas especializadas rastrearon la pista de la Cunarda y los barrancos adyacentes, apoyadas por un perro pisterador y dos helicópteros que peinaron desde el aire los cortados y vaguadas donde podría haberse precipitado.

BÚSQUEDA SIN ÉXITO

A ese dispositivo se sumaron agentes del Parque Natural de la Sierra y los Cañones de Guara, voluntarios de Colungo y del Somontano y el propio Hugues Legendre, que acompañó a los guardias para señalar el tramo del sendero en el que, de acuerdo a su versión, había visto por última vez a Françoise, en la subida hacia el Portal de la Cunarda por encima del barranco del Fornocal. Los equipos no encontraron ni el cuerpo de la enfermera ni una prenda o un rastro que permitiera reconstruir sus últimos pasos.

Tras el operativo, el expediente se abre en Namur como «desaparición inquietante»: la Policía Judicial Federal de Bélgica trabaja bajo la dirección de un juez de instrucción, se cursan comisiones rogatorias a las autoridades españolas y se indagan, según

el propio Ministerio Público, todas las hipótesis posibles — accidente, suicidio, desaparición voluntaria, delito — sin que ninguna pueda acreditarse. Los investigadores belgas concluyen que no hay indicios objetivos de criminalidad: ni

restos, ni señales de caída, ni huellas que permitan sostener ante un tribunal que la extracción terminó en homicidio y no en un extravía.

En el plano civil, Namur activa la maquinaria de las desapariciones de larga duración: en mayo de 2020, el Tribunal de Primera Instancia dicta una declaración de ausencia, figura que, a efectos administrativos, equivale a reconocer a Françoise Dasnois como fallecida para poder desbloquear sucesiones y otros trámites. Meses después, el 25 de enero de 2021, la cámara del consejo aparta al juez de instrucción y el caso regresa a la Fiscalía como un dossier abierto solo en teoría, sin ningún movimiento significativo.

En paralelo, los dos principales vices familiares que se han alzado en el suceso se mantienen en sus trece. Rachel Dasnois, hermana de la desaparecida y parte civil en el procedimiento belga, declara que ha consultado el sumario varias

veces —tuvo acceso a él precisamente porque se personó como parte civil—, dice no entender cómo es posible que nadie la encontrara si hubiera sufrido un simple malestar y reclama que la Policía Judicial vuelva a España para reanudar las pesquisas.

Es interesante hacer notar que ninguna de esas dudas insidiosas se sostiene sobre algo distinto a la extrañeza: en los documentos y en las declaraciones públicas que han trascendido no hay menciones de malos tratos, denuncias previas ni referencias a una relación de pareja especialmente tormentosa entre la enfermera belga y el cirujano francés.

Hugues Legendre, por su parte, ha conservado durante años el estatus de viudo de una senderista perdida en Guara y, en la documentación previa a 2025, no figura como sospechoso formal: la justicia belga no le imputa ningún delito, y su versión inicial —una caminata familiar, la decisión de de-

terminarse y el hallazgo del apartamento intacto— queda recogida en los atestados sin que la Fiscalía se atreva a modificar esa etiqueta de «desaparición inquietante».

Hasta 2022, el caso seguía técnicamente abierto pero anestetizado. El giro comienza ese año, cuando, por iniciativa de la Policía Judicial Federal de Namur, se relanza la investigación aprovechando una modificación legislativa sobre el uso del ADN que permite comparar los perfiles genéticos de los hijos y de la hermana de la desaparecida con la base de datos nacional.

Según el propio comunicado del Ministerio Público, ese movimiento científico-técnico abre una segunda fase: en 2024 y 2025, a petición de la Fiscalía de Namur, se practican «varios deberes de investigación», entre ellos dos investigaciones europeas —una en España y otra en Francia— y nuevas audiencias, cuya naturaleza concreta no se detalla



Aviso repartido por la familia de Françoise y la Guardia Civil para informar sobre su desaparición.
CRÓNICA

Un cirujano es el acusado de matar a Françoise en el Prepirineo aragonés: el caso se reabre 16 años después de su “desaparición inquietante”

pero que, en palabras oficiales, «han permitido obtener nuevas informaciones». Con ese material, el 7 de abril de 2025 el dossier entra de nuevo en fase de instrucción penal.

El 21 de noviembre de 2025 llega el salto procesal: el juez de Namur interroga al cirujano francés, lo inculpa de asesinato, y lo deja en libertad bajo condiciones—entre ellas, la prohibición de salir de Francia y la obligación de responder a todas las convocatorias judiciales—mientras la Fiscalía sigue trabajando para «determinar las circunstancias exactas de los hechos» y «tratar de localizar a la víctima».

En respuesta escrita a este periódico, la portavoz del parquet, Marie Roquiny, se limita a remitir al comunicado del 27 de enero de 2026 y a subrayar que, en interés de la investigación, no se divulgará ningún dato adicional más allá de que las diligencias europeas y las audiencias practicadas entre 2024 y 2025 son

La enfermera belga Françoise Dasnois desapareció sin dejar rastro el 12 de julio de 2009 cuando supuestamente caminaba en compañía de sus dos hijos y su pareja, un antiguo cirujano francés llamado Hugues Legendre. Decenas de voluntarios peinaron sendas y barrancos, pero ni se halló su cuerpo ni nada que explicara lo ocurrido. Al no encontrar indicios de delito, Bélgica la dio por muerta sin cadáver: un expediente etiquetado como “misterio sin resolver”. Y ahora, la Fiscalía de Namur ha reactivado la investigación y ha imputado por homicidio al médico. Pero Hugues lo niega todo

que han permitido dar el paso de reabrir la instrucción y de imputar por homicidio al marido de Dasnois.

Sabemos, sin embargo, que ninguna de las pesquisas ulteriores realizadas en España ha conducido a hallazgos relevantes porque, según ha indicado a *Crónica* la Guardia Civil, «lo último que se hizo fue en 2024, cuando se cursó una orden europea de investigación para colaborar con Namur y se llevaron a cabo varias gestiones en las que participaron la Policía Judicial y especialistas del Greim, entre ellas un nuevo reconocimiento de la zona donde supuestamente desapareció Françoise Dasnois». En palabras de la Benemérita, «poco más» pueden aportar por ahora, porque en estos momentos no están llevando a cabo ninguna actuación ni han recibido instrucciones para reactivar las búsquedas sobre el terreno.

La hermana de la enfermera niega a responder a nues-

tras preguntas: lo hace, según nos traslada su hija, por expreso consejo de su abogada, Caroline Poiré, la letrada que la representa como parte civil en Namur.

El que sí ha hablado es el propio imputado, directa e indirectamente: en declaraciones recogidas por *La Dépêche du Midi* el 2 de febrero de 2026 y citadas después por el semanario *Le Nouveau Détective*, su abogado belga Joël-Pierre Bayer sostiene que «desde 2009 sus declaraciones no han cambiado, no tiene nada de lo que reprocharse y es una víctima de esta desaparición, igual que sus dos hijos, que le apoyan y son solidarios con él». El ex cirujano niega estar detrás de la desaparición de su pareja.

La prensa belga y francesa ha ido dibujando en las últimas semanas el perfil del hombre al que ahora se señala. Se trata de un doctor de 61 años, domiciliado en Castres (Tarn), originario del suroeste francés, que trabajó durante años

en la clínica del Sidobre antes de dejar el quirófano a finales de 2025 para convertirse en médico de referencia de la Seguridad Social en el mismo departamento. Los diarios regionales lo describen como un hombre «tranquilo y leal», aficionado al rugby y seguidor del Castres Olympique, cuya vida «ha vuelto a bascular».

DETRÁS DE NUEVOS TESTIMONIOS

La Fiscalía de Namur ha orientado la nueva fase de la investigación no solo a esclarecer las circunstancias de la desaparición y localizar el cuerpo, sino también a recabar testimonios «que puedan aportar un nuevo enfoque sobre la naturaleza de la relación entre Françoise y su compañero», lo que introduce por primera vez de forma explícita la vida de pareja en el centro del expediente penal.

Si la hipótesis con la que trabajan es que Françoise fue asesinada durante aquel paseo por la Sierra de Guara, el crimen tuvo que producirse con los dos hijos presentes en el escenario del crimen, o al menos en sus inmediaciones, porque no hay constancia de que el padre se ausentara solo durante un tramo prolongado de la excursión ni de que la enfermera se separara del grupo en otro momento distinto al que, según todos los relatos, se quedó atrás.

A ello se suma un detalle desconcertante: aquel 12 de julio, Françoise salió a caminar dejando en el apartamento su teléfono móvil, su cartera y el resto de pertenencias, de modo que la única tecnología capaz de fijar sus últimos pasos se quedó sobre la mesilla de una casa de alquiler en Colongou.

Las reservas de Rachel Dasnois se apoyan más en la falta de respuestas que en evidencias: en sus declaraciones públicas nunca ha descrito un vínculo violento entre su hermana y el cirujano (lo que no quiere decir que no existiera), pero sí ha repetido que no entiende cómo es posible que Françoise no fuera hallada.

¿Es realmente tan insólito que un cuerpo desaparezca en el Pirineo? La respuesta es no. En estas mismas páginas contamos hace unas semanas la historia de Roberto Lanau Broto, el vecino de Morillo de Monclús que se esforzó en noviembre de 2024 en el valle de La Nueva, también en Huesca: 14 meses después, pese a un dispositivo de búsqueda con helicóptero, buzos, perros, drones y centenares de voluntarios, la única pista tangible siguen siendo cuatro colillas en un camino.

@fernanbarber

ASÍ PASAN LOS ULTRAMARATONES FACTURA A LA SALUD: DEJAN HUELLA EN LOS GLÓBULOS ROJOS

Investigación. Un estudio revela que, además de la preciada medalla, los corredores de carreras extremas también pueden llevarse a casa algunas secuelas en su organismo

Por C. García

El *ultra trail* de Mont-Blanc es una de las carreras de montaña más duras del mundo. Para cruzar la meta en Chamonix, los participantes tienen que recorrer unos 170 kilómetros de distancia —con cerca de 10.000 metros de desnivel positivo—, dando la vuelta al llamado techo de los Alpes, lo que exige pasar por Italia, Suiza y Francia.

Los pocos que lo consiguen se cuelgan la medalla de finalistas aunque, a juzgar por los resultados de un reciente estudio, también podrían llevarse a casa un algunos daños para su salud.

Según los datos de este trabajo, publicado en la revista de la Sociedad Americana de Hematología, carreras de resistencia extremas, como la citada, pueden dañar los glóbulos rojos y afectar a su correcto funcionamiento. De cualquier forma, el trabajo no ha podido determinar la duración y las implicaciones a largo plazo de estas lesiones.

«Participar en eventos de este tipo puede causar una inflamación general en el organismo y dañar los glóbulos rojos», señala, en un comunicado, Travis Nemkov, investigador de la Universidad de Colorado Anschutz (EEUU) y líder del estudio, que realizó un seguimiento a 23 atletas participantes en el *ultra trail* del Mont-Blanc y la carrera de Martigny-Combes a Chamonix (de unos 40 km). Los investigadores tomaron muestras sanguíneas de todos los individuos tanto antes como después de las pruebas y analizaron distintos marcadores en su plasma y

células sanguíneas. Los resultados mostraron evidencias de daño tanto físico como molecular. Entre otras alteraciones, los científicos comprobaron que los glóbulos rojos de estos atletas perdían flexibilidad después de una carrera larga, lo que, aseguran, podría reducir su capacidad para transportar oxígeno, nutrientes y productos de desecho de forma eficiente por todo el cuerpo. Su trabajo, subrayan, ha permitido dibujar el mapa molecular más complejo y detallado hasta la fecha sobre cómo una carrera de resistencia modifica los glóbulos rojos.

Según sus datos, los daños, que básicamente consisten en la degradación y el envejecimiento acelerado de los glóbulos rojos, se apreciaban ya en las personas que habían completado la carrera de 40 km. Pero se amplificaban en quienes hicieron el *ultra trail* de más de 170 km de montaña. En ese sentido, su hipótesis es que a medida que se incrementa la distancia, aumenta también el riesgo de daño en las células sanguíneas.

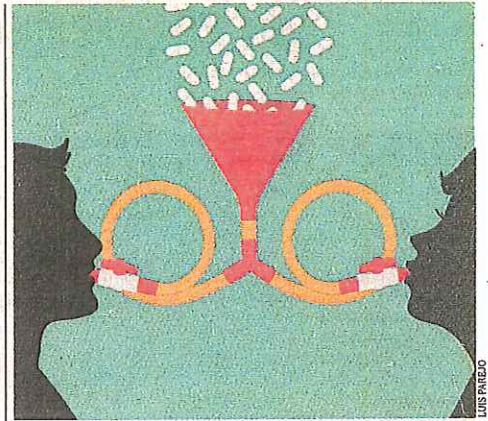
Los científicos aclaran que su estudio evidencia claramente el daño, pero su trabajo no ha podido dilucidar si ese daño tiene un impacto a largo plazo, cuánto tarda el organismo en repararlo o cuáles son las repercusiones para la salud.

Para averiguar estas y otras cuestiones, los investigadores ya están diseñando nuevos estudios que superen además las limitaciones de esta investigación, realizada con un pequeño número de participantes, con poca diversidad racial y solo dos tomas de muestras a lo largo del análisis.

Su objetivo es conseguir la suficiente información para desarrollar estrategias que permitan reducir el potencial impacto negativo del deporte extremo a través de protocolos personalizados. Conocer cómo responde el cuerpo a condiciones extremas podría servir además para desarrollar nuevas formas de mejorar la viabilidad de la sangre que se almacena para las transfusiones, añaden.

«Los glóbulos rojos son muy resilientes, pero también muy sensibles al estrés mecánico y oxidativo», añade Angelo D'Alessandro, coautor de la investigación en el citado comunicado. «Lo que muestra nuestro estudio es que el ejercicio de extrema intensidad lleva a los glóbulos rojos hacia un envejecimiento acelerado a través de mecanismos que se parecen mucho a los que se producen cuando la sangre se almacena para utilizarla en transfusiones. Comprender estos procesos compartidos nos da una oportunidad única de aprender cómo preservar su función tanto en atletas como en la Medicina de transfusión».

SALUD



ENFERMERA SATURADA

GUÍA DE USO DEL PARACETAMOL, EL FÁRMACO MÁS CONSUMIDO EN ESPAÑA

Precauciones. Nunca más de cuatro gramos al día y tomas separadas por al menos seis horas. Esa es la dosis máxima para adultos de este medicamento indicado para la fiebre y el dolor

La reciente advertencia emitida por el Hospital Regional de Málaga tras recibir varios ingresos de menores de 14 años intoxicados por paracetamol al participar en un reto de redes sociales ha hecho saltar las alertas. Y es que, ¿en qué domicilio de España no hay una caja de este popular fármaco? Es tan habitual que, cada año, se venden más de 43 millones de cajas solo en el territorio nacional y es ya el medicamento más consumido en un país enganchado a los analgésicos. **¿Cuál es la dosis máxima que se puede tomar?**

En adultos, la dosis máxima y segura que se puede consumir es de cuatro gramos repartidos en varias tomas a lo largo de todo un día. Es decir, un adulto podría llegar a tomar un comprimido de un gramo (1.000 miligramos) de paracetamol cada seis horas si lo precisase, y estaría dentro del límite máximo seguro. A partir de esa cantidad se pone en riesgo la salud. **¿Cuál sería la dosis recomendada?**

Siempre será la dosis mínima que consiga el efecto deseado. Es decir, si a un adulto le duele la cabeza o tiene fiebre, intentará siempre

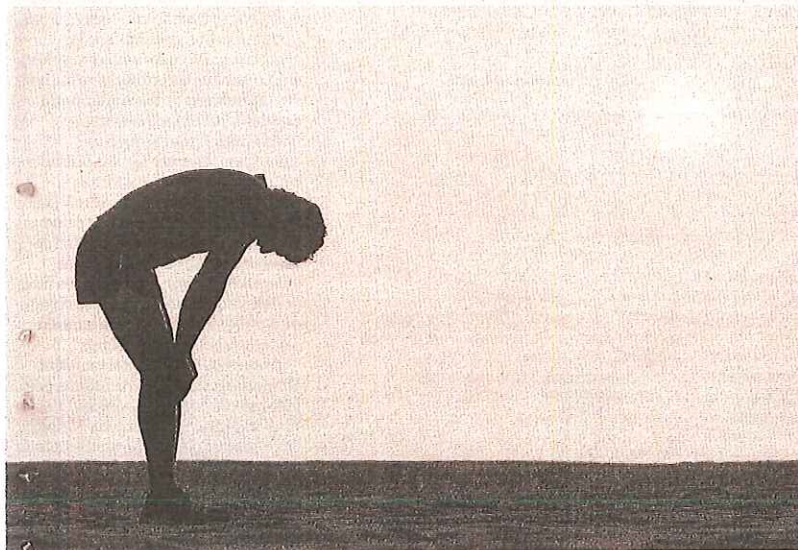
solucionarlo empezando por una dosis de 500 miligramos. En buena parte de los casos será suficiente, si no lo es, podrá aumentarla progresivamente hasta llegar a los 1.000 miligramos en cada toma y sin exceder nunca el límite máximo diario.

¿Para qué sirve el paracetamol?

Para dos cosas: para bajar la fiebre y para aliviar el dolor leve o moderado. Es el medicamento de elección cuando tenemos fiebre por un proceso gripal o una pequeña infección y queremos bajar el mercurio, y también podemos recurrir a él cuando tenemos dolor de cabeza o malestar general. Debemos tener en cuenta que este fármaco no es antiinflamatorio, así que no es la mejor opción cuando ese dolor va acompañado de inflamación.

¿Paracetamol o ibuprofeno?

Depende. El ibuprofeno sirve para bajar la fiebre, aliviar el dolor y bajar la inflamación, así que si ese dolor está provocado por una infección dental, un traumatismo o la menstruación será la mejor opción. Si solo es bajar la fiebre, el paracetamol es la elección. El ibuprofeno es más agresivo con el estómago, por lo que debe tomarse siempre con comida.



CASTILLA Y LEÓN



La manifestación por la Sanidad Pública congregó a multitud de personas procedentes de distintos puntos de la Comunidad. ICAL.

La defensa de la sanidad «pública y de calidad» sale a la calle en Valladolid

La Policía Municipal cifra en 5.000 los asistentes a la movilización convocada por 16 plataformas, algunos llegados desde otros lugares de Castilla y León en 20 autobuses

VALLADOLID
Bajo la premisa de 'Sanidad pública y de calidad' y de 'La sanidad no se vende, se defiende', miles de ciudadanos procedentes de todas las provincias de la Comunidad (5.000 según fuentes policiales y 23.000 según los organizadores) secundaron la manifestación celebrada este sábado en Valladolid y convocada por 16 plataformas sanitarias en Castilla y León. De hecho, hasta 20 autocares llegaron desde otros puntos de la Comunidad.

Con salida desde la plaza Mayor vallisoletana, se dirigió por la calle Santiago para, posteriormente, emprender camino por el paseo Zorrilla para finalizar a las puertas de la Consejería de Sanidad. Una acción reivindicativa que contó con la participación de diversos representantes políticos y sindicales.

Entre ellos, el candidato socialista a la Presidencia de la Junta, Carlos Martínez, que estuvo acompañado por el ministro de Transportes y Movilidad Sostenible, Óscar Puente; el candidato de IU y la coalición En Común (IU-Sumar-Equo) a la presidencia de la Junta, Juan Gascón; o la secretaria política de Podemos y eurodiputada, Irene Montero, y el candidato de Podemos Alianza Verde a la Presidencia de la Junta de Castilla y León, Miguel Ángel



Carlos Martínez y Óscar Puente, ayer en Valladolid. E.M.



La cúpula de Podemos participó en la cita. ICAL

del Llamas, informa Ical.

El candidato del PSOE a la Presidencia de la Junta, Carlos Martínez, lamentó que Castilla y León se posicionara «entre las cinco peores» comunidades autónomas por aglutinar hasta «50.000 denuncias al Defensor del Paciente», según los datos del 2024-2024, todavía sin cerrar. Así, defendió la necesidad de contar con una sanidad que sea «realmente universal y pública» y que garantice el «derecho a la salud a toda la ciudadanía», añadió.

Martínez participó, en compañía del ministro de Transportes y Movilidad Sostenible, Óscar Puente, en

la manifestación por la Sanidad Pública celebrada este sábado por la mañana en Valladolid, donde el candidato socialista afirmó que esta acción social y de las plataformas es un «grito de esperanza para el futuro de esta tierra».

Aseguró que hay datos que son «absolutamente incuestionables», como es la «falta de 5.000 profesionales de la enfermería en la Comunidad», con un ratio de 5,5 profesionales por cada 1.000 habitantes, lejos del nueve que plantea la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), aclaró.

El líder socialista apuntó que el «36% de los médicos» que ejerce en Castilla y León «tienen más de 55 años», que se une al «desmantelamiento progresivo» de la sanidad, al afirmar que «casi uno de cada cuatro castellanos y leoneses está concertando seguros privados», por lo que «paga dos veces por tener una sanidad pública y una cobertura sanitaria ajustada a los cánones y a las exigencias del siglo XXI».

«Son datos reales que se pretenden ignorar por parte de la Junta y por Alfonso Fernández Mañueco, pero la sociedad de Castilla y León no está haciendo ruido, sino que

está gritando y reivindicando la necesidad de una salud para todos los territorios y desde el punto de vista público con acceso garantizado», relató.

Por su parte, la secretaria política de Podemos y eurodiputada, Irene Montero, defendió que Castilla y León «necesita un cambio», de cara a las elecciones del próximo 15 de marzo, frente a las políticas del 'popular' Alfonso Fernández Mañueco, por lo que pidió a la ciudadanía que «deje de votar a quien destroza sus vidas y que apuesten por un cambio», afirmó.

«Por difícil que parezca, con nuestro voto y con nuestra movilización, podemos conseguir que las cosas cambien. Aunque parezca imposible, pero esa es la historia de Podemos y es lo que pedimos a la gente para estas elecciones», aseguró durante su participación hoy en Valladolid en una manifestación por la Sanidad Pública.

Montero aclaró que desde Podemos se «va a pelear» por ese cambio, al apuntar que los «grandes derechos se han logrado, aunque fuera difícil, cuando alguien se anima y trabaja para conseguirlo», por lo que remarcó que ese es el «mensaje que hay que transmitirle a la gente», dijo.

En su caso, el candidato de Podemos Alianza Verde a la Presidencia de la Junta de Castilla y León, Miguel Ángel Llamas, acusó al Gobierno del 'popular' Alfonso Fernández Mañueco de «maltratar y destrozar» la sanidad pública, por lo que afirmó que la coalición «sale a disputar» las próximas elecciones del 15 de marzo con la materia sanitaria «como bandera», señaló.

«Es fundamental poner pie en pared y defender la sanidad pública. Todo el mundo reconoce que somos la opción política que más defendemos la sanidad pública y que más luchamos por desprivatizar la salud», trasladó Llamas. Por ello, el candidato de Podemos Alianza Verde dejó claro que «no se puede seguir con este camino» marcado por la «privatización», aseveró.

En lo que respecta al candidato de IU y la coalición En Común (IU-Sumar-Equo) a la presidencia de la Junta, Juan Gascón, reivindicó una «mayor y mejor sanidad pública» frente a los «modelos de negocio y las privatizaciones» que producen «precarización» del sistema sanitario, afirmó al ayudarse del conocido refrán 'Más vale prevenir, que curar'.

Gascón participó también en la manifestación por la Sanidad Pública, donde trasladó que «todos los partidos políticos tendrían que defender la sanidad pública», por lo que «no le generó extrañeza» que haya otras formaciones que «no participen de estas movilizaciones», dijo.

A ese respecto, se opuso frontalmente a la política llevada cabo durante «38 años» en la Comunidad a través de una «fórmula para empoderar y para que saquen más negocio las grandes empresas privadas», donde se coloca a la «salud de la gente de Castilla y León como un sujeto de negocio», lamentó.

MEDICINA GENÓMICA

REMITIDO

"La medicina genómica busca prevenir enfermedades antes de que aparezcan los síntomas"

DR. RAMÓN CACABELOS, presidente de EuroEspes

EuroEspes cumple tres décadas como referente en medicina genómica, con avances en prevención neurológica, farmacogenética personalizada y biotecnología aplicada a enfermedades neurodegenerativas. Hablamos con el Dr. Ramón Cacabelos, Catedrático de Medicina Genómica y presidente de EuroEspes.

¿Cómo nace la idea de crear EuroEspes en España y qué supuso apostar por la genómica cuando aún era un campo incipiente?

EuroEspes nació en 1991 como un Instituto para Enfermedades del Sistema Nervioso Central. En aquel momento se estaba empezando a estudiar el genoma humano y teníamos proyectos de colaboración en Estados Unidos, Japón y Europa. Para llevarlos a cabo de forma competitiva necesitábamos una infraestructura propia. Yo acababa de regresar de Japón, donde me formé en la Universidad de Osaka, y con un grupo de inversores locales creamos en 1995 el Centro de Investigación Biomédica EuroEspes, que se convirtió en la sede del Centro Internacional de Neurociencias y Medicina Genómica. Desde entonces hemos desarrollado más de 300 proyectos de I+D, varias patentes en Estados Unidos y Europa, y más de 2.000 contribuciones científicas. Son 30 años de trabajo que nos han permitido ser un referente en enfermedades del cerebro y en medicina genómica.

EuroEspes defiende que "la respuesta está en nuestro ADN". ¿Qué diferencia a la Medicina Genómica de la medicina tradicional?

La diferencia fundamental es que la medicina actual interviene cuando ya has roto. La Medicina Genómica te permite identificar el riesgo y evitar que rompas. La medicina tradicional trata síntomas a granel, mientras que la Medicina Genómica trata la causa de los problemas de salud y personaliza el tratamiento para cada persona.

Uno de sus pilares es la prevención de enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson. ¿Cómo puede ayudar un estudio genómico antes de que aparezcan síntomas?

Cuando estas enfermedades dan síntomas ya han muerto miles de millones de neuronas que nunca vamos a recuperar, porque no hay nada que resucite neuronas muertas. Por eso la única intervención eficaz es evitar que se manifiesten

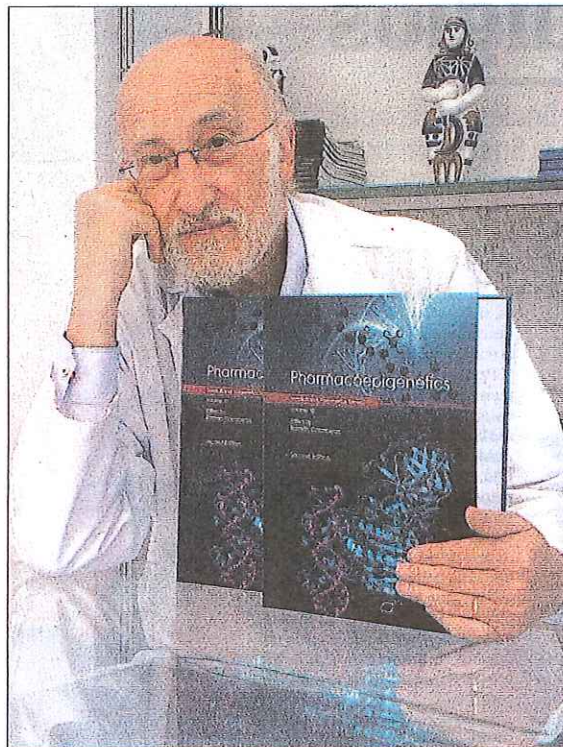
o conseguir que las neuronas mueran más lentamente. El Alzheimer y el Parkinson empiezan a minar nuestro cerebro dos o tres décadas antes de dar síntomas. Hoy contamos con neuromarcadores genómicos que permiten identificar a las personas con riesgo e implantar programas de prevención personalizada, que no solo contemplan el riesgo cerebral, sino también factores vasculares y metabólicos. En más del 40% de los casos se retrasa sustancialmente la aparición de la enfermedad, y en un 20% podríamos incluso lograr que no se manifieste.

¿Han desarrollado herramientas como Mylogy para personalizar tratamientos farmacológicos. ¿Cómo funciona este sistema?

Mylogy es la evolución de nuestra Tarjeta Farmacogenética Inteligente, que tiene ya 20 años de vida. Es el sistema bioinformático inteligente más avanzado del mundo para la personalización del tratamiento farmacológico. Todos sabemos que un mismo fármaco no funciona igual en todas las personas. Esto se debe a nuestro perfil farmacogenético. Mylogy identifica ese perfil y, mediante genómica, farmacología e inteligencia artificial, permite saber qué medicamentos son adecuados y cuáles deben evitarse. Cualquier persona puede llevarlo en su móvil o en su ordenador, y cuando un médico prescribe un fármaco, el sistema analiza su genoma y responde al instante. Incluye los 1.200 medicamentos aprobados por la FDA y la EMA.

Entre sus avances destacan la vacuna EB-101 para el Alzheimer y Atremorine para el Parkinson. ¿En qué punto se encuentran?

La vacuna EB-101 ha sido aprobada



"La medicina tradicional trata síntomas a granel; la Medicina Genómica trata la causa y personaliza el tratamiento"

El Alzheimer y el Parkinson empiezan a destruir neuronas dos o tres décadas antes de que aparezcan los primeros síntomas

por la Oficina de Patentes de Estados Unidos como la única diseñada con un objetivo dual: prevenir y tratar el Alzheimer. Actualmente sigue en fase de investigación, pendiente de ensayos clínicos. Atremorine es un bioproducto epigenético aprobado por la Unión Europea para prevención y tratamiento del Parkinson. Ya se utiliza en España y en otros países con bastante éxito y se

fabrica en nuestra división industrial, EuroEspes Biotecnología, desde donde se exporta.

EuroEspes ofrece diagnóstico y tratamiento personalizado en un solo día. ¿Cómo es posible esta eficiencia?

Nuestro modelo está pensado para ahorrar tiempo, dinero y molestias a los pacientes. Un 40% procede de Galicia, otro 40% del resto de España y un 20% del extranjero. Organizamos la actividad médica para que puedan venir por la mañana al Centro Médico y regresar a su casa el mismo día si lo desean. Todo el proceso está integrado para facilitar la atención integral.

Ha recibido importantes reconocimientos, como ser número uno del mundo en farmacogenética según ScholarGPS. ¿Qué significan estos premios?

Todo reconocimiento debe recibirse con humildad, porque los logros son fruto del trabajo colectivo. Este premio es el resultado de más de 20 años de trabajo en farmacogenética del sistema nervioso y supone una mayor responsabilidad. Detrás de cada premio hay una obligación de mantener los estándares de calidad y liderazgo.

Mirando al futuro, ¿hacia dónde se dirige la medicina genómica?

Es el camino sin retorno de la medicina moderna. Sus objetivos son entender, por qué enfermamos, desarrollar biomarcadores presintomáticos y personalizar el tratamiento farmacológico. Hoy solo conocemos la causa de menos del 20% de las enfermedades humanas. Con genómica, epigenética y otras ciencias ómicas podremos prevenir antes de que aparezcan los síntomas. Además, la farmacogenómica permite reducir un 30% el gasto en tratamientos innecesarios y más de un 40% los efectos adversos. Esto es vital, porque el mal uso de fármacos es ya uno de los principales problemas de salud en Europa.

PAPEL

ENTREVISTA • Margaret Mitchell: "La IA está alterando profundamente el sentido de la realidad". **Pág. 12**

VIAJES • Un viaje por Sevilla más allá de Sevilla entre haciendas, flamencos y arrozales. **Pág. 21**

YO DONA • Miryam Gallego: "Llevo con orgullo mis arrugas, no quiero luchar contra el tiempo". **Pág. 30**

TIENE LA CARA
DE UN BEBÉ,

DUERME
COMO UN BEBÉ,

RESPIRA
COMO UN BEBÉ...

PERO NO
ES UN BEBÉ

Cuestan hasta 6.000 euros y gracias a la IA ya reproducen movimientos. El bum de los falsos bebés dispara el fenómeno de la pseudomaternidad

Por Raquel R. Incertis. Fotografía de Alberto Di Lollo



06 | EN PORTADA

DENTRO DEL INQUIETANTE MUNDO DE LA FALSA MATERNIDAD

La fiebre 'reborn'. Con la tasa de natalidad en mínimos históricos, surgen nuevas formas de maternidad 'fake' que encuentran el escaparate perfecto en las redes sociales. La incorporación de la IA a los bebés de plástico reaviva el debate sobre si son juguetes de colección o una vía para cubrir necesidades emocionales

Por Raquel R. Incertiis
Fotografías de Alberto Di Lollo



E

n un estante del salón, junto a una lámpara y un par de marcos con fotos familiares, duerme un recién nacido. O eso parece. Lleva un pijama de algodón, tiene los puñitos apretados y la piel sonrosada. Respira. O eso parece. No llorará de madrugada, ni enfermará, ni crecerá con los años, pero su *madre* le cambia la ropa, le muelle la cuna y le dedica videos diarios en redes sociales.

No es un bebé real. Es un muñeco *reborn*. Mientras Europa encadena titulares sobre el desplome de la natalidad, en Instagram, TikTok y YouTube proliferan los contenidos protagonizados por estas muñecas hiperrealistas, una versión 3.0 del Nenuco o el Baby Born pensada ya no para niños, sino para adultos. Algunos llegan en cajas, envueltos en gasas, con certificado de nacimiento y nombre asignado. O incluso dentro de una esfera con falso líquido amniótico, como un globo de agua con una figura de goma en su interior. Son los llamados *bebés burbuja*, perfectos para simular un parto en casa como si fuera un experimento del Quimicefa.

La paternidad y la maternidad se han convertido en una experiencia simbólica, consumible y, sobre todo, compartible.

Para Beatriz González, neuropsicóloga y directora de Somos Psicología y Formación, detrás de este bum puede haber diferentes razones, «como la necesidad de generar vínculos de apego o de experimentar amor sin el riesgo de pérdida de la persona amada». Y continúa enumerando: «También la carencia derivada de no poder ser madre o padre, cuyo deseo no cumplido puede llegar, en algunos casos, a generar una disociación o una falsa creencia de que ese bebé es su hijo o hija. Incluso la necesidad de ocultar o aliviar la sensación de soledad o de insatisfacción vital, disminuyéndola o haciéndola desaparecer a través del cuidado de otro, el sentirse útil o válido para una tarea sin mayor riesgo».

Los datos ayudan a entender el contexto. Vivimos una crisis demográfica sin precedentes; la mayoría de los países europeos llevan años con su tasa de natalidad en números rojos. En 2024, se registraron en España poco más de 318.000 nacimientos, según el INE. Si bien a finales de 2025 se detectó un ligero repunte, ahora mismo nacen 47.550 niños menos que antes de la pandemia.

Y es que la tasa de fecundidad ronda el 1,16 hijos por mujer, muy lejos del nivel de reemplazo generacional. La edad media para tener el primer hijo supera ya los 32 años y los problemas de fertilidad afectan a una de cada seis parejas. Tener hijos es cada vez más caro, más tardío y más incierto. Tener un bebé *reborn* sólo es caro.

El precio de una muñeca hiperrealista en una tienda especializada va desde los 200 euros hasta superar los 6.000, en función de la complejidad del encargo y de si están hechas con vinilo o con moldes de silicona. El catálogo permite elegir entre bebés prematuros, recién

nacidos o de dos o tres meses. Se trata de auténticas obras de artesanía cuyo nivel de detalles resulta pasmoso: desde los injertos capilares, pelo a pelo, hasta las venas o el brillo de las uñas. La ropa y los accesorios, con precios también elevados, no tienen nada que envidiar a los de los bebés reales. Es una moda que no está al alcance de cualquiera, pero cuya versión *low cost* ha llegado hasta Amazon o AliExpress.

María del Valle Escudero es presidenta de la Asociación Reborn España y una de las artistas de *reborn* más veteranas en nuestro país. Empezó en 2004, cuando nadie hablaba de ello aún, y desde hace 10 años regenta su negocio Angelitos Dulces en Madrid: «Un día me encontré una foto de un muñeco hiperrealista en eBay y me quedé muy impactada, porque parecía que estaban vendiendo a un bebé de verdad. Después investigué y vi que aquí no había nada parecido todavía, así que me interesé en la técnica y empecé haciéndolo en mi casa».

Relata los primeros pasos, casi en la clandestinidad: «Era bastante incómodo porque, cuando me contactaban, tenían que venir a casa para que les enseñara algunos modelos o citarnos en una cafetería. Pero claro, quedaba raro que sacara un bebé de una bolsa en medio de un sitio público». Ahora, sus *reborn* son tan famosos que algunos directores de cine le han encargado varias muñecas para sus películas.

Cuenta Del Valle que el 99% de sus clientas son mujeres, aunque también hay hombres que se animan a hacer encargos para sus esposas, hermanas, hijas o nietas. A su taller acuden, sobre todo, personas con alto poder adquisitivo: «Doy todo tipo de facilidades para que puedan costearlo, pero es verdad que es un producto de alto valor por el trabajo que conlleva. Últimamente me hacen muchos encargos para niñas a las que les hace ilusión para su Comunidad o como regalo de Navidad, y cuyas familias se lo pueden permitir».

Una de esas clientas es Nicole Gómez. Presume de ser la mayor coleccionista de muñecas hiperrealistas de Europa. En su casa aloja, mimosa y cuida de más de 600 bebés, aunque no son los únicos que han pasado por su regazo: ella misma es, a sus 54 años, madre de cinco hijos biológicos y uno adoptado, y abuela de ocho nietos. «Empecé a coleccionarlos de joven, porque de niña quería tener muchos muñecos pero éramos familia numerosa y había muchos gastos. Así que ahora estoy cumpliendo mi



sueño», ríe. Una de las habitaciones de su piso en Madrid está repleta de estanterías y cajones-cuna donde los guarda, junto a juguetes y complementos. También hay una docena colgados de las paredes. En su casa del pueblo le esperan otras cuatro habitaciones más.

Nicole, claro está, no recuerda los nombres de todos, aunque sí de la mayoría. Varios *reborn* son el mismo, pero con diferentes edades, tamaño y peso, para simular el crecimiento del hipotético bebé. Tampoco sabe calcular cuánto dinero ha invertido en esta afición, pero la cifra es millonaria: «Me cuesta hablar de dinero porque hay gente a la que le parece una locura, pero los he ido pagando poco a poco». E insiste en que la suya es una colección como cualquier otra: «Es como el que compra muchos bolsos, zapatos o perfumes. Cada uno que haga lo que quiera con su vida mientras no haga daño a nadie».

El fenómeno de la *fake parenthood* o *pseudomaternidad* no es reciente; lo que ha cambiado es su alcance. Para entender los orígenes de los *reborn* hay que remontarse a la Alemania de



10 | EN PORTADA



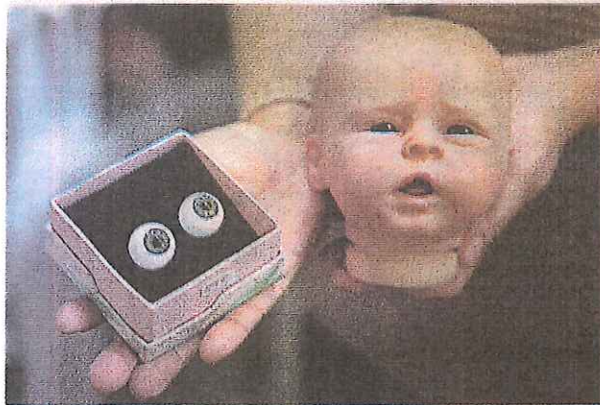
la II Guerra Mundial, cuando las madres empezaron a retocar las muñecas de sus hijos para darles un aspecto nuevo, ya que no tenían recursos para comprar otras. Después se extendió a Estados Unidos en los 90. Desde allí llegaron a Europa en los 2000 y a China en esta última década, dando lugar a una pequeña y desconocida industria.

Durante años, los *reborn* ocuparon un nicho discreto: coleccionistas, artistas, personas mayores o usos terapéuticos muy concretos. La primera vez que posaron en el escaparate mediático en España fue, de hecho, en un *reality show*. Era 2015 y Marina, una concursante de *Gran Hermano*, entraba con su hijo recién nacido al programa porque decía no poder despegarse de él. Semanas después, se descubría el secreto del montaje: Juanito no era sino un muñeco hiperrealista que dejó perplejos al resto de inquilinos de la casa.

Hoy en día, existen todo tipo de cuentas en redes sociales dedicadas exclusivamente a mostrar rutinas de crianza ficticia en directo o en diferido: compras en tiendas de bebés, paseos en carrito, noches *diffíciles* o cambios de ropa. Es el caso de Mandarin Reborn, un canal de YouTube y cuenta de TikTok inaugurados el día de Reyes. Tras ambos perfiles se encuentra Cristina, española de 34 años residente en Dinamarca, con pareja estable y sin hijos. Tampoco con intención de tenerlos: «Nunca he querido afrontar la gran responsabilidad que conlleva criar un hijo, entre otros muchos motivos porque jamás he sentido ese instinto maternal que lleva a muchas mujeres a tenerlos. Es una decisión que tomé hace muchísimo tiempo», afirma.

Cristina recuerda que llegó al mundo de los *reborn* casi por casualidad, mientras ayudaba a una amiga a buscar muñecas para ella: «Entonces vi a una bebé que me enamoré y me la compré». A día de hoy tiene dos, Mandarin y Carquinyoli, a quienes atavía con diademas rosas con lazos y patucos de Minnie Mouse en sus *vlogs* diarios: «Las personas de mi entorno nunca me han juzgado. Lo que más me sorprende de los comentarios de gente desconocida es que rápidamente me aconsejan que tenga hijos o adopte a un niño. Me sorprende porque no saben quién soy, si soy responsable o si tengo los medios suficientes para mantenerlos».

Con miles de seguidores en TikTok, Nicole comparte sus rutinas y sus nuevas adquisiciones. Las suyas y aquellas



con las que obsequia a sus hijos, nietos y a una veintena de amigas que, como Cristina, se han enganchado hace poco a este mundillo. Explica también que algunas personas la contactan a través de las redes sociales para «amadrinarlos» y, cada cierto tiempo, viajan para ver a sus *ahijados* desde Córdoba o Barcelona: «Una vez incluso hicimos un bautizo aquí en casa, fue muy divertido».

La llegada de la inteligencia artificial ha llevado el asunto un paso más allá. Los muñecos animatrónicos incorporan sistemas tecnológicos que simulan respiración, latidos, risas, llanto o microespasmos. Empresas *online* como Babyclon o talleres como Reborn Galbarro, en el corazón de Sevilla, los ofertan a una media de 5.000 euros. Se diseñan a partir de fotos para *crear* un bebé a la carta, con facciones y expresiones concretas, color de ojos y tono de piel. Es una *pseudomaternidad* sin azar, sin espera, sin biología. Para muchos, es aquí donde aparece una línea incómoda: la de la eugenesia digital aplicada al afecto, aunque se disfraza de entretenimiento o de consuelo emocional.

«No siempre suplen carencias o necesidades de cariño, vinculación o apego; pueden servir para autorregularse emocionalmente, como lo hacíamos cuando usábamos el chupete de pequeños. También puede emplearse como un objeto simbólico que ayuda a transitar en situaciones complejas», explica Patricia Lodeiro, psicóloga clínica y fundadora de CAIP Psicología. «Este hecho no tiene que ser, por sí mismo, patológico: la patología empezaría a aparecer si ese soporte dejara de ser algo temporal».

«Les dedico todo el tiempo que puedo al día», asegura Nicole, que acaba de acostarlos cuando hablamos por teléfono. Algunos de sus *reborn*, como Scarlett y Daenerys, incorporan sistemas de IA y se comportan prácticamente igual que un ser humano, con todo lo que ello implica. Les cambia el pañal cuando hacen sus necesidades, los baña cuando se ensucian, les arrulla cuando gimotean y les amamanta con leche falsa cuando tienen hambre. Y, si tiene que salir de viaje, le encomienda sus cuidados a una *canguro* de confianza.

En redes sociales, los discursos son variados. Hay quien habla abiertamente de duelo perinatal, de infertilidad o de pérdidas no superadas. Otras creadoras lo presentan como una forma de compañía cotidiana, una rutina que ayuda a estructurar el día. También están quienes lo viven como puro hobby. El problema, apuntan los especialistas, no es el objeto, sino el uso: cuando la simulación sustituye al vínculo real en lugar de acompañarlo.

Lodeiro insiste en que se debe considerar el efecto que el *reborn* está teniendo en la vida de la persona «para poder diferenciar entre un uso simbólico y un uso evitativo, donde el bebé sirve como una huida frente al vacío, la ansiedad o la soledad contemporánea», algo que podría llegar a generar una desconexión con la realidad. Equipara esta práctica con tener una mascota y tratarla como a una persona, algo mucho más normalizado y que «no está señalado como un síntoma de desvinculación social».

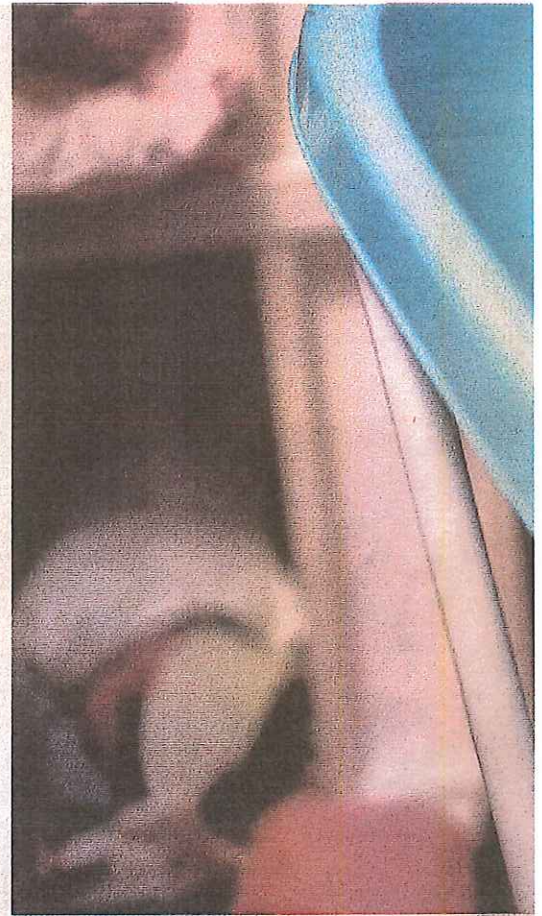
El auge de los bebés *reborn* conecta además con otro fenómeno en expansión: el de los *kidults*, adultos que consumen productos infantiles como refugio vital. Juguetes, puzzles, peluches, consolas retro, figuras montables o de colección... En una realidad marcada por las expectativas y la exigencia continua, lo infantil ofrece algo muy concreto: ausencia de consecuencias. A nadie le despiden por cuidar mal a un muñeco. «Como sucede con las ciberovias o

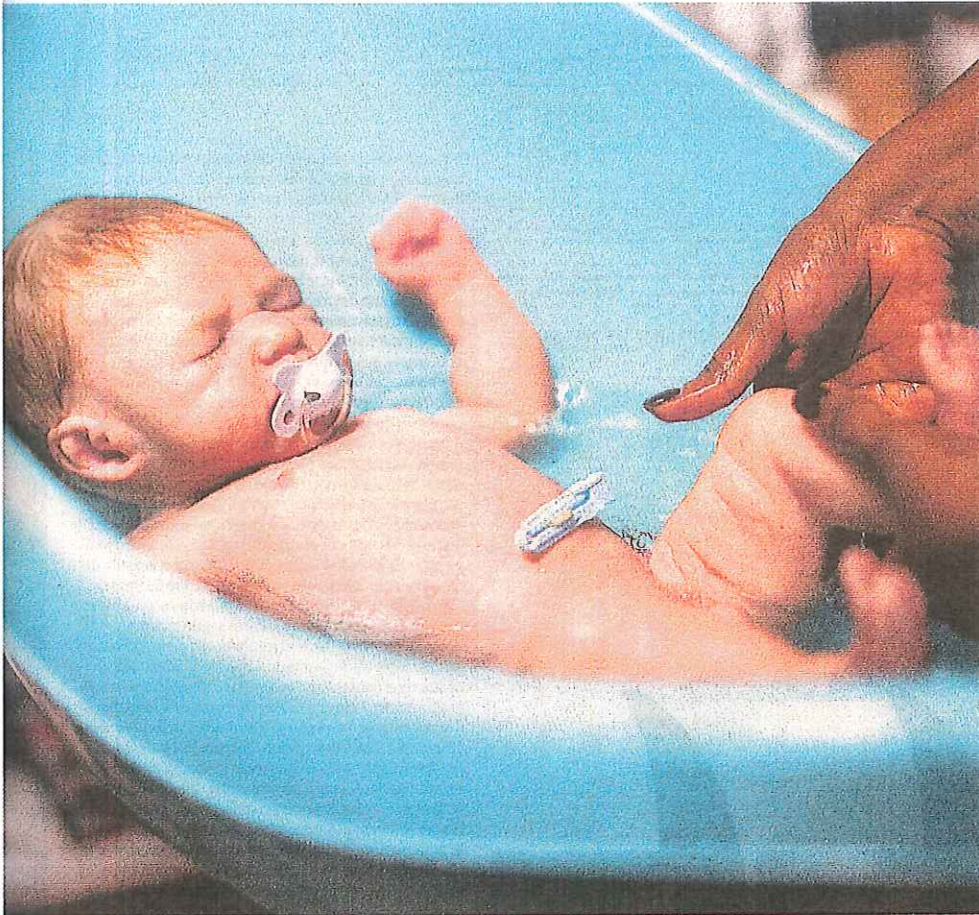
incluso con las muñecas hinchables, los *reborn* difuminan los límites entre juego y realidad, entre infancia y adultez. El ser humano necesita ordenar: la incertidumbre genera malestar y, como seres hedonistas, no la toleramos», sostiene Lodeiro. «Esta difuminación de los límites implica incomodidad porque no nos permite ordenar ni posicionarnos sobre lo *correcto* o *incorrecto*. De hecho, incentivamos otras formas de sustitución simbólica como el consumismo o la hiperproductividad, pero culturalmente cuesta entender este tipo de objetos como formas de superar duelos o crisis emocionales».

«Cuántas veces, cuando éramos adolescentes, ante una rabieta o un disgusto abrazábamos un cojín o un osito de peluche como si nos fuera la vida en ello. Pues con el *reborn* es lo mismo, algunas sienten consuelo al abrazarlo o acunarlos», dice Del Valle, que tiene dos hijos «ya crecidos» y reconoce haber tenido que hacer frente a comentarios misóginos por su trabajo: «Hay muchos hombres que se pasan años armando una maqueta de tren en una habitación e invitan a sus amigos a verla y a jugar con ella, y no se les cuestiona tanto».

A diferencia del movimiento *tradwife*, cuyos contenidos y *hashtags* idealizan la maternidad desde una estética conservadora y perfectamente coreografiada, la *fake parenthood* es más caótica y menos aspiracional. No hay casas de revista, sino salones normales, escenas en pijama y vídeos de «primeras noches sin dormir» grabados sin demasiada edición. No se vende una ideología, sino la sensación de acompañamiento. En muchos comentarios se repite la misma idea: «No me siento sola».

Ese sentimiento de comunidad no es menor: plataformas como TikTok e Instagram permiten compartir





una experiencia íntima sin exponerse del todo. Cuidar un *reborn* no implica renunciar a la independencia, al trabajo ni a la vida social. La criatura se puede pausar, apagar o guardar en una caja. Y, cuando a tu alrededor oyes llorar o chillar sin parar a los hijos de otros, esa reversibilidad resulta tentadora.

«La gente que no me conoce de verdad y solo ve mi contenido en redes sociales cree que yo estoy 24/7 con mis bebés *reborn* en brazos. No piensan ni por un segundo en verlo como lo que es: una distracción, una afición con la que creo contenido y que me ayuda a mantener despierta a mi niña interior. Cuando termino de grabar, termino de jugar», dice Cristina. «Soy plenamente consciente de que no son bebés reales, no tengo ninguna obligación para con ellos. Si así fuera, no los tendría».

Las quedadas de mujeres para pasear o alimentar a sus *reborn* en ciudades como Alcalá de Henares, Málaga u Oviedo generan reacciones encontradas. En la Asociación *Reborn* España hay acreditadas medio centenar de socias. Cuenta Nicole que, en uno de sus paseos nocturnos con el carrito, una mujer mayor le increpó «porque era invierno, hacía frío y llevaba a dos criaturas por la calle con las piernas descubiertas».

Del Valle cuestiona la controversia que suscita cada titular sobre el tema y defiende a un colectivo estigmatizado por sus intereses: «No estamos locas ni hacemos daño a nadie. Tenemos que escuchar unas barbaridades increíbles en las redes sociales y en las ferias. Me han llegado a preguntar, delante de un expositor, que si eran bebés disecados o que si se los vendía a los pederastas».

Más allá del morbo, estos encuentros plantean una pregunta de fondo: ¿qué ocurre cuando el deseo de cuidar no encuentra un cauce viable en la realidad? ¿Qué dice de una sociedad que juega a ser madre o padre porque serlo de verdad se ha vuelto casi imposible? «Por un lado, claro que puede tratarse de una exploración inofensiva. En el caso de adolescentes, se puede utilizar para trabajar el rol de la responsabilidad y del cuidado, siendo conscientes de que se trata de una simulación que permite experimentar esa experiencia o responsabilidad», argumenta González. Sin embargo, señala la neuropsicóloga, el aumento de estas conductas también puede interpretarse como un reflejo de sociedades «cada vez más individualizadas, donde se establecen relaciones con sistemas artificiales y menos humanos, lo que genera dificultades para sostener vínculos complejos».

«Hay muchos prejuicios hacia el mundo *reborn*, la gente cree que quien los compra es porque no puede ser madre o porque ha sufrido alguna pérdida, pero esos son la minoría de una gran comunidad. La mayoría somos coleccionistas o nos gustan los juegos de rol», aclara Cristina. «Hay todo tipo de personas, desde chicas de 18 años hasta mujeres de la tercera edad. Muchas tienen hijos, otras no tienen hijos pero en un futuro prevén tenerlos, y hay otras mujeres como yo que no los queremos en absoluto».

La creadora de contenido asegura que hay personas que sufren de ansiedad, depresión o alzhéimer «a las cuales sus bebés *reborn* les ayudan muchísimo». También jóvenes diagnosticadas con autismo o algún tipo de discapacidad que encuentran estímulos sensoriales y consuelo emocional en estos muñecos hiperrealistas. «Tengo a una cliente de veintipico con parálisis cerebral que me visita siempre que viene a Madrid para las revisiones. No tiene pareja y sabe que no va a poder tener hijos, pero eso la anima», concuerda Del Valle.

«Si aparece gente haciendo como que están embarazadas del bebé o lo paren, es cuando se nos ridiculiza a las demás, que no tenemos ningún trastorno», añade Nicole. «No se dan cuenta del daño que hacen con esa perversión, yo hago esto y lo comparto con todo el cariño del mundo».

Con todo, el algoritmo premia y amplifica lo emocional, lo raro, lo que provoca reacción. Un bebé falso genera más atención que un carrito vacío. Y la *pseudomaternidad* funciona bien porque mezcla ternura y polémica; es contenido perfecto para una economía de la atención que vive de extremos. «Con la IA está habiendo muchos cambios en los *reborn*, muy rápidos, aunque todavía no del todo bien implementados. Es un arma de doble filo», opina la artesana. «Hace 20 años venía gente con fotos, pidiéndote un bebé idéntico a su hijo cuando era pequeño, cosa que no siempre es posible. Veremos qué pasa en el futuro».

«Hay muchos prejuicios hacia el mundo *reborn*, la gente cree que quien los compra es porque no puede ser madre o porque ha sufrido alguna pérdida, pero esos son la minoría de una gran comunidad. La mayoría somos coleccionistas o nos gustan los juegos de rol», aclara Cristina. «Hay todo tipo de personas, desde chicas de 18 años hasta mujeres de la tercera edad. Muchas tienen hijos, otras no tienen hijos pero en un futuro prevén tenerlos, y hay otras mujeres como yo que no los queremos en absoluto».

La creadora de contenido asegura que hay personas que sufren de ansiedad, depresión o alzhéimer «a las cuales sus bebés *reborn* les ayudan muchísimo». También jóvenes diagnosticadas con autismo o algún tipo de discapacidad que encuentran estímulos sensoriales y consuelo emocional en estos muñecos hiperrealistas. «Tengo a una cliente de veintipico con parálisis cerebral que me visita siempre que viene a Madrid para las revisiones. No tiene pareja y sabe que no va a poder tener hijos, pero eso la anima», concuerda Del Valle.

«Si aparece gente haciendo como que están embarazadas del bebé o lo paren, es cuando se nos ridiculiza a las demás, que no tenemos ningún trastorno», añade Nicole. «No se dan cuenta del daño que hacen con esa perversión, yo hago esto y lo comparto con todo el cariño del mundo».

Con todo, el algoritmo premia y amplifica lo emocional, lo raro, lo que provoca reacción. Un bebé falso genera más atención que un carrito vacío. Y la *pseudomaternidad* funciona bien porque mezcla ternura y polémica; es contenido perfecto para una economía de la atención que vive de extremos. «Con la IA está habiendo muchos cambios en los *reborn*, muy rápidos, aunque todavía no del todo bien implementados. Es un arma de doble filo», opina la artesana. «Hace 20 años venía gente con fotos, pidiéndote un bebé idéntico a su hijo cuando era pequeño, cosa que no siempre es posible. Veremos qué pasa en el futuro».

Imágenes de algunos de los 600 bebés de la colección personal de Nicole Gómez.

Los ojos y la cabeza de uno de los 'reborn' que vende María del Valle en Madrid.



LA OMS SACA TARJETA AMARILLA A ESPAÑA POR LA GESTIÓN DEL SARAMPIÓN

Alerta. Nuestro país ha perdido, junto a otros cinco países europeos, su estatus de nación libre de la enfermedad. El reciente brote de Alicante y la circulación de casos detectada en Madrid esta semana no auguran que la situación vaya a revertirse a corto plazo

Texto e infografía de Gracia Pablos

Hace casi un mes la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que España, junto a otros cinco países de la región europea, perdía su estatus de país libre de sarampión. Es el resultado de una evaluación basada en los datos de contagios durante el año 2024, pero los números no han mejorado a posteriori y el reciente brote en dos empresas de Alicante, además de los casos detectados en Madrid, no auguran una disminución para este año que apenas acaba de comenzar.

¿Qué ha sucedido para que en solo unos años el sarampión, una enfermedad en vías de eliminación, haya resurgido en todo el mundo? Hablamos de uno de los virus más contagiosos que existen, pero también de uno cuyo reservorio solo está en humanos y para el que existe una vacuna segura y eficaz con la que prevenir el contagio y sus posibles consecuencias. En este tiempo ninguna de estas máximas ha dejado de ser cierta así que solo se puede mirar hacia un culpable: el descenso de las coberturas vacunales. La pandemia tuvo un efecto inmediato e innegable no solo en el retraso de campañas de vacunación, sino en la instalación de cierta reticencia hacia las vacunas. Y todo ello se sumó a la desidia ante una amenaza que, con la cómoda distancia de quien ya no recuerda sus consecuencias, no parece ni tan importante ni tan urgente. Morir de éxito, dicen los expertos.

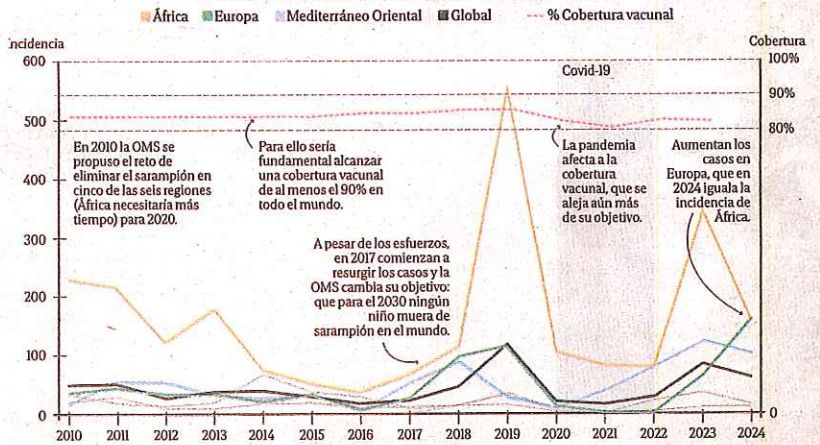
En lo que respecta a la situación específica de España, nuestro país se consideraba libre de sarampión desde el año 2017 y ahora toca trabajar en serio para volver a ese punto. «Este cambio de estatus no es una buena noticia», explica Antoni Trilla, epidemiólogo y catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad de Barcelona. «Nos han sacado una tarjeta amarilla de eliminación del sarampión». Para el epidemiólogo está claro lo que subyace a ese cambio de situación: «Tenemos un nivel de cobertura de vacunación bueno, pero quizá no óptimo, y esto ha posibilitado que tengamos transmisión del sarampión relativamente continuada, aunque también relativamente limitada, dentro del país».

Fernando Moraga-Llop, pediatra y portavoz de la Asociación Española de Vacunología (AEV) nos ayuda a comprender las estadísticas recientes de casos de sarampión en España: «Los pocos casos que había en

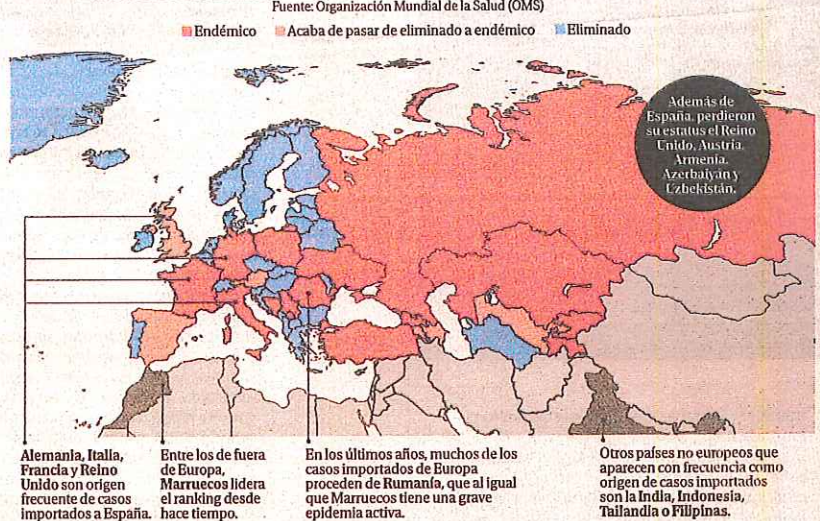
DE LA ELIMINACIÓN A LA REEMERGENCIA

Lejos de avanzar hacia su erradicación, la incidencia del sarampión no deja de aumentar en todo el mundo desde hace años.

INCIDENCIA Y COBERTURA VACUNAL EN TODO EL MUNDO
Casos por millón de habitantes y región de la OMS más % de niños de 1 año que han recibido la primera dosis de la vacuna del sarampión. Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y Our World in Data.



ESTATUS DEL SARAMPIÓN EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS



CASOS DE SARAMPIÓN EN ESPAÑA POR ORIGEN

Fuente: Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y Rubéola. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.



el 2014, 2015 y 2016 eran casos que estaban ligados a la importación». En 2024 el número de casos confirmados asciende vertiginosamente de 14 (en 2023, aún bajo las secuelas de la pandemia) a 227. Entre ellos, de nuevo, muchos se relacionan con la importación: 53 casos de forma directa y 98 a partir de estos.

Pero el portavoz de la AEV llama nuestra atención sobre los 76 casos que, a día de hoy, aún figuran etiquetados como «de origen desconocido o en estudio». Hablamos de un 32,1% de los casos, todo un piloto encendido que anuncia una posible circulación endémica del virus, también a ojos de la OMS.

En 2025, y posteriormente a la evaluación del organismo internacional, los números empeoraron. De 227 pasamos a 397 casos, 194 de origen desconocido, casi la mitad (un 48,9%) de los casos confirmados. «Esto está indicando que el virus está circulando y que, por lo tanto, España ha pasado de ser un país libre de sarampión a un país endémico», explica Moraga-Llop.

Trilla añade otro punto: «Llama la atención una frase que queda un poco oculta en las recomendaciones del comité, que viene a decir que para saber si tenemos o no transmisión interna es importante saber qué tipo de cepa o de variante circular». El epidemiólogo considera que quizá no se contaba con toda la información genética necesaria y se optó por considerar que había transmisión interna en algunos casos que quizá se podrían haber descartado.

En el escenario actual de reemergencia, los casos importados seguirán siendo una realidad, y debemos hacerles frente. «El problema siempre es no estar vacunado», advierte el portavoz de la AEV, «no es culpa ni de viajar al extranjero ni de ser inmigrante: si una persona viaja a Marruecos sin estar vacunada, puede volver con el sarampión; si una persona inmigrante no vacunada viene con el sarampión, puede provocar un brote o contagiar a otros». La consecuencia es la misma y el denominador común también: la falta de vacuna.

El sarampión lleva alejado de nuestro día a día hace mucho tiempo, de hecho para los nacidos a partir de los años 80 es probable que ni siquiera sea un recuerdo. Por eso conviene explicar que el sarampión es una enfermedad muy contagiosa, junto con la tosferina es una de las más transmisibles, y sus consecuencias no son menores. «Uno de cada mil infectados se muere de sarampión», recuerda Trilla, «y eso es lo que la vacuna también reduce, además de las posibilidades de complicación como neumonías, gastroenteritis u otros problemas graves».

Debido a su alta transmisibilidad la cobertura vacunal necesaria para contenerla ha de ser también muy elevada, de un 95%. El porcentaje necesario para alcanzar la inmunidad de grupo varía con cada enfermedad, teniendo en cuenta su contagio y la efectividad de la vacuna. Afortunadamente la del sarampión no solo es segura, también es muy eficaz, un 93% en una primera dosis y entre un 97%-100% con la segunda. Eso significa que la población vacunada supone un auténtico escudo de

EN BUSCA DE LA INMUNIDAD DE GRUPO

El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas que existen pero contamos con un arma muy efectiva para hacerle frente.

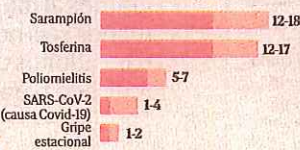
EL CAMPEÓN DEL CONTAGIO

Afortunadamente, y al menos por ahora, no convivimos con apenas casos, así que hemos olvidado lo peligroso que es. ¿Qué es lo que hace que el sarampión sea tan contagioso?



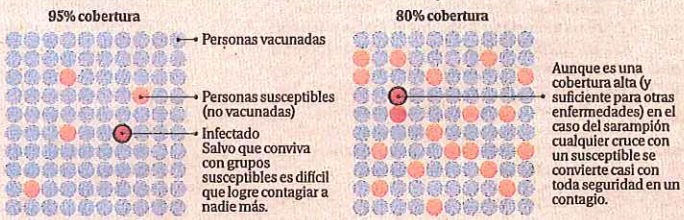
CAPACIDAD DE CONTAGIO

Medida en base al R0, que indica el promedio de personas susceptibles que se pueden contagiar a partir de un infectado.



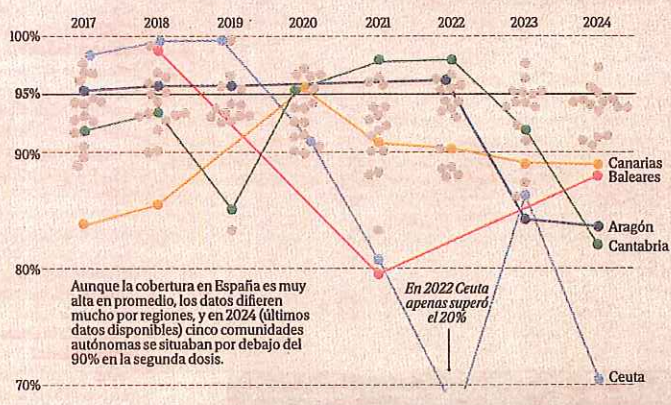
EL ESCUDO DE LA VACUNA

La vacuna contra el sarampión (en España está incluida en la triple vírica) es segura y muy eficaz, pero debido a la alta transmisibilidad del virus es necesaria una cobertura del 95% para alcanzar la inmunidad de grupo.



COBERTURA VACUNAL EN ESPAÑA

% de cobertura de la triple vírica en la segunda dosis, datos por Comunidades Autónomas.



Fuente: SIVAMIN (Sistema de Información de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad), Ignacio López-Goñi (@microbioblog), catedrático de Microbiología de la Universidad de Navarra, Fernando Moraga-Llop, pediatra y portavoz de la Asociación Española de Vacunología (AEV), elaboración propia.

contención, pero en ausencia de la inmunización cualquier persona susceptible se convertirá, casi con toda seguridad, en un nuevo caso.

¿Qué debemos hacer para retomar el camino hacia la eliminación? El epidemiólogo Antoni Trilla fija varios objetivos. El primero, la accesibilidad a la vacuna: es algo que se ha puesto encima de la mesa en los países de nuestro entorno con peores datos, como Reino Unido, en el que además funciona un sistema sanitario similar al nuestro.

En segundo lugar, la vigilancia epidemiológica y diagnóstico. Trilla advierte que los médicos y las enfermeras han de volver a pensar en el sarampión como una posibilidad, ya que, aunque a priori es una enfermedad fácil de diagnosticar, la falta de experiencia puede llevar a engaño o retrasar una acción que puede ser fundamental. De igual modo el epidemiólogo considera que, con el número actual de casos, deberíamos tener capacidad para establecer los diagnósticos desde el punto de vista virológico, enviando las muestras a los laboratorios de referencia para hacer las tipificaciones.

Por último, hemos de mejorar la cobertura vacunal. «Estamos muy bien, por ejemplo, si nos comparamos con Rumanía», explica Fernando Moraga-Llop, «pero no tenemos una excelencia». El pediatra recuerda que si bien la cobertura para la primera dosis es de un 97,3%, la segunda no llega al 95% requerido (93,7%) y en cualquier caso hablamos de medias nacionales: varias comunidades autónomas se encuentran en porcentajes algo más preocupantes.

¿A qué se debe este descenso? Los dos expertos coinciden en que la población inmigrante en líneas generales acoge sin reticencias la puesta al día de sus calendarios de vacunación. «Lo importante es que los niños, en cuanto lleguen, entren en contacto con el sistema sanitario», explica Trilla, «y que les expliquen bien que las vacunas aquí funcionan, que son seguras y que tienen derecho a todas las vacunaciones y existen pautas para ponerles al día aunque solo se hayan puesto dos de las 12 o 13 que se tendrían que haber puesto».

Otro sospechoso habitual son los antivacunas. De nuevo ambos coinciden en que, aunque hacen mucho ruido, no son tan numerosos ni la explicación a este descenso en las coberturas en nuestro país. Lo que sí que han aumentado, sin embargo, son las dudas o el miedo a reacciones adversas, posturas que normalmente se reflejan, según explica Moraga-Llop, en demoras en las dosis o incluso en la solicitud de vacunar contra cada virus de forma independiente, algo que en España no es posible ya que el sarampión forma parte de la triple vírica, que vacuna también contra la rubéola y la parotiditis.

¿Podremos erradicar el sarampión? Tenemos los elementos necesarios, pero falta que el esfuerzo sea conjunto. Eso sí, la recompensa merece la pena. Moraga-Llop recuerda que el Programa Ampliado de Inmunización, que celebró su 50º aniversario en 2024, ha evitado más de 150 millones de muertes por enfermedades prevenibles por vacunas, 93 millones solo por el sarampión.



Imagen de los miembros del equipo de la Universidad de Burgos que ha elaborado el manual. SANTI OTERO

> BURGOS

La mente humana se encuentra con las máquinas

La Universidad de Burgos publica un manual sobre sistemas inteligentes aplicados a la Psicología, que integra técnicas como eye tracking, electroencefalografía, actividad electrodérmica y machine learning para mejorar la evaluación, el diagnóstico y la intervención clínica. Por **María Merino**

La Psicología ha experimentado una transformación profunda en las últimas décadas, acompañando los cambios de una sociedad cada vez más digitalizada y con acceso masivo a datos. La manera de estudiar la conducta humana, evaluar procesos cognitivos e intervenir en la práctica clínica ha evolucionado, incorporando herramientas de computación y neurotecnología que amplían las posibilidades de diagnóstico y tratamiento sin abandonar los fundamentos teóricos de la disciplina. Este escenario de innovación es el contexto del nuevo libro publicado por la Universidad de Burgos sobre sistemas inteligentes aplicados a la Psicología.

El manual, titulado *Sistemas inteligentes aplicados a la Psicología*, ha sido elaborado por María Consuelo Sáiz Manzanares, Raúl Marticorena Sánchez, Alvar Arnaiz González, David García García y Alicia Olivares Gil, y está disponible tanto en formato papel como digital de acceso abierto. Se dirige a estudiantes de Psicología y a profesionales interesados en actualizar-

se en técnicas de análisis avanzadas, abordando tecnologías como el registro multicanal de señales fisiológicas y cognitivas y el uso de aprendizaje automático para procesar datos aplicados al diagnóstico y la intervención psicológica.

La coordinadora del proyecto, la catedrática Consuelo Sáiz Manzanares, desarrolla su labor en la UBU desde hace más de veinte años. Su investigación se centra en los procesos de aprendizaje desde una perspectiva cognitiva y metacognitiva, utilizando técnicas avanzadas como eye tracking, respuesta psicogalvánica y electroencefalograma, en el marco del grupo DATAHES y la Unidad Consolidada de la Junta de Castilla y León N.º 348.

Sáiz Manzanares apunta que la idea de escribir este libro surgió del diseño del Grado en Psicología de la UBU, que se imparte en modalidades presencial y online. En tercer curso se ofrece la asignatura «Sistemas Inteligentes aplicados a la Psicología», impartida conjuntamente por los Departamentos de Ciencias de la Salud e Ingeniería Informática. La materia combina

psicología cognitiva con herramientas para la integración de señales multicanal y técnicas de machine learning, lo que hacía necesario un manual de referencia.

Asimismo, señala que acercar estas herramientas al alumnado ha respondido a la necesidad de preparar a los futuros profesionales para un entorno laboral marcado por la inteligencia artificial y la tecnología avanzada. «Es fundamental que el alumnado adquiera competencias que serán imprescindibles en su incorporación al mundo laboral», comenta.

El objetivo del manual es ofrecer una perspectiva renovada sobre la labor del psicólogo en el siglo XXI, mostrando las posibilidades y los desafíos de integrar la inteligencia artificial y los sistemas inteligentes en la práctica profesional de manera ética. Según Sáiz Manzanares, «esto no pertenece al futuro, es el presente, que se construye día a día, y la profesión no puede permitirse quedarse atrás».

El manual describe la recogida integrada de señales fisiológicas, como el movimiento ocular, la respues-

ta de la piel y la actividad cerebral. Estos registros permiten acceder a información objetiva sobre el procesamiento de la información humano durante tareas específicas, y su procesamiento mediante machine learning puede ayudar en la identificación de patrones de comportamiento, facilitando diagnósticos más precisos y la planificación de intervenciones personalizadas.

La diferencia frente a los métodos tradicionales radica en la objetividad y en la capacidad de manejar grandes volúmenes de información. Los algoritmos aplican predicción, clasificación y agrupamiento, potenciando la interpretación con mayor exactitud y consistencia. En conjunto, estas herramientas apoyan al profesional, aportando reproducibilidad y precisión, sin sustituir el juicio clínico, y permiten diseñar intervenciones ajustadas a cada paciente.

Las aplicaciones prácticas de estas tecnologías en la Psicología son amplias. Permiten detectar patrones conductuales, cognitivos o fisiológicos asociados a trastornos como TDAH, ansiedad, depresión o alteraciones del sueño, complementando evaluaciones tradicionales.

También posibilitan el monitoreo en tiempo real mediante registros multicanal, evaluando la evolución de los pacientes durante tareas o sesiones de intervención.

El análisis de estos datos mediante técnicas de machine learning facilita tratamientos personalizados, ajustando la intensidad de estímulos o la dificultad de ejercicios según la respuesta individual. Además, el procesamiento de grandes volúmenes de información permite identificar indicadores tempranos de riesgo psicológico antes de que se manifiesten clínicamente y apoya la investigación aplicada, integrando múltiples señales para generar conocimiento más preciso sobre procesos cognitivos, emocionales y conductuales. Estas herramientas mejoran la objetividad, precisión y eficacia de la práctica psicológica, ofreciendo información sólida para la toma de decisiones.

Este recurso no está pensado únicamente para estudiantes. Su enfoque didáctico y numerosos ejemplos prácticos lo convierten también en una guía útil para profesionales en ejercicio. Para facilitar su acceso, la UBU ha publicado el libro en formato digital de acceso abierto, disponible gratuitamente, lo que permite que cualquier interesado pueda consultarlo sin coste. Esta política refuerza la intención de acercar la innovación tecnológica y las técnicas avanzadas a toda la comunidad académica y profesional.

Respecto a la proyección futura, el proyecto continúa desarrollándose a través de los grupos de investigación DATAHES, ADMIRABLE y BEST-AI, así como de las unidades consolidadas N.º 348 y N.º 170 de la Junta de Castilla y León. Llevan más de una década colaborando en investigación, transferencia de conocimiento e innovación docente. Actualmente amplían la aplicación de estas técnicas a otras titulaciones, como el Grado en Ingeniería de la Salud y el Máster en Ingeniería Biomédica, utilizando el procesamiento de datos para generar imágenes de tomografía cerebral y analizar respuestas electrotérmicas ante distintos estímulos de aprendizaje.

Sáiz Manzanares apunta que la Psicología del futuro ya se está configurando mediante la interacción hombre-máquina, que permite mayor precisión en el diagnóstico y la intervención y habilita interfaces cerebro-ordenador (BCI) para personas con afectaciones físicas, cognitivas o sensoriales, mejorando su calidad de vida y autonomía. La interacción con sistemas inteligentes abre un nuevo salto en la colaboración entre cerebro y tecnología, adelantando posibilidades que van más allá del presente profesional.

Con esta publicación, la Universidad de Burgos pone a disposición de estudiantes y profesionales un recurso completo y actualizado, diseñado para orientar la formación y la práctica de la Psicología en un contexto marcado por la innovación tecnológica y la integración de herramientas inteligentes en la investigación, el diagnóstico y la intervención clínica.

> **VALLADOLID**

Sistemas de IA para poder detectar variables en la densidad muscular

PÁGINA 4

> **SALAMANCA**

Descubren las propiedades de un cardo contra las enfermedades parasitarias

PÁGINA 5

> **PERSONAJES ÚNICOS**

Rocío Macías coordina una acción europea centrada en el cáncer de vías biliares

PÁGINA 8



Modelos digitales del corazón

Investigadores del Hospital Clínico Universitario de Valladolid consiguen recrear la válvula aórtica, uno de los elementos fundamentales del corazón, con el objetivo de facilitar la realización de operaciones y la anticipación de riesgos mediante la simulación de la implantación de prótesis en los pacientes antes de llegar a quirófano

PÁGINAS 2 Y 3

> VALLADOLID

Modelos digitales del corazón

Investigadores del Hospital Clínico consiguen recrear la válvula aórtica para poder facilitar la realización de operaciones mediante la simulación de la implantación de prótesis. Por **María Bausela**

Uno de los elementos principales del sistema cardiovascular es la aorta, aquella arteria que destaca por ser la más grande del cuerpo, conectando el corazón con todas las demás partes del organismo. Dada su función de bombear grandes cantidades de sangre a los demás órganos del cuerpo, este vaso sanguíneo se ve sometido a una presión y fuerza mecánicas considerables de forma constante en todo su recorrido. Es la válvula aórtica, encargada de regular la salida de sangre desde el corazón hacia la aorta, quien se sitúa como uno de sus puntos más críticos y vulnerables, puesto que se ve afectada por enfermedades como la estenosis aórtica, la cual propicia que, con el paso del tiempo, el proceso de apertura de la válvula para permitir el paso a la sangre se vuelva más difícil.

La estenosis aórtica es una de las patologías cardíacas más frecuentes y su prevalencia aumenta a medida que los pacientes tienen más edad, de tal manera que afecta al 2% de los mayores de 65 años y hasta al 12% de los mayores de 75 años. Su presencia considerable en personas de edad avanzada causa que en España, dado el envejecimiento progresivo de la población, los profesionales de la salud estimen que en 2040 habrá 400.000 pacientes mayores de 65 años con una forma grave de la enfermedad.

Pacientes en los que, debido al estrés que pone sobre el flujo de sangre hacia otros órganos principales del cuerpo, causa que el corazón tenga que latir con más fuerza para vencer la resistencia adicional, propiciando consecuencias para la salud de esta patología «muy importantes». Con el tiempo pueden aparecer síntomas como la fatiga, el síncope de esfuerzo o dolor torácico y, si no se trata, «puede ser mortal en aproximadamente la mitad de los casos en pocos años», explica Carlos Baladrón, el coordinador de Investigación del Instituto de Ciencias del Corazón perteneciente al Hospital Clínico Universitario de Valladolid, e investigador del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV).

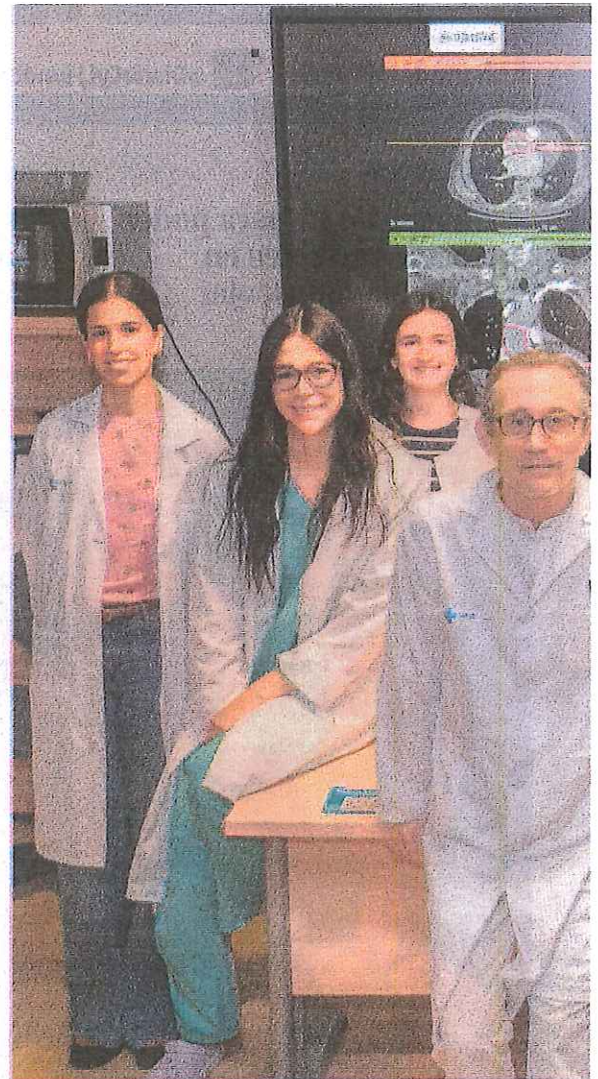
Actualmente, el único tratamiento eficaz que existe para frenar esta disminución en la capacidad de la válvula para funcionar con normalidad es el reemplazo de ésta por un implante de válvula aórtica, un avance que ha contribuido a salvar la vida de muchos pacientes con estenosis inoperables o un riesgo quirúrgico alto. En este marco, Baladrón trabaja en un proyecto que busca facilitar la realización de este tipo de operaciones mediante la simulación de la implantación de la prótesis antes de llegar a quirófano, gracias a la realización de un biomodelado tridimensional de la aorta del pacien-

te a partir de un TAC, algo que permite anticipar riesgos y adaptar el proceso clínico a la anatomía del paciente.

«Como muchas de las enfermedades que afectan a la aorta y a la válvula aórtica tienen un importante componente mecánico, creemos que desde el ámbito de la ingeniería podemos aportar soluciones en forma de estudios computacionales que nos permitan comprender mejor los procesos físicos que tienen lugar en esos puntos tan críticos del sistema cardiovascular. Y, a partir de ahí, ayudar a mejorar los métodos de diagnóstico y las terapias existentes actualmente, así como resolver problemas clínicos concretos que nuestros compañeros sanitarios enfrentan a diario», remarca.

Desde su equipo en el VALL3DLab, el laboratorio de cardiología computacional y nuevas tecnologías aplicadas a la cardiología del Hospital Clínico, el investigador trabaja para «identificar las necesidades clínicas de los pacientes y aprovechar las nuevas tecnologías para darles solución. Todo lo que hacemos está directamente orientado a desarrollar soluciones que puedan empezar a utilizarse con nuestros pacientes en el menor tiempo posible».

Así, están trabajando en dos líneas principales, una centrada en la inteligencia artificial con proyectos centrados en agilizar y afi-



Carlos Baladrón con su equipo del Hospital Clínico. JUAN GARCÍA

nar las herramientas de diagnóstico actuales, y otra centrada en biomodelado, abarcando el estudio e implementación de modelos

y simulaciones personalizadas de los pacientes para identificar las mejores opciones de tratamiento. Dentro de esta última se en-

BLOG
OPINIÓN

La termodinámica del progreso

JORGE GARCÍA GIRÓN

Durante más de dos milenios, desde la Antigüedad hasta finales del siglo XVIII, el PIB per cápita de las principales civilizaciones se mantuvo virtualmente plano. Historiadores económicos de la talla de David Landes y Angus Maddison atribuyen esta inercia a límites biofísicos estructurales de aquellos tiempos y documentan en sesudos estudios una evidente discontinuidad en la curva de acumulación de riqueza material.

Esta ruptura en la curva de riqueza per cápita no es accidental, sino el correlato físico del capitalismo de libre empresa.

A estos efectos resulta especialmente sugerente la obra del filósofo británico John Constable, para el que el vínculo entre la acumulación de riqueza y la construcción de sociedades extremadamente complejas y ricas se articula de una lectura explícitamente termodinámica de la historia económica.

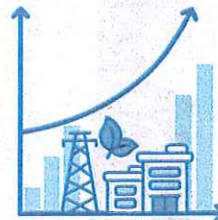
Más aún, la incorporación masiva de combustibles de alta densidad energética capaces de suministrar grandes flujos de energía útil con costes relativamente bajos de extracción, transporte y conversión (primero el carbón, posteriormente el petróleo, el gas y

la fisión nuclear) se tradujo en una expansión sin precedentes de la productividad, la liberación de mano de obra desde el sector primario y la aparición de estructuras socio-económicas crecientemente complejas y sofisticadas.

Al mismo tiempo, conforme la abundancia de energía estable y de muy alta calidad termodinámica redujo la exposición de los individuos a la mera lucha por la subsistencia, se amplió el margen para la educación y la movilidad geográfica y ocupacional.

El progreso económico sería, bajo la óptica teórica de este egresado de Cambridge, la acumulación de estados altamente ordenados frente a la tendencia general a la entropía.

Paradójicamente, en el imaginario colectivo, las energías renovables parecen encar-



nar el futuro "limpio" de la economía. Sin embargo, su potencial técnico choca con una realidad física: las fuentes renovables presentan baja densidad energética, gran intermitencia y elevada entropía.

En efecto, comprender el marco teórico desarrollado por la economía física de la energía implica aceptar que nuestra sociedad digital sigue anclada en la termodinámica. Bajo los algoritmos, los satélites y las redes inteligentes late la energía densa y concentrada forjada por la era fósil y nuclear.

De su mantenimiento (y expansión) dependerá la perpetuación de esta lógica histórica de propagación termodinámica y el progreso material y técnico del género humano.

Jorge García Girón es profesor adscrito al Área de Ecología de la Universidad de León



CARLOS BALADRÓN, EL COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CORAZÓN DE VALLADOLID

«Si tenemos éxito los pacientes tendrán menos riesgo de necesitar un marcapasos»

El proyecto liderado por el centro vallisoletano forma parte de un ensayo clínico multicéntrico que arrancó en 2022 y cuenta con financiación de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y del Instituto de Salud Carlos III.

Tras finalizar su fase de investigación, por la cual han reclutado cerca de 300 pacientes, de los cuales 160 provenían del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; obtendrá sus primeros resultados durante este año, en los que esperan «demostrar de forma concluyente sus beneficios frente a los procedimientos convencionales», explica Carlos Baladrón, el coordinador de Investigación del Instituto de Ciencias del Corazón perteneciente al Hospital Clínico Universitario de

Valladolid, e investigador del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV).

«Si tenemos éxito, habrá un beneficio directo para los pacientes que se sometan a un reemplazo valvular percutáneo, ya que tendrán menos riesgo de necesitar un marcapasos tras la intervención».

Pero además, estos resultados «podrían influir indirectamente en muchos más pacientes, puesto que, al mejorar la relación riesgo/beneficio de esta terapia, se podría aplicar en casos en los que actualmente no está indicada cómo pacientes más jóvenes, formas más precoces de la enfermedad, pacientes con sistemas de conducción vulnerables, etc». «Siempre me he sentido muy

orgulloso de dedicarme a la investigación y a la ciencia como una forma de poder aportar mi esfuerzo al avance de la sociedad. Desde que me dedico al ámbito sanitario, además, tengo la enorme satisfacción adicional de ver cómo los proyectos en los que trabajamos ayudan directamente a las personas».

«La investigación consiste en hacerse preguntas constantemente, y en buscar las respuestas en la evidencia, el intercambio de ideas con los que piensan diferente, el conocimiento y el pensamiento crítico. Poder dedicarme a esto y hacerlo rodeado de profesionales excelentes que cada día se esfuerzan al máximo para mejorar la vida de los demás, es un auténtico privilegio», remarca.

ros de todo el país.

Su objetivo con este nuevo proyecto es ayudar a comprender las causas anatómicas de esta complicación, algo gracias a lo cual podrán saber antes de la intervención qué pacientes tienen más riesgo de requerir un marcapasos. Además de diseñar nuevos procedimientos y dispositivos que eliminen o reduzcan la necesidad de marcapasos tras la sustitución valvular.

Actualmente, se encuentran en las primeras fases del estudio, analizando cómo varían anatómicamente las aortas de 100 pacientes intervenidos durante el proceso de implante, y cómo mejora el flujo de sangre tras la intervención. Para ello están construyendo en el ordenador biomodelos tridimensionales de la aorta obtenidos a partir de un TAC. «Super-

poniendo y comparando el modelo pre-intervención con el post-intervención localizamos las zonas anatómicas en las que se apoya la prótesis», apunta Carlos Baladrón.

Tras esto, procederán a analizar los datos de esos 100 pacientes, algunos de los cuales han necesitado marcapasos y otros no, «tratando de identificar si existe alguna zona anatómica de la aorta que sistemáticamente se encuentra alterada en aquellos pacientes que sí han necesitado marcapasos». La información obtenida de dicho proceso se empleará para mejorar los resultados de los reemplazos valvulares, proponiendo nuevos procedimientos o diseños de dispositivos que permitan disminuir la presión sobre las zonas identificadas.

«El desarrollo de esas nuevas

terapias, lógicamente, llevará tiempo, pero los resultados del proyecto podrían utilizarse mucho antes para seleccionar de forma personalizada qué modelos o tamaños de prótesis de los ya disponibles son más adecuados para cada paciente».

Además, el software de análisis que han desarrollado ya ha sido testado en 15 pacientes, en los cuales han identificado algunas zonas que parecen estar alteradas en las personas con marcapasos. «Al tratarse de un número de pacientes tan reducido, obviamente son todavía indicios e hipótesis, por eso necesitamos seguir estudiando más casos hasta que tengamos evidencia estadística definitiva que nos permita asegurar la relación causal entre los parámetros que estudiamos y la necesidad de marcapasos post reemplazo».

marca el proyecto HISTAVI, 'Estudio de biomarcadores de riesgo de marcapasos permanente post-TAVI en función de la deforma-

ción de la raíz aórtica medida a partir de imágenes TAC', que están liderando, en el cual están implicados hasta 15 grupos punte-

**BLOG
OPINIÓN**

Aprender cuidando

CARMEN MOLINOS

Un reloj. El símbolo universal del tiempo. Seguro que, al menos, alguna vez, has soñado con pararlo o, quizá, con que transcurriera un poco más lento. No es posible. Todas las personas envejecemos irremediablemente. Nadie ha descubierto aún la fuente de la eterna juventud. Nuestra calidad y esperanza de vida han aumentado considerablemente. Pero, ¿qué pasará cuando ya no podamos valernos? ¿quién cuidará de nosotros? España es uno de los países más envejecidos del mundo. El número de mayores de 65 años repre-

senta en nuestro país más de 10 millones de personas y la escasa natalidad hace que la tendencia vaya en aumento.

Hay quien ve en estas cifras un problema y quien busca una solución. Este artículo quiere ser un homenaje a ese segundo grupo. A quienes decidieron dedicar su vida al cuidado. Les ponemos nombre propio: Brenda, María y Óscar.

Un buen día, por distintos motivos, se animaron a participar en el programa mixto de "atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales",

que desde la Fundación Santa María la Real impartimos en nuestro centro Tercera Actividad de Aguilar de Campoo. Ahora son parte del equipo.

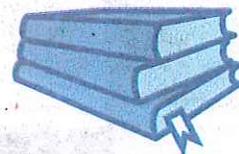
Lograron un trabajo gracias a esta acción formativa y laboral. No son un caso aislado.

El programa, financiado por el servicio público de empleo de Castilla y León, registra niveles de inserción cercanos al 70%. Brenda, por ejemplo, cuenta que para ella ha supuesto "un antes y un después".

Aunque al principio tuvo ciertos miedos, le ha servido para trabajar con más calma y de un modo más organizado.

Además, le ha ayudado a crecer profesional y, sobre todo, personalmente.

Oscar destaca otro aspecto esencial "poder trabajar con un amplio equipo de profesionales fisioterapeutas, médicos, auxi-



liares... de los que siempre puedes aprender".

Pero, qué tiene de especial este programa, cuál es la clave del éxito. María lo resume a la perfección, "aprendes, pones en práctica, te ves en situación y, además, ganas un salario".

Cuidar aquí no es solo una salida profesional; es una vocación que requiere de empatía, respeto, capacidad de observación y paciencia. Si las tienes, como apunta María, "tienes medio camino hecho".

No podemos detener el tiempo, pero sí elegir cómo y en qué lo invertimos. Brenda, María y Óscar optaron por dedicarse a cuidar y han transformado vidas, las suyas y las de quienes reciben sus cuidados. Ojalá, su experiencia, sea ejemplo para muchas otras personas.

Carmen Molinos es periodista en Fundación Santa María la Real

> VALLADOLID

Adelantarse a la sarcopenia

Un científico del Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición desarrolla un sistema basado en el uso de IA con el cual poder detectar variables en la densidad muscular de los pacientes con desnutrición. Por **María Bausela**

Con el aumento de la edad, es común ver pacientes que pasan por una pérdida de masa y funcionalidad muscular, esto es debido a una patología denominada sarcopenia, la cual actualmente afecta en España al 33% de las mujeres y al 10% de los hombres mayores, una cifra que se prevé que crezca en los próximos años. Y adicionalmente, también se presenta de forma menos común en personas jóvenes debido a la presencia de otras enfermedades inflamatorias.

El método empleado hasta ahora para detectar esta disminución en la masa muscular pasaba por el uso de técnicas como la tomografía axial computarizada o la densitometría, sin embargo, estas son costosas y presentan posibles riesgos. En este marco, múltiples investigadores trabajan para tratar de optimizar el proceso de diagnóstico de la patología, así como optimizar las vías de tratamiento con el objetivo de mejorar la calidad de vida para los pacientes.

Uno de los profesionales centrados en este ámbito es Juan José López, profesor en la Universidad de Valladolid (UVA) y médico

especialista en endocrinología y nutrición en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Este ha centrado su trabajo en la ecografía muscular, un sistema más accesible y seguro, pero que presenta un nuevo reto de la mano de la interpretación de las imágenes obtenidas de forma correcta y estandarizada.

Su última investigación le ha llevado a obtener uno de los VI Premios al mejor trabajo de investigación publicado por investigadores del Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición de la UVA gracias al artículo 'Evaluation of muscle mass and quality with an AI-Base muscle ultrasound imaging system in patients at risk of malnutrition'.

En él se centra en la creación de un sistema de análisis de las imágenes obtenidas con la ecografía. Una tecnología, basada en la inteligencia artificial, que podría ser empleada para conseguir diagnósticos más tempranos y precisos.

El estudio surge con el objetivo de «buscar herramientas nuevas para evaluar la composición corporal en la propia consulta de nutrición. Cuando un paciente se encuentra en condiciones de des-

nutrición o sufre una pérdida de masa grasa o muscular, lo que vemos es una pérdida de peso, pero este peso en sí no nos puede decir qué componentes son los que se han perdido. Por ello, es importante buscar herramientas que sean fáciles de emplear en consulta y nos permitan evaluar los distintos componentes corporales», apunta el investigador.

Así es como optaron por usar la ecografía muscular como un método para llevar a cabo estas evaluaciones en pacientes con desnutrición, con el objetivo de analizar nuevas variables de calidad muscular para el diagnóstico de la sarcopenia. Una herramienta a la que se suma un software que están desarrollando en colaboración con una startup de la Universidad Politécnica de Valencia.

Este sistema, el cual surgió con el objetivo de estudiar la situación de los músculos de los deportistas, se basa en el uso de la IA para realizar una segmentación del músculo y una diferenciación de los tejidos mediante un algoritmo específico que extrae más variables de las que se obtenían de los métodos que se emplean hasta ahora. «Cada aná-

lisis de imagen puede sacar 40 o 50 variables, cuando hasta ahora manejábamos como mucho 6 o 7», detalla.

El proyecto comenzó en 2020 con el reclutamiento de los 600 pacientes en riesgo de desnutrición que han sido objeto del estudio, diferenciando los que contaban con un diagnóstico de sarcopenia y los que no.

A todos ellos se les realizó la ecografía muscular «para saber cómo era su situación muscular particular. Una información que resulta fundamental sobre todo de cara a realizar una intervención, o ver cómo está ese músculo a la hora de estar capacitado para realizar determinadas cosas», remarca.

Con toda esta información, fueron capaces de desarrollar esta herramienta de inteligencia artificial que les permite conocer la calidad de ese músculo, «eliminando la variabilidad de medición entre los distintos profesionales», y saber cuánto dentro del músculo es grasa, cuánto puede ser agua y cuánto es músculo funcional.

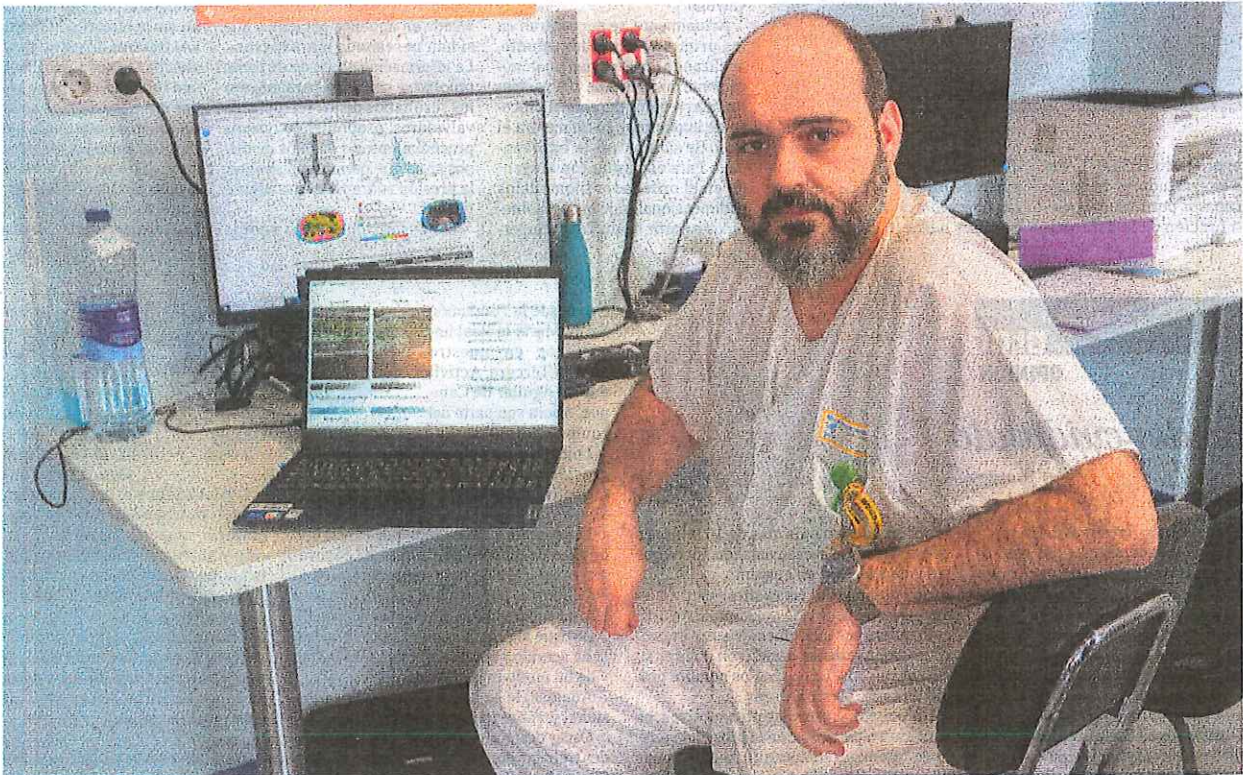
En función a esos datos, han podido ver que existe una relación entre los parámetros detec-

tados con los parámetros funcionales relacionados con el músculo.

«Ese será el punto de partida para poder evaluar distintas variables dentro del músculo, y poder usarlo como dianas terapéuticas y dianas de monitorización del tratamiento, con lo cual esperamos conseguir que a la larga mejore el pronóstico y sobre todo la calidad de vida del paciente».

Juan José López incide en que, mediante esta investigación con la que ha obtenido el galardón al mejor trabajo de los VI Premios del Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición de la UVA, busca «dar valor a la nutrición mediante la búsqueda de la evidencia científica que existe detrás de la propia nutrición».

«La única manera de demostrar que determinados alimentos o productos pueden mejorar la salud de una persona es teniendo esa evidencia que respalde esos efectos mediante la comprensión de aspectos relevantes como la composición muscular. Y para ello, lo que necesitamos son herramientas que nos permitan medir estos factores, al igual que se hace con la glucosa o el colesterol», subraya.



Juan José López, profesor en la UVA y médico especialista en endocrinología y nutrición en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. JUAN GARCÍA.

> SALAMANCA

El cardo clave con la leishmaniasis

La USAL y el IBSAL colaboran en una investigación de la actividad antiparasitaria del 'Eryngium bourgatii' frente a dos enfermedades parasitarias con el objetivo de desarrollar nuevos tratamientos. Por **María Bausela**

Aunque con el paso de los años su prevalencia ha ido disminuyendo de forma general en Europa, las enfermedades parasitarias siguen situándose como un gran problema de salud pública. Dentro de estas, la Leishmaniasis, causada por la picadura de un mosquito infectado; afecta entre unas 700.000 y 1 millón de personas cada año con su variante cutánea, mientras que la Leishmaniasis visceral, su variante más grave, afecta a 70.000 personas y causa aproximadamente 30.000 muertes anuales, según datos de la Organización Mundial de la Salud. Concretamente en España, el último informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica indica que durante 2024 se dio un aumento de casos con 485 personas afectadas y 13 fallecimientos.

Debido a su gran efecto sobre la salud en todo el mundo, con 350 millones de habitantes en riesgo de verse afectados por estos parásitos, y la baja efectividad de los tratamientos actuales, los investigadores buscan nuevos métodos con los cuales poder frenar su avance. El último de estos podría pasar por el uso de un cardo, el *Eryngium bourgatii* (conocido como cardo azul o cardo de la Magdalena), dada su actividad antiparasitaria frente a los parásitos causantes de la Leishmaniasis visceral y la enfermedad de Chagas, la cual afecta entre 6 y 7 millones de personas, con unas 10.000 muertes anuales.

Este estudio surge de la mano de la Universidad de Salamanca (USAL) y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), con Esther del Olmo, a la cabeza del proyecto y abre la puerta al desarrollo de nuevos fármacos de origen natural.

El trabajo titulado 'Antiparasitic activity of *Eryngium bourgatii*-Gouan: Fractionation and isolation of constituents from roots and aerial parts', parte de otro trabajo que realizó la catedrática de Química Orgánica de la USAL, coordinadora del Grupo de Investigación en Química Farmacéutica del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales y miembro del grupo DOMOBIO del IBSAL.

Este se centraba en la búsqueda de compuestos bioactivos en fuentes naturales de origen vegetal, concretamente, enfocado a la búsqueda de compuestos activos frente a los protozoos, microorganismos, que producen la Leishmaniasis visceral, Malaria y «el Mal de Chagas».

«El estudio surge de un proyec-



La catedrática de Química Orgánica de la USAL y miembro del grupo DOMOBIO del IBSAL, Esther del Olmo., ENRIQUE CARRASCAL

to que estaba realizando en colaboración con investigadores de la Universidad de Granada y del CSIC de Madrid, sobre la búsqueda de pesticidas de origen natural, principalmente con plantas de las regiones de Castilla y León y de Andalucía», cuenta la catedrática.

Para su desarrollo, detalla que recolectaron varias plantas para llevar a cabo los análisis, y próximo a la zona de donde las obtenían se puede encontrar el cardo azul. Así, en una visita a la zona, la investigadora remarca que le llamó la atención por el azul intenso de sus tallos y flores, y comenzó a preguntarse si habría algún estudio acerca de la planta.

«Hice varias búsquedas bibliográficas y vi que había pocos estudios, principalmente antiguos, algunos datando de los años 70, que indicaban la presencia de poliacetileno, un tipo de polímero orgánico». Justo en esa misma época, la científica se encontraba trabajando, también, en la síntesis de un poliacetileno que había sido aislado de una planta de México y

tenía buenas propiedades frente a Leishmania mexicana. «Por ello decidí recolectar la planta y hacer un estudio detallado de su posible actividad antiparasitaria».

Tras obtener la planta, la trituró y preparó un extracto, que fraccionó en partes en función de su polaridad, y realizó ensayos de actividad con los microorganismos para seleccionar las fracciones que demostraron contar con actividad contra ellos y hacer un estudio más detallado.

Posteriormente, optó por identificar los compuestos que se encuentran en menor proporción y purificar los «compuestos puros» en los que procedió a hacer experimentos con el fin de determinar su estructura y «ver sinergias». Actualmente, está trabajando con su equipo en la puesta en marcha de estudios de mecanismo de acción que irán seguidos por ensayos en modelos animales y estudios de toxicidad.

Por ahora han podido dar con compuestos «con muy buena actividad frente a Leishmania», y otros frente a la enfermedad de

Chagas. Pero estos son resultados preliminares, «todo dependerá de los resultados de toxicidad, ya que es fundamental que los compuestos no sean tóxicos». Esther del Olmo remarca que trabajando en el laboratorio en ocasiones pueden obtener compuestos muy activos, pero a la vez muy tóxicos, lo cual limita su utilidad.

«La química puede ayudar a mejorar la toxicidad de los compuestos, realizando modificaciones estructurales que minimicen los efectos adversos sin comprometer su actividad terapéutica. Sin embargo, este proceso es largo y complejo».

Adicionalmente, incide en que quieren continuar estudiando los compuestos en relación con la enfermedad de Chagas, ya que «sería muy importante» encontrar algunos con buen perfil de actividad frente a este parásito, puesto que «no hay muchos fármacos que sean efectivos en este ámbito».

«A día de hoy, en relación con la Leishmaniasis y el 'Mal de

Chagas', el arsenal terapéutico disponible es limitado. Los fármacos disponibles son muy antiguos, producen numerosos efectos secundarios y se conocen numerosos casos de resistencias. Por ello, resulta fundamental dar con nuevas vías de tratamiento».

En este sentido, remarca la relevancia de trabajar en «el hallazgo de nuevas moléculas con potencial actividad frente a estas enfermedades parasitarias, puesto que es necesario encontrar nuevos fármacos más activos y menos tóxicos que los actuales».

«Sería muy positivo dar con compuestos activos, selectivos y no tóxicos que fueran útiles para el tratamiento de estas enfermedades, sin embargo, esto no es fácil. Por un lado, es un reto profesional, y por otro, podría contribuir al hallazgo de moléculas activas, que quizá requieran algunas modificaciones estructurales con el fin de mejorar su eficacia y selectividad, con el fin de encontrar fármacos que contribuyan a la mejora de la salud de muchas personas», concluye.



El investigador del Grupo ALF y coordinador del proyecto en la USAL, Andrés Sanz García, junto con el resto de integrantes del consorcio. E.M.

> SALAMANCA

Prótesis personalizadas

El grupo de investigación ALF de la USAL trabaja en un proyecto a nivel nacional centrado en la producción de implantes a medida mediante el uso de impresoras 3D e hilo de titanio. Por **María Bausela**

Un nuevo proyecto nacional contribuye a los avances en el mundo de los implantes de la mano de la Universidad de Salamanca (USAL) con la puesta en marcha de una investigación centrada en la validación de bioimplantes fabricados con titanio, un material ligero y resistente. Esta iniciativa, financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación, la Agencia Estatal de Investigación, la Unión Europea y los fondos Next Generation EU, tiene por objetivo el diseño de implantes adaptados a cada paciente mediante el uso de hilo de titanio para su implementación en impresoras 3D.

«ATILA surge como una iniciativa científica orientada a trasladar y validar el empleo de la nueva tecnología de deposición metálica por hilo láser de deposición directa de energía por láser de Meltio usando el material titanio para fabricar implantes personalizados», explica el investigador del Grupo ALF-USAL y coordinador del proyecto en la Universidad de Salamanca, Andrés Sanz García.

El científico remarca que el interés desde el mundo médico por conseguir prótesis que se adapten mejor a los pacientes se basa en que «su producción es más efi-

ciente y su uso en quirófano ofrece ciertas ventajas». Esto se debe a que su geometría encaja totalmente en la persona a la cual se le va a implantar, «lo cual conlleva emplear menos tiempo en cirugía y se maximiza el contacto hueso-implante y, a su vez, genera un mejor reparto de cargas y menor riesgo de micro-movimientos o incluso aflojamiento».

Así, el proyecto de investigación liderado por el Instituto Tecnológico AIDIMME busca reducir complicaciones habituales como las infecciones o los desajustes mecánicos. Un trabajo para el cual cuenta con la colaboración del Laboratorio de Ingeniería Biomédica y Tissular (BTELab) de la Fundación del Hospital General Universitario de Valencia (FIHGU), la USAL y la multinacional española Meltio.

La participación del centro salmantino ha sido a través de su grupo de investigación en Aplicaciones del Láser y Fotónica (ALF-USAL), vinculado al Centro de Investigación en Luz y Materia Estructuradas (LUMES), debido a su dilatada experiencia en el campo de la investigación en láseres intensos y en óptica ultrarrápida y no lineal.

El equipo de Salamanca ha tra-

bajado en el desarrollo de la simulación numérica del proceso DED-LB/M para conseguir generar un gemelo digital del proceso y validar su funcionalidad en colaboración con AIDIMME y Meltio.

Y posteriormente se centraron en la micro y nanoestructuración de las superficies de titanio, especialmente en la mejora de la capacidad de osteointegración de los implantes.

También aprovecharon su experiencia en el procesado directo con láser de femtosegundos para generar una microtextura controlada por láser en la superficie de los implantes, mediante el procesado con láser de femtosegundos. Esto ha hecho posible definir estrategias para controlar la microtextura superficial de los implantes.

Adicionalmente, han trabajado en la realización de simulaciones y desarrollos experimentales que tenían por objetivo conseguir establecer relaciones entre los parámetros. Así buscaban poder minimizar las desviaciones geométricas y tensiones residuales en la prótesis.

Gracias a este trabajo, han validado el uso de una aleación de titanio y aluminio para la producción sostenible y personalizada de

implantes. Asimismo, han probado la viabilidad del uso de la tecnología de deposición directa de energía por láser para crear estas piezas metálicas a partir del hilo de titanio.

Estas tareas se centraron principalmente en el cotilo acetabular, un implante de cadera, la bandeja tibial y el componente femoral, dos tipos de implantes de rodilla. Para ello han empleado un modelo de implantación en fémur de conejo con el cual poder comparar la integración del titanio impreso con el titanio usado actualmente en el mundo sanitario, confirmando una respuesta favorable a los implantes fabricados por el consorcio.

«De forma general, se han cumplido las expectativas iniciales del proyecto. Hemos podido crear piezas de plástico impresas por 3D de los implantes a medida y posteriormente se han mecanizado para permitir la obtención del implante con la geometría final», explica Sanz García.

Esto se ha complementado con la generación de distintos modelos de simulación, conocidos como gemelos digitales, «para mejorar el entendimiento o interpretación del proceso de fabricación, ya sea temperatura, aporte de material, etc».

De igual manera, han hecho ensayos preclínicos tanto in vitro como in vivo para conocer la seguridad, toxicidad e integración de los implantes impresos 3D.

Y también «se ha realizado una profunda caracterización microestructural y mecánica de los implantes para conocer si estos cumplen con las normas y estándares actuales».

«La ventaja más importante de ATILA es que la tecnología de deposición directa de energía por láser de Meltio tiene el potencial de mejorar los procesos de fabricación de implantes personalizados y cumplir con los requerimientos exigidos», apunta el investigador especializado en el desarrollo industrial y mejora de los procesos de producción complejos y no lineales orientados al sector biomédico.

«Este es mi primer proyecto en líneas estratégicas del Plan Estatal donde actúo como líder de las tareas y cometidos asignados al grupo ALF de la Universidad de Salamanca. Por lo tanto, ha sido todo un reto personal y profesional no solo el trabajar en el proyecto, sino en coordinar con los distintos miembros del consorcio todas las tareas realizadas», remarca.

> PERSONAJES ÚNICOS / ROCÍO MACÍAS



Esta catedrática del Departamento de Fisiología y Farmacología de la Universidad de Salamanca e integrante del grupo de investigación HEVEPHARM coordina la Acción Europea COST Precision-BTC Network que busca impulsar la medicina de precisión en cáncer de vías biliares. Por **María Bausela**

La farmacéutica del cáncer biliar

De la carrera de Farmacia a coordinar las acciones en torno al cáncer de vías biliares a nivel europeo. Rocío Macías comenzó sus andadas en el mundo médico de la mano del grado de Farmacia en la Universidad de Salamanca (USAL) y rápidamente destacó su interés por la investigación en cáncer biliar. «Mi acercamiento a este ámbito fue bastante natural. Empecé trabajando en hepatocarcinoma, el tumor hepático más frecuente», explica la catedrática del Departamento de Fisiología y Farmacología de la USAL. Estas tareas las realizó dentro de una de las líneas de investigación del grupo de Hepatología Experimental y Vectorización de Fármacos (HEVEPHARM), donde realizó su tesis doctoral centrada en el desarrollo de estrategias para dirigir fármacos antitumorales al hígado mediante su unión a ácidos biliares.

«En ese contexto fui tomando conciencia de que el segundo tumor hepático más frecuente, el colangiocarcinoma o cáncer de las vías biliares, era mucho menos conocido y estaba claramente menos explorado. En ese momento me llamó especialmente la atención que se trataba de un tumor muy agresivo, con tratamientos poco eficaces, sin biomarcadores fiables para un diagnóstico temprano y, en muchos casos, sin factores de riesgo claramente identificados. Había muchas preguntas sin responder y una enorme necesidad médica no cubierta», añade.

«Eso fue lo que me llevó a ir orientando progresivamente mi trabajo hacia este campo. Me pareció que había mucho por hacer y que la investigación podría marcar una diferencia real. Mis primeros pasos consistieron en aplicar herramientas y conocimientos que ya utilizábamos en el estudio del hepatocarcinoma para empezar a entender mejor la biología del cáncer biliar, con la idea de generar conocimiento que pudiera traducirse en mejores opciones diagnósticas y terapéuticas».

Así, tras finalizar su tesis, realizó estancias postdoctorales en distintos centros internacionales y nacionales, en Zúrich, Madrid,

París y Düsseldorf, mientras continuaba vinculada al grupo, desarrollando una línea propia centrada en el cáncer de las vías biliares y de otros tumores hepáticos, con un enfoque centrado en comprender la biología del tumor para mejorar su diagnóstico y tratamiento. Algo a lo que se suman sus labores en la identificación de biomarcadores que permitan un diagnóstico más temprano de la enfermedad y ayuden a predecir la respuesta de los pacientes a los tratamientos.

Este trabajo la ha llevado a situarse en la actualidad como catedrática de Fisiología de la universidad salmantina, a la vez que avanza en el «conocimiento de la biología de este tumor» y contribuye al desarrollo de biomarcadores y nuevas estrategias terapéuticas. «Para mí, la docencia y la investigación, formar a nuevas generaciones de científicos y avanzar en el conocimiento de enfermedades complejas como el cáncer de las vías biliares; son dos dimensiones inseparables», remarca.

Adicionalmente, a su trabajo como docente en Biotecnología y científica, suma su trabajo como coordinadora de la Acción Europea COST Precision-BTC Network, la cual tiene por objetivo impulsar el desarrollo de la medicina de precisión en pacientes con cáncer de las vías biliares, «un tipo de tumor poco frecuente pero muy agresivo, que históricamente ha recibido menos atención precisamente por su baja incidencia».

No solo es la coordinadora de este programa, sino que fue la encargada de coordinar la preparación de la propuesta en 2022 junto con una profesora de la Universidad de Glasgow, trabajando en la definición del enfoque científico y la construcción de «una red sólida», contactando con especialistas de distintos países y perfiles. «La propuesta final contó con el respaldo de 154 participantes de 32 países, lo cual refleja el interés y la necesidad de una iniciativa de este tipo a nivel europeo».

Desde su puesta en marcha en 2023, asegura que este proyecto ha evolucionado de forma «muy rápida y sólida». En apenas dos años, hemos generado más de 60



La catedrática de Fisiología de la USAL y coordinadora la Acción Europea COST Precision-BTC Network, Rocío Macías. ENRIQUE CARRASCAL

publicaciones científicas colaborativas. Nuestro enfoque, que conecta ciencia básica, clínica, industria y pacientes, ha contribuido

a consolidar una comunidad europea cohesionada, con liderazgo compartido y una clara orientación a impacto científico y

social».

Su trabajo como coordinadora se centra en la interacción entre más de 630 participantes que forman actualmente parte de su red a través de actividades que «no solo permiten avanzar en el conocimiento, sino que crean comunidad, generan confianza y hacen posible que investigadores, profesionales, responsables políticos y otros actores trabajen juntos. Coordinar una Acción COST consiste en poner las personas y las estructuras adecuadas para que las colaboraciones ocurran. De forma muy resumida, mi papel es facilitar que una red grande y diversa funcione como una comunidad».

Dentro de las acciones que coordina, una de las más recientes ha sido la elaboración de la versión más reciente del 'Consenso Internacional sobre el cáncer de las vías biliares o colangiocarcinoma (CCA)', una iniciativa en la que ha participado la USAL. Esta publicación tiene por objetivo «ofrecer una visión actualizada del conocimiento sobre esta enfermedad, identificando tanto los avances logrados como las principales lagunas y prioridades futuras. Se trata de un tumor poco frecuente y muy agresivo, con una gran heterogeneidad biológica y clínica, lo cual hace especialmente necesario disponer de recomendaciones que sirvan como una hoja de ruta común para contribuir a mejorar la manera en que se investiga, se diagnostica y se trata esta enfermedad, incide».

«Tengo la convicción de que la ciencia solo tiene sentido si acaba teniendo un impacto real en las personas, especialmente cuando hablamos de un tumor poco frecuente y muy agresivo, con tantas necesidades aún no cubiertas. Uno de nuestros objetivos clave es dar visibilidad a esta enfermedad. Intentamos aportar conocimiento que ayude a diagnosticar antes, tratar mejor y, poco a poco, mejorar las opciones de los pacientes. Solo mediante esta colaboración es posible transformar los avances científicos en soluciones reales y ofrecer nuevas oportunidades a pacientes que hoy cuentan con opciones muy limitadas», incide la investigadora.

EL MUNDO

HERALDO DIARIO DE SORIA

Miércoles, 25 de febrero de 2026. Año XXXVI. Número: 13.216. Precio: 2€



PRIMER PLANO Las presas españolas, en grave riesgo: «Si no se adoptan pronto soluciones, puede ser catastrófico» **Pág. 2**

FÚTBOL Un triplete de Sorloth tumba al Brujas (4-1) y clasifica al Atlético de Madrid a los octavos de la Champions **Página 34**



El giro del PP logra en 24 horas «conversaciones fluidas» con Vox

Tellado y Guardiola se verán esta misma semana con Vox para intentar desbloquear la investidura en Extremadura

Cree que su documento saca a Vox de las tesis «antisistema» y le reclama que concrete las cosas que no le gustan de él

Abascal se muestra reacio en público y advierte: «Poner un marco para domar a Vox es empezar con mal pie»

POR JUANMA LAMET Y PALOMA H. MATELLANO **Páginas 8 y 9**

El autor real de los informes cobró 36 veces menos que la familia Zapatero

El ex líder del PSOE no redactó los textos de Análisis Relevante, sino Sergio Sánchez, al que pagaron 18.000 euros

POR CARLOS SEGOVIA ESTEBAN URREIZTIETA **Página 12**

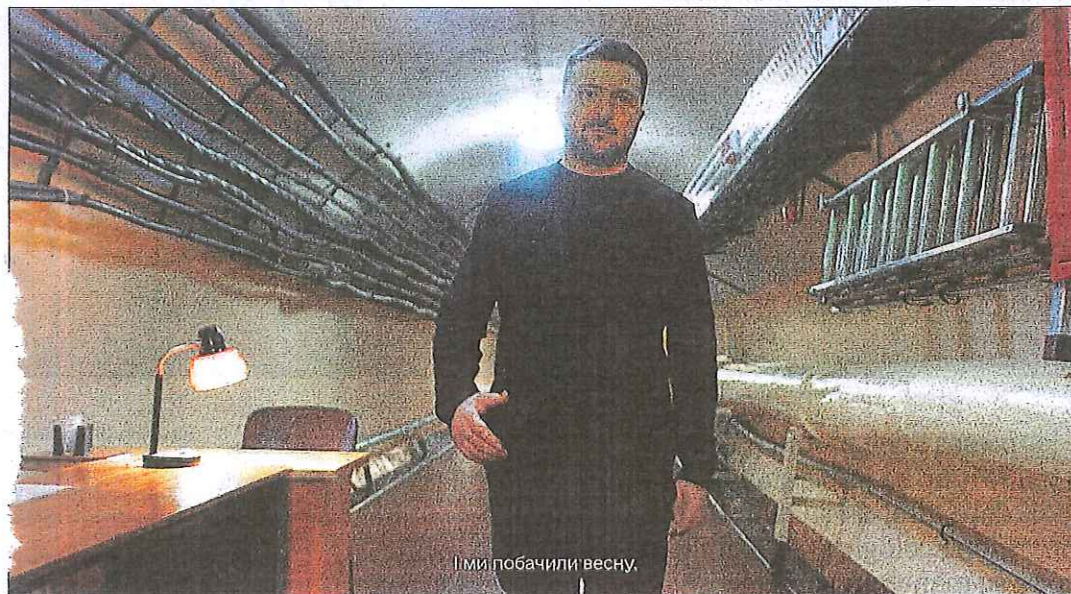
La jueza de la dana pide al TSJ imputar a Mazón por su «grosera negligencia»

Víctimas se querellan contra la magistrada y piden la nulidad de la instrucción por la intervención de su marido en la causa

POR NOA DE LA TORRE INMA LIDÓN **Páginas 14 y 15**

Robles chocó con Moncloa, Marlaska y Bolaños por los archivos del 23-F

POR JUANMA LAMET **Pág. 11**



І ми побачили весну.

AFP

ZELENSKI DESDE SU BÚNKER: «Y VIMOS LA PRIMAVERA»

Desde el búnker donde organizó la respuesta a la invasión rusa en 2022, cuando se cumple el cuarto aniversario, el presidente de Ucrania, Volodimir Zelenski (en la imagen), recordó que, pese a los constantes ataques, «vimos la primavera», símbolo de la resistencia ucraniana. **Pág. 24**

Zelenski exige entrar en la Unión Europea en 2027 mientras Putin revive la amenaza nuclear

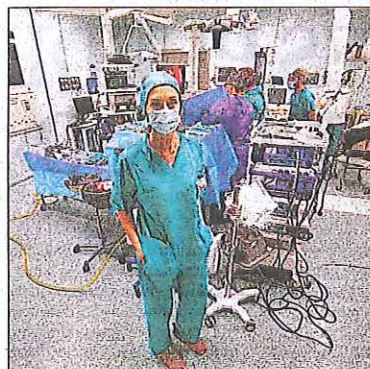
El líder ruso acusa a París y Londres de dar tecnología nuclear a Kiev **POR A. ROJAS / X. COLÁS **Págs. 23 y 24****

VITALI KLITSCHKO
ALCALDE
DE KIEV



«No subestimen a Vladimir Putin. Llegará hasta donde le dejen»

POR ALBERTO ROJAS **Página 23**



Ana Tur, coordinadora de trasplantes en el hospital La Fe.

PAPEL «ESTAMOS PARA HACER LA PEOR PREGUNTA EN EL PEOR MOMENTO»

En España hay 741 coordinadores de trasplantes que trabajan a contrarreloj para impulsar las donaciones

Desde 2021 las cifras de trasplantes se han disparado un 30% / Más de 5.000 pacientes siguen esperando un órgano **POR PILAR PÉREZ FOTOGRAFÍAS DE D. G. / C.B. **Pág. 39****

PAPPEL

EL TRABAJO
CONTRARRELOJ
DE LOS
COORDINADORES
DE TRASPLANTES

"ESTAMOS
PARA HACER
LA PEOR PREGUNTA
EN EL PEOR
MOMENTO"

Nuria Layid, Ana Tur y Francisco Guerrero son tres de los 741 'directores de orquesta' de la ONT. Su trabajo, invisible pero eficiente, está detrás del éxito de cada donación: "Todo está medido, ensayado y cronometrado". Por Pilar Pérez (Madrid)



PAPEL EN PORTADA

Por Pilar Pérez. Fotografías de D. González y C. Barba

Todos describen así su día a día: «Es el trabajo más bonito del mundo». ¿Qué lo hace especial? «Ayudamos a encontrar el único tratamiento que va a curar a una persona». En nuestro país hay 741 buscadores de tesoros o, dicho de una forma técnica, coordinadores de trasplantes. «Es el mayor regalo que se puede hacer», cuenta Nuria Lavid, enfermera del Hospital Universitario de Valdecilla (Santander), que forma parte de ese ejército que compone la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), el buque insignia de la sanidad pública española. Beatriz Domínguez-Gil, su directora, siempre destaca el valor que supone contar con estos profesionales sanitarios que impulsan las donaciones y que trabajan porque todo salga a tiempo y bien. «Ellos son nuestro bien más preciado, tras los donantes».

En tiempos en los que se pone en duda la vocación de los sanitarios, aquí hay un grupo de personas que han hecho de la coordinación «una forma de vida», espeta Francisco Guerrero, médico intensivista. «Cuando mi hija tenía un año y medio me dieron un busca para estar siempre localizado», recuerda. «Desde entonces, mi familia ha convivido con mi profesión y sus necesidades».

«Es muy bonito, sí, pero es muy arduo», matiza Ana Tur, anestésista. Esta coordinadora del Hospital La Fe de Valencia cuenta que «la gente no se hace cargo de las horas que lleva este proceso», un proceso que no

ANA TUR

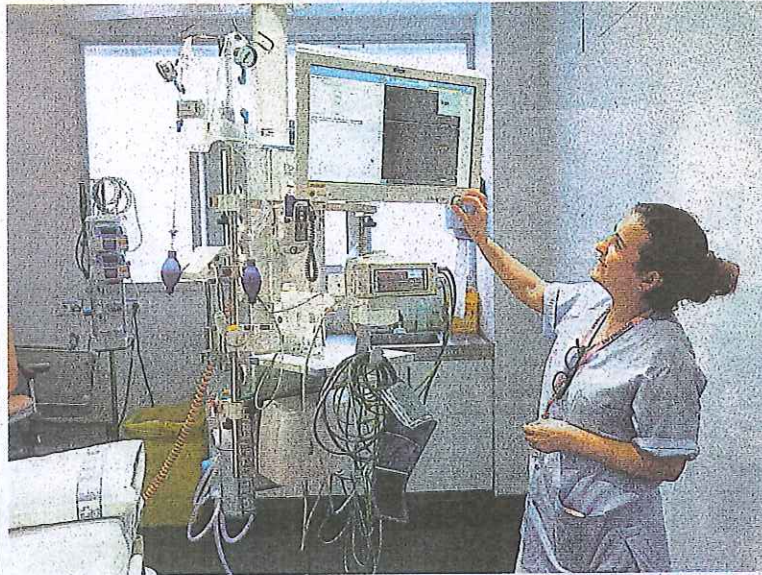
Anestésista

(en la pág. 39)

Pertenece a unos de los hospitales con mayor actividad de trasplantes de España. Acabar en la coordinación fue casi un desenlace natural en su carrera. «Durante años, estuve implicada en el mundo intraoperatorio del que recibe el órgano» y para conocer cómo se llegaba hasta allí dio el paso. «Quería conocer la otra cara: la generosidad de la persona y la familia que dona. Para ellos es un consuelo».

de la donación», rememora el médico. «Habían sido dos gemelitas, Alejandra y Lola. Las dos cogieron una meningitis en el momento del parto, pero Lola hizo muerte cerebral y falleció». Por eso, este facultativo se pone en la piel como familiar. «Tengo una nieta de cuatro meses y de pensar en que le pasase algo similar se me ponen los pelos de punta», afirma, e incide en la empatía de estos padres: «Ahora están colaborando mucho en la promoción y difusión de la donación».

Ser coordinador de trasplantes no solo es organizar la logística de los envíos de los órganos, hacer inventario del personal y los recursos y facilitar que todo cuadre en cada momento. No es solo eso. Lavid reivindica su papel, pero desde la satisfacción de contarlo por el impacto. «La gente se queda en que hacemos llamadas y nos acercamos a las familias a pedir los órganos». La enfermera del Valdecilla empieza con lo que podría



NURIA LAVID

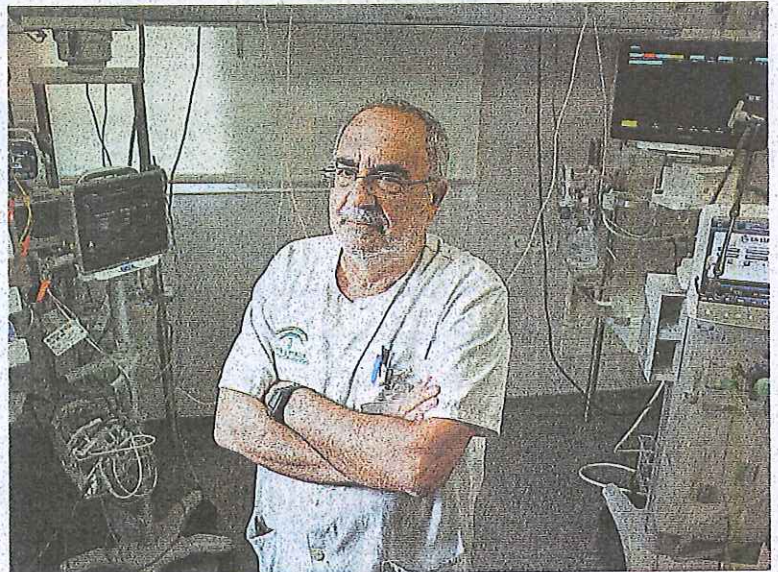
Enfermera

Siempre vio con admiración a los coordinadores, «a esas enfermeras que se encargaban de todo». «Era como un cuerpo de élite, los miraba como un niño mira a la policía». Ella empezó a tener contacto con la coordinación porque pertenecía al equipo quirúrgico de trasplantes desde 2011. Entonces, «cuando surgió la oportunidad, no lo dudé y me formé para ello», recuerda.

FRANCISCO GUERRERO

Intensivista

Lleva casi 30 años de coordinador. «Cuando empecé, allá por 1996, en Andalucía solo se dedicaba a la coordinación personal de enfermería», recuerda. Tras una reorganización, «cada equipo de coordinación pasó a tener una enfermera y un médico». Él combina esta actividad con el ejercicio de la medicina intensiva, «desde entonces localizado con un móvil todos los días».



ser la lista de la compra: «También está la valoración del órgano y la coordinación con la ONT y otros centros para ver quiénes se van a beneficiar. Empezamos con la localización del personal que tendría que intervenir en la extracción, luego está la logística, cómo llevamos los órganos... Implicamos a casi toda la sociedad».

Para ella, como para Tur y Guerrero, todo tiene que estar «medido, ensayado y cronometrado», sin olvidar «la climatología, que nos puede impedir un traslado». Lavid cuenta que no solo se pasa el día pegada al móvil. «Siempre llevo papel y lápiz y si hay una mínima oportunidad de que se dé un trasplante, ya tengo en mi cabeza cómo, quién y dónde», explica. Tener esas respuestas son fruto de que nunca dejar de pensar en el trabajo: «Estoy como un móvil, trabajando en segundo plano por si acaso». Tur destaca que cuando el proceso se pone en marcha, «todo tiene que cuadrar, ir como un reloj suizo y, para ello, es vital que en todo el proceso exista una comunicación permanente».

Esta complejidad la reflejan los cada vez más frecuentes trasplantes cruzados. El año pasado fueron 17; desde que se puso el programa en marcha en 2009, un total de 359. Este tipo de donación de riñón muchas veces comienza con una donación altruista y puede llevar a cadenas largas de trasplantes de hasta cinco beneficiados, incluidos países cercanos como Portugal.

Por eso, «la coordinación debe funcionar mejor que una orquesta», asegura Lavid.

Mientras un equipo vuela a otra comunidad autónoma para la extracción, el coordinador en el hospital de destino ya está preparando al receptor. El tiempo es el enemigo principal, especialmente el llamado «tiempo de isquemia»: «Son los minutos vitales desde que el órgano se extrae hasta que se implanta, de los cuales depende que el corazón vuelva a latir o el pulmón a respirar en un nuevo cuerpo», apunta Tur.

Uno de los obstáculos de la coordinación es que los equipos humanos son escasos, aunque han crecido en los últimos tiempos acorde a los esfuerzos de la ONT por cubrir las necesidades «de una población que cada vez lo requiere más y está más envejecida». Tanto Lavid desde Santander como Guerrero desde Almería son el

reflejo de ese esfuerzo. «Nosotros ahora somos cinco personas: tres intensivistas y dos enfermeras. Hemos sido muchos menos. Aunque somos un hospital pequeño, hacemos muchos procesos, casi todo tipo de trasplantes, y tenemos un impacto fuera de nuestra comunidad. Siempre hemos sido pocos, pero hoy en día no nos quejamos», contextualiza la enfermera del Valdecilla, cuyo centro sale en las listas de la ONT como el centro con mayor volumen de donantes en asistolia (tras parada cardiorrespiratoria) en 2025.

«Nosotros, hemos pasado de estar Charo (enfermera) y yo a sumar un intensivista y dos enfermeras», se alegra Guerrero, que sostiene que ese aumento de personal ha sido similar en el resto de las provincias andaluzas «en los últimos años». «Cada hospital se ha ido actualizando a las necesidades del número de donantes y proce-

sos», comenta el intensivista.

Este hecho se puede ver a través de las cifras: en 2021 se realizaron 4.781 trasplantes de la mano de 542 coordinadores; en 2025 fueron 6.335 con 741. Es un aumento espectacular de más del 30% en ambos casos, y sin embargo para la ONT se queda «escaso»: el organismo es muy ambicioso y quiere salir de su zona de confort «para seguir ofreciendo una oportunidad a los pacientes», según sostenía la directora de la ONT, Beatriz Domínguez-Gil, en un seminario el pasado mes de noviembre. «Muchos coordinadores lo son a tiempo parcial, porque tienen una actividad asistencial a la que suman la actividad de trasplantes», explica Tur. Ella pone de ejemplo que su hospital, La Fe de Valencia, cuenta con una unidad propia. «Esto nos permite dedicarnos al 100%, y eso, al final, se nota».

La innovación en el campo de los trasplantes que copa titulares en los medios viene de la mano de los xenotrasplantes y de técnicas avanzadas. «Ellos son la verdadera innovación que tenemos y que debemos poner en valor», subraya Domínguez-Gil.

Nuestro tres protagonistas recogen el guante. «No podemos esperar que los donantes vengan a nosotros y por eso somos proactivos, salimos a buscarlos», comenta la enfermera de Valdecilla. Hace décadas, la mayoría de los donantes eran jóvenes fallecidos en accidentes de tráfico; hoy, gracias a las mejoras en seguridad vial, el perfil ha cambiado radicalmente: el 60% supera los 60 años y muchos fallecen por causas cerebrovasculares. Esto ha obligado a los coordinadores a explorar nuevas fronteras, «a salir de las UCI y de las plantas habituales», confiesa Lavid. Por ejemplo, comenta Guerrero, «como jefe de servicio, a través de las reuniones de los comités hospitalarios, ya conozco qué casos tienen peor pronóstico y pasan a mi cargo. Así, tanteo candidatos».

Nuestro país ha sido pionero en la donación en asistolia: ya representa el 56% de las donaciones. Además, el uso de tecnologías punteras como las máquinas de preservación ex vivo permiten «hoy tratar órganos de personas mayores o con ciertas patologías que antes se descartaban, mejorando su función antes de ser trasplantados», incide Guerrero. El coordinador evalúa y valida estos órganos, «buscando siempre el tamaño o receptor adecuado para asegurar que cada acto de generosidad llegue a buen puerto», dice Lavid.

A veces, las esperas son buenas. Guerrero pone de ejemplo un caso más o menos reciente. «El donante había tenido una parada cardiopulmonar y, al principio, los órganos estaban muy mal. Los familiares tardaron en decidirse hasta tres días si donaban o no. Cuando dieron su consentimiento,

esos órganos habían mejorado enormemente». El intensivista reconoce que no presionaron a la familia. «Nunca se hace», apunta Tur. Ellos conocen bien cómo hablar con los familiares «en el peor momento». «Tras una entre-

Un trabajo invisible: "La gente piensa que solo hacemos llamadas y pedimos órganos"

El desafío de la eutanasia: "Se dona vida en un momento en el que una persona pide morir"

vista de aproximación, tanteamos. Cuando se plantea la opción, si la respuesta es negativa, se deja estar. Lo más importante es el respeto y no invadir la intimidad», subraya la anestesista.

Guerrero recuerda que ellos siempre están ahí para las dudas. «En una ocasión empecé a hablar con una familia el viernes al mediodía. Por la tarde me llamaron a mi casa y tuve que volver. El sábado, lo mismo. El domingo igual. Finalmente, el lunes dijeron que no».

Hoy también se enfrentan al reto de los donantes planificados, no solo los altruistas, sino los que donan cuando piden la prestación de ayuda para morir. «Son casos que te permiten tener todo con tiempo, aunque encaras la donación con otra mentalidad: es una persona que dona vida en un momento en el que pide morir», comenta con emoción la enfermera. El 14% de personas fallecidas por eutanasia son donantes y desde 2021 ha sido el tratamiento curativo para 643.

A pesar de las cifras de éxito, el desafío persiste. Al cierre de 2025, más de 5.000 pacientes, incluidos 77 niños, seguían esperando un órgano. «Nuestro trabajo es llegar cada vez a más personas», expone Lavid. «Hoy día no podemos tener donantes perfectos y hemos de acoplar unos a otros. Somos conscientes de la población envejecida y también de que esa población puede tener buenos órganos, que son la única terapia válida en muchos casos», añade Tur.

Para ello, buscan vida en un amplio abanico de pacientes ya en fase terminal con enfermedades degenerativas, respiratorias u oncológicas (como el programa de donación de tumor cerebral en Murcia). «En muchos casos la patología está avanzada y es irreversible. ¿Por qué no ofertar la donación?», se pregunta la enfermera. «Tenemos que ampliar el círculo y salir del hospital si hace falta», insiste Lavid. Quizás para ello hay que dejar de ser invisibles. «No podemos dar por hecho la donación: a veces, un órgano es la única forma de salvar una vida».

Mariano Barbacid, investigador del CNIO y de la empresa Vega Oncotargets. JAVI MARTÍNEZ



EL CNIO ECHÓ AL ALTO CARGO QUE DENUNCIÓ TRATO DE FAVOR A BARBACID

Investigación. El director de Innovación denunció ante el Ministerio favoritismo hacia el científico y meses después fue despedido por presunto acoso

Por Quico Alsedo (Madrid)

En junio de 2024 el entonces director de Innovación del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Roke Oruezabal, se plantó ante el secretario de Estado de Ciencia, Juan Cruz Cigudosa, acompañado de la directora científica, tanto la directora científica del centro como el responsable de Innovación creían que la gravedad de los hechos merecía elevar el tiro. Su queja: la gerencia del CNIO, liderada por el hoy investigado por Anticorrupción Juan Arroyo, estaba intentando ceder «gratuitamente» a Mariano Barbacid dos patentes en las que la casa había invertido esfuerzo y dinero, y que no podían despatrimonializarse sin contrapartida.

Un año después, en junio pasado, como ha podido saber EL MUNDO, Oruezabal era despedido tras un expediente por presunto acoso laboral que en esta nueva etapa gerencial en la institución se tacha de «arroyo», tras un procedimiento interno cuanto menos «dudoso» —el comentario es de las mismas fuentes—. Blasco, ya se sabe, fue descabezada por el propio Ministerio, y el gerente Arroyo se quedó emboscado como Vicepresidente de Asuntos Económicos hasta que EL MUNDO publicó en noviembre pasado que el

director de Operaciones y la de Compliance le había denunciado por, supuestamente, liderar una trama que habría defalcado 25 millones de euros en 17 años. Anticorrupción comenzó a investigarlo y hace dos semanas fue despedido. Sus denunciantes, de hecho, habían pedido ayuda también a Cruz Cigudosa, dos veces, pero de nada les sirvió: su investigación de las cuentas desde dentro les valió el despido como represalia, como ha certificado ahora la Autoridad de Protección al Informante. El juicio por despido improcedente a Oruezabal, que denunció en el Ministerio el presunto trato de favor de Arroyo a Barbacid, será en septiembre.

El ex director de Innovación del centro tuvo noticia a finales de mayo de 2024, según ha confirmado este diario, de que Arroyo había enviado al Patronato el día 17 de ese mes una propuesta de acuerdo para cederle gratuitamente las patentes a Vega Oncotargets sin pasar, como debía preceptivamente, por innovación ni por la Oficina de Transferencia, encargada también de valorar este tipo de propuestas. Tras la queja tanto de Blasco como de Oruezabal, este en el Comité de Directores, Arroyo retiró la propuesta, que finalmente pasó por los cauces reglamentarios y terminó con un acuerdo para ceder la segunda de esas patentes, que como ha publicado EL MUNDO se consideró «inviabile» y que ahora Barbacid trata de desarrollar.

Sin embargo, el panorama de Oruezabal se oscureció rápidamente. Recibió una queja por acoso laboral, de una representante sindical, y un comité de investigación que ahora se pone en tela de juicio le encontró culpable. Fue despedido en junio pasado, antes que los otros dos denunciantes.

GACETA MÉDICA

Diciembre de 2025

Año XXIII - Nº 973

Patrocinadores:  sonofi  SHIONOGI  Organiza: Instituto de Salud Pública  Centro de Asesoría



GRIPE, VRS y PANDEMIAS: los tres grandes retos de la Salud Pública

La variante K de la gripe causa un inusual repunte adelantado de las infecciones

P. 6, 8, 26 y 27

Luz verde a la vacunación de VRS en adultos vulnerables e institucionalizados

P. 6 y 9

¿Estamos preparados ante una pandemia? La reserva estratégica es fundamental

P. 7



Todo el equipo de Gaceta Médica les desea una feliz Navidad y un próspero 2026

IX Foro Salud Pública



El director general de Salud Pública y Equidad de Sanidad, Pedro Gullón, durante su intervención en el IX Foro de Salud Pública.

ya se han activado grupos para mapear qué reservas existen, qué hace falta y cómo armonizar cuadros de mando comunes: "En el Consejo Interterritorial hemos activado un grupo de reserva estratégica con las comunidades autónomas para ver qué tienen, qué necesitan y qué podemos también añadir". Gullón destacó, además, las po-

sibilidades que ofrecen las compras conjuntas europeas (Joint Procurement Agreements) para completar y renovar reservas sin asumir por completo los costes de almacenamiento y caducidad. A su juicio, estas herramientas permiten combinar reservas físicas con derechos de adquisición que se activan en emergencias: "Tenemos dere-

cho a una compra de X vacunas de X compañía en caso de una emergencia", explicó, y recordó ejemplos prácticos, como el uso de reservas de vacuna para la viruela en respuesta a la mpox.

En su intervención también subrayó la importancia de reforzar la autonomía estratégica del país, especialmente en lo que se refiere a la capacidad de produc-

ción de determinados productos sanitarios, medicamentos y vacunas. Explicó que este objetivo no se limita a acumular reservas, sino que también pasa por coordinarse con otros ministerios y con la industria farmacéutica para impulsar la fabricación nacional.

AMENAZAS CLIMÁTICAS Y COOPERACIÓN

Durante la intervención, el director general de Salud Pública y Equidad de Sanidad se refirió expresamente a episodios recientes como la DANA de Valencia. Gullón subrayó las consecuencias posteriores a la catástrofe en salud mental, calidad ambiental y reemergencia de otros problemas sanitarios, como ejemplos de por qué la preparación no puede limitarse a los agentes infecciosos. En este sentido, el director general destacó la colaboración entre la Generalitat Valenciana y el Ministerio de Sanidad durante la DANA como "un ejemplo de colaboración" y apeló a visibilizar ese tipo de respuestas no tan mediáticas pero esenciales en el día a día. En el plano internacio-

nal, Gullón mostró preocupación por la erosión de la acción multilateral: "Estamos perdiendo la fe en la Organización Mundial de la Salud (OMS)", indicó, y reclamó mantener al organismo como eje de la gobernanza global en salud. Valoró, no obstante, los avances recientes en acuerdos internacionales —regulación sanitaria y el acuerdo de pandemias— aunque advirtió que quedan negociaciones complejas abiertas, como las relativas al Acuerdo Mundial sobre Pandemias.

Para cerrar su intervención y dar comienzo al resto de debates, Gullón situó la Salud Pública 2.0 como un impulso para elevar la prevención, la protección y la promoción a "un nuevo nivel" mediante agencias, centros de control autonómicos y una Agencia Estatal de Salud Pública con mayor independencia técnica: "Crear una salud pública 2.0 donde estemos mejor preparados y tengamos una mejor respuesta, con más salud para todos y con más equidad", concluyó, reclamando que la modernización se ponga siempre al servicio de los valores científicos y sociales.

Las novedades en gripe, VRS y pandemias centran un debate cada vez más necesario

JAVIER ALBERCALAMAS
Madrid

La mesa inaugural fue moderada por Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, y Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la URJC, y contó con la presencia de Cristina Henríquez de Luna, presidenta y consejera delegada de GSK España, Andrea Pitrelli, director general de Shionogi España, y Marta Díez, directora general de Vacunas de Sanofi Iberia, cuyas intervenciones pusieron de relieve la importancia de la colaboración entre la industria y las administraciones para mejorar la Salud Pública.

Al inicio, Henríquez de Luna subrayó la importancia de "poner la salud pública en el lugar que que se merece", insistiendo en que España afronta desafíos crecientes como "el aumento de enfermedades crónicas" o "la aparición de más enfermedades



De Quiroga (Fundamed), Pitrelli (Shionogi), Henríquez de Luna (GSK), Díez (Sanofi).

graves en jóvenes". Recordó que España invierte un 3,8% del gasto sanitario en prevención, una cifra por debajo del 5,5% de la media europea.

También, sostuvo que existe "una enorme oportunidad" para nuestro país a la hora de reforzar la inmunización a lo largo de toda la vida. Cristina Henríquez de Luna advirtió que las coberturas en adultos siguen siendo insuficientes y destacó que "de las 91 vacunas que se están de-

sarrollando por la industria, 77 son para adultos".

Por su parte, Andrea Pitrelli, centró su intervención en la resistencia antimicrobiana y la necesidad de incorporar antimicrobianos estratégicos a las políticas de preparación. Recordó que la compañía ha desarrollado un antimicrobiano frente a patógenos gramnegativos prioritarios para la OMS, y advirtió que "es una prioridad tener una reserva estratégica que esté lista

desde el día uno de una posible pandemia".

Pitrelli, en este sentido, valoró que España disponga de un borrador de un plan de preparación pandémica y reiteró que, desde su compañía, están "listos para trabajar con el Gobierno" en su desarrollo.

Marta Díez, directora general de Vacunas de Sanofi Iberia, centró su mensaje en el reto demográfico y la importancia de garantizar calidad de vida en un país donde uno de cada tres ciudadanos tendrá más de 60 años en 2050. Recordó que la inmunización es "un arma fundamental en la prevención y en ganar más calidad de vida", dejando claro que hay estudios que "indican que por cada euro invertido en vacunas se revierten 19 euros", a la par que asegurando que realmente "no se calculan los costes secundarios que implican las infecciones".

Igualmente, Díez alertó sobre la caída de las coberturas de gri-

pe en adultos en una campaña en la que los contagios por la variante K han anticipado los contagios. De igual modo, subrayó el valor diferencial de las nuevas tecnologías: "Con la introducción del anticuerpo monoclonal hace dos años, conseguimos reducir el 80% de los ingresos de lactantes por VRS".

Por su parte, Gil resaltó la consolidación del encuentro al recordar que el que viene tendrá "dos dígitos" y celebró que el foro se haya convertido en un espacio para debatir sobre vigilancia epidemiológica y vacunación. También subrayó la relevancia de abordar "la importancia de las enfermedades infecciosas y la vacunación" para reforzar la Salud Pública.

Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, cerró la mesa asegurando que "probablemente no haya habido otro momento en el que la Salud Pública tenga tanta relevancia", algo que evidencia la pertinencia del Foro. Señaló, igualmente, la oportunidad de reflexionar sobre infecciones como VRS o gripe, y de profundizar en los avances del Plan Estatal de Preparación y Respuesta frente a amenazas graves para la salud.