



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

MARZO - ABRIL

2026

TRIBUNALES | SANIDAD

La detención del gerente de Salud y del responsable del área de gestión sacuden a la sanidad soriana

DELITO Tras una investigación de la Fiscalía y la Guardia Civil, se les acusa presuntamente de prevaricación administrativa continuada

FRACCIONAMIENTO Al parecer, incumplían la Ley de Contratación del Sector Público al dividir contratos para no sacarlos a licitación



JOSÉ LUIS VICENTE

GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA (GASSO)

José Luis Vicente es licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Uva y tiene la plaza de titulado superior en Administración Sanitaria como personal estatutario de Sacyl.



OSCAR PÉREZ

DIRECTOR DE GESTIÓN Y SERVICIOS GENERALES DE GASSO

Óscar Pérez es ingeniero y también trabajó en el Ayuntamiento de Soria, llegando a formar parte del comité de empresa en representación de UGT, hasta ocupar el cargo en la gerencia.

REDACCIÓN/JCAL/ SORIA

La dimisión de gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente, y del director del Área de Gestión y Servicios Generales, Óscar Pérez, ha sacudido a la sanidad soriana y ha causado una gran polémica. Ambos fueron detenidos por la Guardia Civil el pasado martes 24 de marzo a primera hora de la mañana en sus puestos de trabajo en el Hospital Universitario de Santa Bárbara por un presunto delito de prevaricación administrativa continuada, según se apresuró a informar la Subdelegación del Gobierno en Soria. Seguidamente, se les tomó declaración en la Comandancia y pasaron a disposición judicial, para ser puestos poco después en libertad con cargos por el Tribunal de Instancia 4 de Soria, sin que la Fiscalía solicitara medidas cautelares. Eso sí, les indicaron la obligación de comunicar los domicilios para las diligencias judiciales, informó el TSJ CyL.

La investigación comenzó en el vertedero de Golmayo, donde se detectaron irregularidades al depositarse residuos sanitarios sin tratar y, posteriormente, se trasladó a los despachos donde se fiscalizaron documentos. De esta manera, se descubrió la comisión por parte de ambos cargos de un posible delito de fraccionamiento de contratos para evitar concurso público, como el del helipuerto del hospital, actualmente en construcción con una inversión de 400.000 euros, o alguna de las actuaciones de la Unidad de Radioterapia, incumpliendo la Ley de Contratación de la Administración Pública. La Guardia Civil no ofreció más datos del alcance de las diligencias ni de los hechos que se investigan. La Subdelegación del Gobierno en Soria ya explicó en

la información que «la prevaricación administrativa es un delito que, en términos generales, consiste en dictar a sabiendas una resolución injusta en un asunto administrativo», añadiendo que la Guardia Civil ponía el foco en «decisiones de gestión económica adoptadas en el ámbito de la asistencia sanitaria pública de toda la provincia de Soria» y descartando delitos por mala atención o praxis médica.

«NORMALIDAD» EN SACYL. La Gerencia Regional de Salud, tras conocer los hechos, se refirió en un comunicado al respeto a la presunción de inocencia y se puso a disposición de la Justicia para ofrecer toda la información necesaria durante la investigación, «con absoluta transparencia». Trasladó que se seguía prestando asistencia sanitaria con «absoluta normalidad» en Soria.

El miércoles por la tarde, la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Soria anunció la dimisión de los dos cargos, mientras que el BocyL publicó el jueves la orden -con fecha 25 de marzo- del cese «a petición propia» de José Luis Cano como gerente, agradeciendo los servicios prestados. La Gerencia Regional explicó que sus funciones las asumía de forma provisional la directora médica, Marta León, «como es habitual en los casos de ausencia del titular». En unos días la Junta nombrará nuevo gerente y responsable del área económica, según avanzó este jueves el portavoz de la Junta de Castilla y León en funciones, Carlos Fernández Carriazo.

El portavoz, en su comparecencia en las Cortes, aseguró que se tomarán las «decisiones» que correspondan sobre los dos responsables sanitarios detenidos, aunque reconoció que no se conocían

PINTURA PLÁSTICA BIGMAT INTERIOR BLANCO MATE 15L
REF. 5391260



29'95 €
IVA INCLUIDO

BigMat
LA TIENDA PROFESIONAL DE LA CONSTRUCCIÓN

LA PLATAFORMA ODORICIO

OFERTA VÁLIDA HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2026

CALLE D - PARCELA 45 - POLIG. IND. LAS CASAS (SORIA)

los «detalles» de los sucedido, es decir, las causas y motivos del proceso judicial, para hacer una valoración más precisa y cuantificar el importe de la posible afectación a las cuentas públicas de las actuaciones. Desde la Junta no creen que este asunto vaya a afectar a los proyectos en marcha de Sacyl en Soria, que seguirán adelante, e insistió en que la parte asistencial y administrativa funcionan con normalidad. En cuanto a la investigación, Carriedo habló de un proceso judicial abierto, apuntando a que desde la Junta queda «respetar el procedimiento y colaborar en lo que se nos pueda demandar para que avance la investigación».

REACCIONES. Las detenciones de estos dos cargos de libre designación por parte de la Junta de Castilla y León, gobernada por el PP, ha causado un gran revuelo. El presidente de los populares de Soria, Benito Serrano, sobre lo «presuntamente ocurrido», habla de la «presunción de inocencia» y del «respeto» a la investigación de la Guardia Civil, abogando por la transparencia y por el cumplimiento de la justicia si alguien ha cometido un error. Aunque son cargos de designación directa -José Luis Vi-

cente es funcionario de carrera y Óscar Pérez es personal interino- «no tienen ninguna vinculación con el partido ni están afiliados». «Son trabajadores del ámbito sanitario que llevan muchos años, más de 40 en el caso de Vicente, desempeñando esta labor, y habrá que ver si ha ocurrido o no. Cuando se dicte sentencia valoraremos, ahora no se puede», añade Serrano, quien deja entrever una «sobreactuación» del delegado del Gobierno, Miguel Latorre, por el tiempo y la forma en los que se comunicaron los hechos, «cuando en otros casos el proceder no es el mismo», denunciando que se ha podido utilizar el caso como «herramienta política». «Choca que en un caso de prevaricación administrativa, aunque no se ha incumplido una ley, lo primero que se hace es trasladarlo al juzgado y la declaración para detener si procede, sin una detención previa», señala.

Por su parte, el secretario general del PSOE de Castilla y León, Carlos Martínez, en cuanto conoció los hechos «de una gravedad total y absoluta» reclamó la comparencia en la Diputación Permanente de las Cortes del consejero de Sanidad en funciones, Francisco Vázquez, para dar explicacio-

El portavoz de la Junta de Castilla y León señala que se esperará a conocer los «detalles» para hacer una valoración más precisa

El secretario del PSOE de Castilla y León reclama actualizar la normativa autonómica en materia de transparencia, porque está aún pendiente

PERFIL

De escribir una memoria del Covid en Soria a alto cargo


CONTRIBUCIÓN EN LA GERENCIA DESDE 2023 EN EL PUESTO

José Luis Vicente asumió las funciones de gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, en sustitución de Enrique Delgado por jubilación, en agosto de 2023. Hasta que cubrió el puesto, compaginó las funciones con las de su anterior cargo como director de Gestión y Servicios Generales de dicha gerencia. Participó en la elaboración de planes funcionales de centros sanitarios y en la ampliación del Hospital de Santa Bárbara, así como en proyectos de renovación tecnológica y digitalización de historias clínicas y expedientes de recursos humanos, entre otras iniciativas. Es autor del libro *Covid 19. Un año de pandemia en Soria*, con información, análisis y recogida de artículos de sensaciones y experiencias personales de unos 60 profesionales de la Gasso.




nes y criticó que el propio presidente en funciones, Alfonso Fernández Mañueco, haya ignorado la situación. «Intenta hacer como que esto no ha pasado mientras han sido detenidas dos personas que han sido designadas por el PP», indicó criticando además que los detenidos estuvieran acompañados ese día por el senador del PP, José Manuel Hernández, que también es funcionario letrado de la Junta de Castilla y León y «amigo personal desde hace años» de José Luis Vicente, según indica el mismo a *El Día de Soria*. Martínez cuestiona la falta de reacciones públicas de dirigentes autonómicos, al tiempo que plantea la necesidad de revisar y actualizar la normativa autonómica en materia de transparencia, ya que está pendiente en la Comunidad.


El procurador en funciones de Soria, Iñaki Ángel Ceña, exigió ayer a Fernández Mañueco explicaciones «claras y transparentes» por el caso de los dos cargos de libre designación detenidos. «Habrá responsabilidades políticas, espero», advirtió abogando por que la investigación llegue hasta el final con transparencia y apuntando a responsabilidad «in vigilando» de la propia Junta.



CENTROS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Y BACHILLERATO



I.E.S. CASTILLA




I.E.S. VIRGEN DEL ESPINO


SOLICITUD DE ADMISIÓN

Del 17 de marzo al 8 de abril a las 14:00h


Entrega de solicitudes en el centro elegido como primera opción.




I.E.S. ANTONIO MACHADO



ESCUELA DE ARTE



I.E.S. POLITÉCNICO



Centros bilingües

Más información www.educa.jcyl.es

TRIBUNA LIBRE | MERCEDES GAGO (Secretaria general de SATSE Castilla y León)

Compromisos en papel que serán avances reales



Los planes de ordenación de recursos humanos deberán hacerse públicos periódicamente, al menos, cada cuatro años

Terminaron en acuerdo tres años de negociación nada fáciles en los que, al contrario de lo que muchas veces se trasmite, han estado representados todas las categorías profesionales de Sanidad. De momento, un borrador de Estatuto Marco. Son compromisos recogidos en papel, es cierto, pero son más de 100 avances que serán una realidad para enfermeras y fisioterapeutas de Castilla y León. Y es que este texto nacional tendrá importantes repercusiones en nuestra Comunidad.

Si se aprueba en su totalidad, conforme está firmado, habrá una clasificación justa y en consonancia con la titulación universitaria. Esto es mucho más que un incremento salarial. Enfermeras y fisioterapeutas podrán acceder a determinados puestos de gestión en los que ahora están vetados porque en el pasado fueron diplomados universitarios.

También se recoge el derecho a una jubilación anticipada. Es una reclamación que SATSE viene realizando desde hace años por los especiales riesgos que sufren las enfermeras en su trabajo diario, como exposiciones químicas a medicamentos peligrosos, cargas físicas derivadas del manejo de los pacientes y riesgos biopsicosociales (turnos que cambian, guardias y contacto constante con la enfermedad y sufrimiento, entre otros).

Con su aprobación, de manera inmediata se articulará la jubilación parcial mediante contratos relevantes, como ya existe en la empresa privada, y que, dada la ampliación de la edad de jubila-

ción y la carga de trabajo de la profesión, supone una importante adaptación.

Por otro lado, en estos días que se ha hablado tanto de conciliación, el nuevo borrador recoge el derecho a conocer anticipadamente la programación anual de la jornada. Hoy en día todavía existen casos en los que se conoce solo con un mes de antelación los días de trabajo e incluso sigue habiendo casos en que no se dan las planillas hasta la semana de antes. No es un decir. Es una realidad. En la encuesta realizada por el Sindicato en Castilla y León a enfermeras y fisioterapeutas y presentada hace unos días, un 47 por ciento asegura que le dan a conocer su turno de trabajo con menos de un mes de antelación y un 14 por ciento tiene acceso a su planilla con menos de siete días.

El nuevo borrador del Estatuto Marco recoge también algo tan importante como la exención del turno nocturno para mayores de 55 años. Se trata de un derecho que lleva años reconocido a otras categorías, pero que las enfermeras no disfrutaban. ¿Se imagina alguien lo que es soportar jornadas de diez horas nocturnas sin parar en toda la noche ni descansar cuando tienes esa edad o más? En el acuerdo se indica que a partir de los 55 años se podrá solicitarla exención de los turnos de noche y se establecerá un sistema de compensación para evitar una pérdida retributiva.

Aunque, sin duda, uno de los avances que será un antes y un después para las profesiones de Enfermería y Fisioterapia será contar con ratios adecuadas. El documento indica que los planes de ordenación de recursos humanos deberán hacerse públicos periódicamente, al menos, cada cuatro años. Y, asimismo, se exige ratios adecuadas de profesionales.

Para el Sindicato, el incremento de las planillas de profesionales de Enfermería y Fisioterapia es de vital importancia porque se garantiza una atención de calidad al ciudadano. La falta de enfermeras y fisioterapeutas no solo alarga las listas de espera, sino que repercute en la presión asistencial que sufren los profesionales e impide el desarrollo de programas de salud ante la falta de tiempo para su implementación.

Ya en 2018 SATSE impulsó una iniciativa legislativa popular para que se regulase por ley un número máximo de pacientes por enfermera. Se recogieron cerca de 700.000 firmas. La ley entró en el Congreso en diciembre de 2019. Sin embargo, la Ley de Seguridad del Paciente sigue en trámite parlamentario.

Además, se ha conseguido que se reconozca el derecho a la desconexión digital fuera del horario laboral.

Esperamos que los partidos políticos conozcan las ventajas que supone este nuevo Estatuto Marco para todos los sanitarios, no solo para enfermeras y fisioterapeutas, y que apoyen este nuevo documento para que se apruebe lo antes posible, para que los compromisos pasen del papel a ser avances reales.

¿Qué nos reserva el porvenir?



EL BLOC DEL GACETILLERO
JESÚS FONSECA

Ya no hay vuelta atrás. Lo sabemos. La guerra de Medio Oriente, está preparando el camino a un nuevo tipo de orden planificado, en beneficio de los poderosos de la tierra. Después de la Primera y la Segunda Guerra Mundial, creíamos que nunca más afrontaríamos desastres parecidos. Pues no. Algo va mal, ciertamente. La codicia lo puede todo. El éxito de la democracia de la posguerra, radicaba en el equilibrio entre la producción y la redistribución, regulada por el Estado. Con la globalización este equilibrio se quebró. «El capital se ha hecho móvil. La producción ha traspasado las fronteras nacionales y, por lo tanto, ha quedado fuera del ámbito de la redistribución estatal», asegura Dominique Strauss-Kahn. La caída del muro de Berlín y la derrota del comunismo, creímos que nos abriría una era de insospechada libertad. Pura ingenuidad. Nos equivocamos, una vez más. Esa era de crecimiento y estabilidad sin precedentes, que auguraban algunos economistas y políticos, no se ha cumplido. Al contrario, desde noviembre de 1989, vivimos una constante sensación de inseguridad, populismo y conflictos internacionales. «Necesitamos aprender a pensar de nuevo el Estado», afirma Tony Judt. Hay algo erróneo en la forma en que vivimos. Algo fallido, que tiene mucho que ver con el estilo egoísta de la vida contemporánea, junto a la demagogia que la acompaña. Tenemos, por un lado, a la izquierda más radical, con su valoración crítica de los mercados no regulados y, por otro, el desprecio de la ultraderecha por el sector público. En el medio están los liberales, con su ensueño de un crecimiento infinito. Algo imposible de materializar. Y así, tú por mí, la casa sin barrer. Los pobres, cada vez más pobres y, los ricos, cada vez más ricos. En las últimas décadas hemos hecho, de la búsqueda del beneficio material, principal virtud. Hasta tal punto que eso es todo lo que queda del que era nuestro mayor propósito: la legitimidad de lo público y la redistribución de la riqueza, como valores incontestables de la Humanidad. No nos equivocamos: es la obscena rendición a los poderes del dinero, la que está provocando tantas y tantas muertes, desigualdades y sufrimiento. Los expertos en economía aseguraban que, una vez embridados los controles públicos sobre el mercado, la riqueza se multiplicaría ilimitadamente, en beneficio de todos. Mentira. Cuanto más hay, menor es el bienestar de los que menos tienen. ¿Cómo podríamos enmendar el haber educado a varias generaciones, obsesionadas con la búsqueda de riqueza, e indiferentes a tantas otras realidades? No tengo la respuesta. Pero pensar sólo en clave económica, como llevamos haciendo en los últimos 40 años, no es algo que facilite el vivir a los seres humanos. Hubo un tiempo en que organizábamos nuestras vidas de otra forma: buscábamos la fortaleza interior, mejoramos y ser dueños de nosotros mismos. Ahora lo único que vale es la cuenta de resultados. Las consecuencias, a la vista están: una Humanidad que sigue buscando la esencia del bien y el mal donde no se encuentra.





ENVEJECIMIENTO. Frente a la confusión y el 'ruido' de las redes sociales, la científica Marta González-Freire se circunscribe a la biología y los datos contrastados

“La longevidad no se vende en cápsulas: el negocio es prometer lo que la ciencia no puede”

Por Gema García Marcos
Fotografía de Alberto Di Lollo

Para una investigadora del envejecimiento con la trayectoria de Marta González-Freire ver, oír y leer todo lo que circula hoy en día en los medios y redes sociales sobre el campo al que ha dedicado toda su vida profesional resulta delirante. «Antes se decía que todos llevábamos un seleccionador nacional dentro; hoy, más bien, yo diría que es un especialista en longevidad», afirma.

Azote de los vendedores de un sector que cada vez mueve más dinero, González-Freire quiere dejar las cosas muy claras desde el principio: «La longevidad no se vende en cápsulas: el verdadero negocio es prometer lo que la ciencia aún no puede», sentencia esta investigadora titular del Instituto de Investigación Sanitaria

Marta González-Freire, investigadora del envejecimiento y la longevidad.

de Illes Balears (IdISBa) y del Translational Research in Aging and Longevity Group (TRIAL group).

Hasta hace nada se decía que nuestra esperanza de vida dependía un 70% del estilo de vida y el 30% restante del ADN, pero este argumento ha cambiado. «Varios estudios epidemiológicos recientes demuestran que los genes influyen incluso más que nuestras costumbres, pero, al final, es el equilibrio de ambas cosas. Todos nacemos con una carga genética y es verdad que podemos jugar mucho con los cambios de hábitos, pero lo que está claro es que la mayoría viene con un menú básico y solo una minoría privilegiada cuenta con uno más desarrollado que incluye genes protectores».

El objetivo ya no es tanto vivir muchos años (que también), sino vivirlos bien. «Para la comunidad científica, *lifespan* (esperanza de vida) y *healthspan* (esperanza de vida con buena salud) siempre han ido de la mano, aunque quizás en los medios de comunicación o en el ámbito divulgativo se ha tendido hasta hace nada hacia el 'vamos a ser centenarios'. Actualmente ya somos muy longevos, pero la realidad es que a partir de los 50 años empezamos a acumular enfermedades, algunas de ellas, como por ejemplo el Alzheimer, absolutamente incapacitantes».

A esos dos conceptos se les une ahora otro que emerge con fuerza en redes. «El *peaks* es el periodo en el que mantenemos, al menos, el 90% de nuestra capacidad máxima en una función específica, ya sea física o cognitiva». ¿A qué edad nos encontramos en nuestro máximo esplendor? «Alrededor de los 30 o 40 años, nuestros sistemas están en su culmen y, a partir de ese momento, comienza la caída. Lo que se anhela es la comprensión de la morbilidad: que las enfermedades aparezcan lo más tarde posible y ralentizar al máximo su desarrollo».

Según todo esto, ¿cuándo deberíamos empezar a cuidarnos para gozar de una vida larga y saludable? «Desde la infancia. Lo suyo es que empezáramos a cuidarnos lo antes posible, porque nuestra reserva funcional se reduce con la edad. Cuanto más jóvenes empecemos mayor capacidad de mejorar las cosas tendremos».

Y, para conseguirlo, «lo que deberíamos hacer como sociedad es mejorar la salud pública partiendo desde la educación. O sea, que desde pequeños se nos enseñe a comer bien o a comprender por qué es bueno mantenerse activo física y cognitivamente. A mí me cuesta entender cómo es posible que, a estas alturas, todavía hay gente que no sea capaz de distinguir qué es un hidrato de carbono, qué es una proteína o qué son las grasas, por citar lo más básico. Esto es una muestra más de que nuestro sistema educativo está fallando».

A pesar de que, especialmente tras la pandemia, «cada vez hay más gente haciendo ejercicio –sobre todo mujeres que han derribado las barreras frente a los entrenamientos de fuerza– se está agravando la epidemia de obesidad, especialmente la infantil, que, en España, está alcanzando unos niveles muy preocupantes».

En lo que más *pinchamos*, además de en la dieta, es en el descanso. «La falta de sueño, a la larga, puede provocar alteraciones en el sistema metabólico y deterioro cognitivo». Tan importante o más que las horas que dormimos es el momento en el que arrancamos nuestro descanso. «Está más que demostrado que si no nos vamos a

“Somos longevos, pero, a partir de los 50 años, empezamos a acumular enfermedades”

“El problema de intentar controlar todo es desarrollar patrones de dependencia”

dormir antes de las 22 horas (en España esto no suele ocurrir) nos vamos a saltar una de las fases más importantes del sueño y no la recuperaremos, aunque nos levantemos más tarde al día siguiente».

Lo ideal, prosigue, «sería cenar dos o tres horas antes de irnos a la cama y, si es posible, antes de las 21 horas. ¿Qué pasa? Que, al final, hay que encontrar un equilibrio entre ese afán por cuidarnos y la vida social, sobre todo si tenemos en cuenta que el componente social es uno de los grandes predictores de calidad de vida y longevidad».

«El veneno está en la dosis», subraya, y esto se aplica a todo: «El problema de intentar controlarlo todo tanto siempre es que terminamos desarrollando patrones de dependencia y de ansiedad por sentir que no hacemos lo que *idealmente* deberíamos hacer. No podemos vivir angustiados por hacer todo perfecto».

Gafas amarillas, luces infrarrojas, suplementación, tratamientos carísimos solo al alcance de una minoría privilegiada... ¿Se nos está yendo de las manos esta búsqueda de la longevidad? «La obsesión actual es contraproducente. Se leen, escuchan y ven cosas en las redes sociales que son auténticas barbaridades. Ha llegado un punto en el que el mayor riesgo de la longevidad hoy no es envejecer, sino el negocio que se genera en torno al anti-envejecimiento sin evidencia. La longevidad no es magia: es biología, datos y cambios de hábitos». Amén.

POR QUÉ EL HORARIO DE INVIERNO BENEFICIA A LA SALUD MÁS QUE EL DE VERANO

Cronodisrupción. Con el cambio de las manecillas volvemos a pasar por un mini 'jet lag' que obliga a nuestro reloj biológico a ajustarse. Si hubiera que eliminar el cambio de hora, a pesar de su popularidad, la ciencia recomienda quitarnos de encima el del estío

Texto e infografía de **Gracia Pablos**

A las dos serán las tres: los relojes avanzan una hora en un día que solo tendrá 23. Lo hemos hecho multitud de veces (concretamente dos al año), pero aún se nos resiste tanto la teoría (sumar horas para perderlas) como la adaptación. «El cambio de hora es similar a un mini 'jet lag', porque obliga al reloj biológico a ajustarse bruscamente a un nuevo horario», explica María José Martínez Madrid, coordinadora del grupo de trabajo de Cronobiología de la Sociedad Española del Sueño (SES). «No suele ser tan intenso como un viaje intercontinental, pero sí implica una pérdida temporal de sincronización entre el reloj interno y los horarios sociales». Y este cambio en concreto, en el que perdemos una hora de sueño, es el peor de los dos a nivel de adaptación.

Las consecuencias de esta «alteración aguda del ritmo circadiano» pueden durar días, los que tardamos en reajustarnos, según Martínez Madrid. «Aunque el impacto individual suele ser pequeño, a nivel poblacional se ha observado un aumento transitorio de accidentes, problemas cardiovasculares o alteraciones del sueño tras el cambio de hora».

María de los Ángeles Bonmatí Carrión, investigadora del grupo Cronolab de la Universidad de Murcia, añade más elementos a la lista de consecuencias del cambio de hora: «Peor concentración, peor rendimiento cognitivo, problemas con el estado de ánimo y también es muy frecuente sufrir alteraciones digestivas o trastornos gastrointestinales». En realidad es una lista idéntica a la que podríamos citar al hablar de lo que experimentamos al viajar de un sitio a otro con distinto horario.

Por todos estos motivos hace mucho tiempo que se debate la conveniencia de mantener el cambio de hora. Y entonces surge la famosa pregunta: ¿Team verano o team invierno? Y de nuevo el país se nos divide en dos, como si se tratase de un derbi futbolero entre los equipos punteros o la discusión eterna de si pasar las vacaciones en la playa o en la montaña.

No es una decisión fácil: la luz natural determina nuestro sistema circadiano o, dicho de otro modo, las puestas de sol y los ocasos son los que tiran como imanes de nuestro cuerpo para que se levante o se

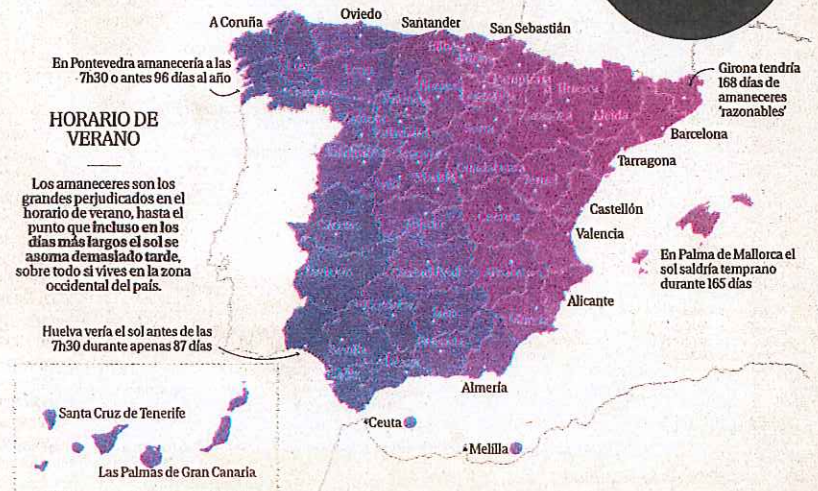
EL SOL COMO DESPERTADOR NATURAL

Lo natural y más sano, según los expertos, es que la salida del sol marque nuestro inicio del día. Madrugones aparte, eso sí.

¿CUÁNTOS DÍAS AMANECE ANTES DE LAS 7H 30?

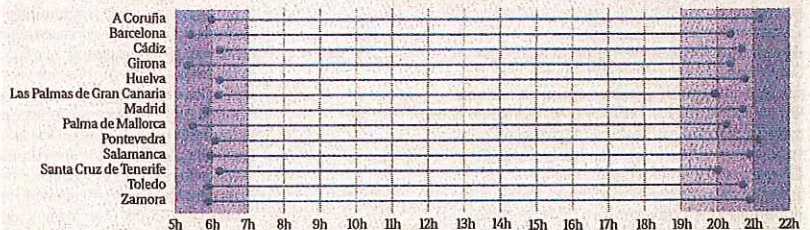
En España amanece tarde, al menos si nos comparamos con algunos países vecinos. Por ese motivo vamos a fijar la meta cerca de la hora media a la que amanece en el escenario actual (con cambio de hora incluido): las 7h 30. ¿Qué horario es más favorable?

0 días al año ————— 365 días al año



¿CÓMO SERÍA EL DÍA MÁS LARGO CON EL HORARIO DE INVIERNO?

El día más largo del año (21 de junio) coincide en el horario de verano, pero si eliminásemos el cambio de hora el sol dejaría de resistir hasta pasadas las 22h en algunos sitios, y los amaneceres serían mucho más madrugadores.



Nota: Aunque los datos se pintan por provincias, corresponden a las estimaciones de salidas y puestas de sol para el año 2026 (forzando un único horario todo el año) en cada capital de provincia o Ciudad Autónoma.

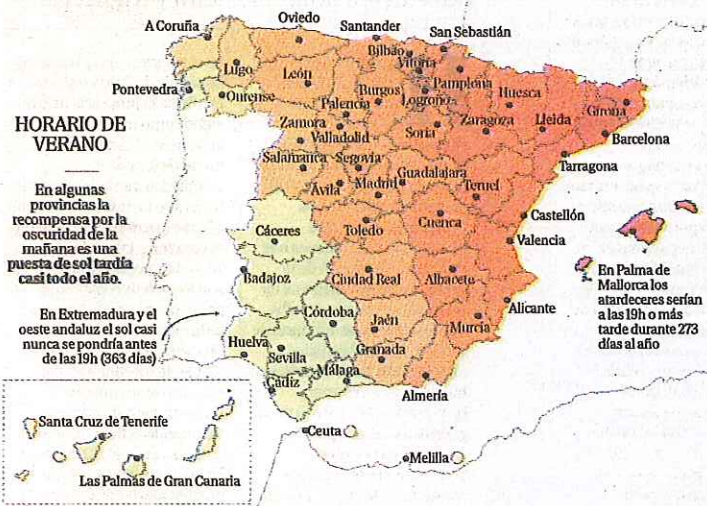
RETRASAR EL FINAL DEL DÍA

Es comprensible desear que el sol nos acompañe a la salida del trabajo, pero en los días cortos esas horas se echan en falta por la mañana.

¿CUÁNTOS DÍAS ANOCHECE A LAS 19H O MÁSTARDE?

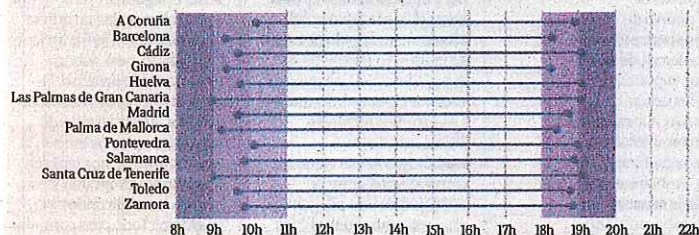
El sol se pone, en promedio, más tarde de las 19h 30 en nuestro país, algo que encaja con un estilo de vida que acostumbra a estirar los días. Hemos fijado el requisito a las 19h para comprobar qué pasa con cada horario.

0 días al año 365 días al año



¿CÓMO SERÍA EL DÍA MÁS CORTO CON EL HORARIO DE VERANO?

Si mantuviésemos todo el año el horario de verano los amaneceres el día más corto del año (21 de diciembre) en algunos sitios el sol no saldría hasta pasadas las 10 de la mañana.



Fuente: Inspirado en un proyecto de andywoodruff.com recreado a partir de datos del Real Observatorio Astronómico de Madrid, Instituto Geográfico Nacional, elaboración propia.

acueste y luchar contra ese magnetismo no suele deparar nada bueno, diga lo que diga el reloj.

Antes de entrar a debatir los argumentos científicos, tenemos que ser conscientes de que es un debate que está viciado desde el principio, y es que parece que la elección es entre el verano y el invierno, como si mantener el horario de verano significase vivir constantemente en la estación estival. «El número de horas de luz natural aumenta y disminuye a lo largo del año independientemente de la hora que nos marque el reloj», matiza Bonmatí Carrión, «el horario de verano no significa que a lo largo de todo el año vaya a anochecer a las nueve o a las diez de la noche».

Pero el daño está hecho, el nombre pesa mucho más de lo que parece, y es fácil que hayamos proyectado las emociones positivas asociadas a esa época del año al horario que tenemos durante esos meses. «El término correcto es horario de supuesto ahorro energético», añade Bonmatí. «¿Por qué supuesto? Porque en principio se adoptó porque se pensaba que iba a suponer un ahorro energético, pero con el paso de los años se ha visto que ese ahorro es mínimo o nulo».

Es decir, que se trata de un horario 'forzado', ya que es el que está menos alineado con el horario solar, y su razón de ser hace tiempo que se demostró inútil. Pero si se plantease un referéndum existen muchas posibilidades de que este horario ganase en votos, y es que los atardecidos largos (o más bien evitar las puestas de sol tempranas) pesan mucho, y pocos parecen darle el mismo valor al papel del sol como despertador natural.

Sin embargo, los expertos de las sociedades científicas relacionadas con el sueño y la cronobiología están de acuerdo justo en la posición opuesta: si hemos de quedarnos con uno (y eso también sería recomendable), el indicado es el horario estándar, el mal llamado horario de invierno.

Lo cierto es que España, incluso en el horario estándar, ya está algo desajustada, sobre todo si miramos a una parte de su geografía, y hemos construido unas rutinas sociales que responden a ese desfase. «Cuando la hora oficial está muy adelantada respecto al ciclo solar, como ocurre en España, muchas actividades sociales se realizan cuando biológicamente todavía sería 'de noche'», explica Martínez Madrid. Esta desalineación entre el reloj biológico y los horarios sociales se conoce como cronodisrupción o disrupción circadiana, y conlleva múltiples efectos negativos a largo plazo. «Se ha visto que está relacionada con una mayor probabilidad de desarrollar distintas enfermedades de tipo metabólico, de tipo cardiovascular, incluso envejecimiento prematuro, deterioro cognitivo y hasta puede incrementar el riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer», enumera la investigadora del grupo Cronolab.

Tardamos días en adaptarnos al cambio de hora, pero un desfase crónico, como el que provocaría mantener el horario de verano todo el año, puede

dejarnos la falsa sensación de que nos hemos adaptado mientras sufrimos el daño que ello genera. Es más, existen estudios que demuestran una mayor propensión a determinadas enfermedades en personas que viven en localizaciones geográficas en las que hay un desfase mayor entre el tiempo social y el horario solar, como podría ser el caso de Galicia, que comparte el reloj solar con Portugal pero no su huso horario.

Aún así, no debemos infravalorar el papel que juega la sociedad o nuestro propio organismo a la hora de decidir el horario óptimo. Pablo Barrecheuren, neurocientífico y autor de *¿Por qué soñamos? Y otras grandes preguntas sobre dormir y el sueño*, incide en los cronotipos, referentes «al horario que llevan los ritmos circadianos de forma natural». Es por ellos que se explica que haya personas más diurnas y otras más nocturnas y que, aunque existe consenso científico en que los horarios diurnos son más saludables, «si a una persona se le fuerza a llevar un horario muy alejado de su cronotipo es probable que le cueste adaptarse y, por lo tanto, no descansa bien».

Los extremos son las banderillas rojas, como suele ser habitual, y el horario de verano ya es protagonista de algunos desfases extraordinarios, como el hecho de que en Galicia el ocaso en verano llegue pasadas las diez de la noche. Si este fuese el horario mantenido todo el año solo conseguiríamos sumar más locura a nuestros relojes, de nuevo con Galicia al frente al tener que esperar a las diez de la mañana para ver salir el sol durante el invierno.

Popular o no, la balanza científica se inclina hacia el mantenimiento del horario de invierno, pero *a priori* la falta de aceptación hace que la pregunta sea obligada: ¿es preferible un mal horario o mantener el cambio de hora? Y es aquí donde se quiebra el consenso de los expertos.

A pesar del desfase del horario de verano, Bonmatí Carrión es de la opinión de que mantener ese horario todo el año quizás sería menos perjudicial que el cambio de hora bianual, mientras que la coordinadora del grupo de trabajo de Cronobiología de la SES considera que, a pesar de las evidentes y estudiadas alteraciones provocadas por el cambio de hora, un mal horario mantenido tendría consecuencias peores a largo plazo.

«Personalmente no creo que el cambio de hora tenga un impacto relevante para la salud a largo plazo», apostilla el doctor Barrecheuren, «lo relevante es que, en general, mantengamos unos horarios regulares, que más o menos siempre nos acostemos y levantemos a la misma hora». Es decir, que busquemos y respetemos la rutina que más nos convenga siempre que sea posible. «Tiene mucha más influencia en nuestra salud el horario laboral, las obligaciones personales y las dinámicas sociales que cualquier cambio de hora, y es aquí donde deberíamos poner el acento, al igual que es clave un buen sistema de salud accesible que detecte y trate en tiempos razonables problemas de salud que afecten al descanso nocturno».

OBJETIVO: ELIMINAR LA ENFERMEDAD DEL SUEÑO EN 2030

Nuevo tratamiento. Un fármaco que se administra en una única dosis permite curar la forma leve y la grave de la enfermedad que transmiten las moscas tse-tse

Por C. G. Lucio

La eliminación de la enfermedad del sueño se vislumbra en el horizonte como una meta alcanzable. El objetivo está más cerca de lograrse después de que la Agencia Europea del Medicamento (EMA) haya dado recientemente el visto bueno a un nuevo fármaco —denominado acoziborol— que permite curar el trastorno con una sola dosis.

La enfermedad del sueño, también denominada tripanosomiasis humana africana, es en la mayoría de los casos mortal si no se trata. En la fase inicial de la enfermedad, que se transmite por la picadura de una mosca tse-tse infectada con el parásito responsable del trastorno, las personas sufren dolores de cabeza o fiebre. Pero cuando el parásito consigue alcanzar el sistema nervioso central, el trastorno provoca síntomas conductuales, cognitivos y neurológicos, como convulsiones, trastornos del sueño, agresividad, confusión, letargo y, en última instancia, la muerte.

El nuevo medicamento, desarrollado por la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Desatendidas (DNDi) junto a la farmacéutica Sanofi tiene el potencial de marcar un punto de inflexión, tal como explica Luis Pizarro, médico y director ejecutivo de esta organización sin ánimo de lucro. El fármaco es efectivo «tanto frente a las formas leves como graves de la enfermedad» y se toma en una única dosis de tres pastillas. Una sola dosis oral permite mejorar los tratamientos actuales, menos ágiles y más complejos.

«Para los sistemas de salud esto supone una gran ventaja porque va a permitir desarrollar programas de diagnóstico y tratamiento. Vamos a poder ir a los lugares más remotos a buscar a los pacientes y, en el mismo momento, tratarlos cerca de sus hogares», señala Pizarro. El medicamento estará disponible de forma gratuita para los pacientes.

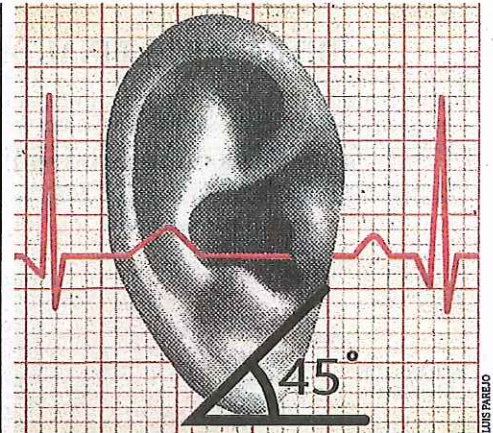
«Con este abordaje lo que esperamos es poder contribuir a la eliminación de la enfermedad en África quizás en 2030», remarca Pizarro. Hasta 2009, el único tratamiento disponible era un medicamento a base de arsénico, el melarsoprol, que resultaba letal en uno de cada 20 pacientes. Ese año se logró poner a disposición el NECT que, no obstante, exigía la combinación de un tratamiento oral y otro intravenoso. La siguiente alternativa, el fexinidazol, hacía necesario mantener una administración oral durante 10 días y no permitía hacer frente a todas las formas de la enfermedad.

El dictamen favorable de la EMA al acoziborol provocará, a partir de ahora, la modificación de las guías de tratamiento de la OMS y respaldará la aprobación en países afectados, como República Democrática del Congo.

«Se espera que el acoziborol sirva para poder aspirar al objetivo de la OMS en 2030 de eliminar la transmisión», coincide Francisco Bartolomé, de Médicos Sin Fronteras. Desde el año 2000 se han hecho grandes progresos pero, advierte, «a pesar del número bajo de casos, es fundamental mantener la vigilancia para que no vuelva a resurgir como ocurrió en los años 70 y 80». La enfermedad «es de curso lento y a menudo

se confunde con otras patologías. Además, los afectados presentan síntomas de la esfera neuropsiquiátrica con un impacto muy importante en la relación con otras personas, y suele acarrear una importante componente de estigma», explica Bartolomé. «Los pacientes pueden ser rechazados por la familia. Las personas con enfermedad de sueño pierden la capacidad de trabajar y hay una carga económica en familias ya de por sí empobrecidas para pagar desplazamientos y tratamientos que no son efectivos dado que no se ha diagnosticado correctamente».

En ese sentido, hace falta un esfuerzo final que podría alejarse por el impacto de los recortes en los programas de cooperación. «Estamos viendo dificultades en la implementación de programas de distribución masiva de medicamentos para prevenir y controlar problemas de salud pública, lo que supone un retroceso en los éxitos conseguidos. Las iniciativas de investigación también están sufriendo estos problemas de financiación, problemas que podrían detener avances como el del acoziborol; avances que pueden cambiar las vidas de millones de personas».



ENFERMERA SATURADA

LA MARCA EN LA OREJA QUE PRE-DICE EL INFARTO

Prevención cardiovascular. El signo de Frank, pequeño pliegue en el lóbulo que tiene Leonardo DiCaprio, es una señal de que debemos revisar atentamente nuestra tensión, colesterol y triglicéridos

Hace unos días el actor Leonardo DiCaprio acudió a la Gala de los Oscar de

Hollywood y compartió en redes dos fotografías suyas en blanco y negro. Pero hubo un pequeño detalle en esas imágenes que no pasó inadvertido para quienes nos dedicamos al mundo de la salud: un pliegue diagonal en el lóbulo de su oreja derecha que le puede estar avisando de una enfermedad coronaria. Siga leyendo antes de correr en busca de un espejo para comprobar si también lo tiene.

¿Cómo es ese pliegue diagonal en la oreja?

Técnicamente se le conoce como signo de Frank, y no es otra cosa que una arruga, un pliegue en el lóbulo de la oreja, que se dibuja como una línea que nace cerca de la entrada del conducto auditivo y baja hasta el borde inferior del lóbulo en un ángulo de unos 45 grados. Es una pequeña arruga de la piel que puede esconder mucha información.

Los estudios recientes

Desde los años 70 los cardiólogos llevan viendo cierta relación entre la aparición de este pliegue en una o en ambas orejas y las enfermedades coronarias, pero en 2014 se presenta un estudio

en el congreso de la Sociedad Española de Cardiología que confirma la presencia de este signo como marcador de enfermedad cardiovascular: la mitad de los pacientes estudiados que habían sufrido un ictus o un infarto lo tenían.

¿Cómo pueden tener relación el corazón y las orejas?

Tanto las orejas como la nariz son los únicos órganos que no paran de crecer a lo largo de toda nuestra vida, y cuando una persona va acumulando placas de colesterol en las paredes de sus arterias haciéndolas más duras y taponando el flujo sanguíneo, empieza a sufrir alteraciones en la microcirculación que pueden afectar de forma visible al tejido conectivo del lóbulo de la oreja.

Si tengo ese pliegue, ¿tengo que preocuparme?

Tener el signo de Frank en una o en ambas orejas no quiere decir que vaya a sufrir un ictus o un infarto, pero debería tomarlo como un aviso. Es decir, si lo tenemos debemos acudir a nuestro centro de salud para que nos revisen la tensión arterial, nos realicen un electrocardiograma y nos revisen los triglicéridos y el colesterol. Todo para controlar esos factores de riesgo y prevenir problemas futuros.



El caso de Noelia Castillo obliga a revisar cómo entendemos el dolor extremo. Lo que se discute no es solo una decisión individual ni la aplicación de una ley

Entre la prevención del suicidio y la legitimación de la muerte

IKER PEREGRINA REY

El pasado 26 de marzo de 2026, la joven Noelia Castillo, de 25 años, moría en el Hospital Sant Camil de Sant Pere de Ribes, Barcelona, después de recibir la eutanasia. El relato, así expuesto, resume con total claridad todo lo acontecido en aquella habitación de hospital, sin embargo, lo que ya no resulta tan evidente, ni cabe en un titular, es todo lo que ese suceso encierra. Lo acaecido este jueves no remite únicamente a un desenlace luctuoso, ni puede erigirse, sin más, en epítome de la decisión individual o en la mera culminación de un procedimiento legal iniciado dos años antes en los tribunales de la ciudad condal. Remite, más bien, a una biografía devastada por el trauma, por una tentativa suicida previa, por la paraplejía resultante de ese intento y por un sufrimiento físico y psíquico vivido subjetivamente, como extremo.

Este acontecimiento obliga a preguntarse qué hace exactamente una sociedad cuando, ante determinadas expresiones de dolor, deja de responder solo desde la lógica del cuidado y empieza también a legitimar la muerte voluntaria como alternativa viable en casos en los que, por la juventud de la persona, por la complejidad de su trayectoria y por la naturaleza del sufrimiento invocado, sigue siendo razonable interrogar si todas las vías de sostén, acompañamiento y abordaje fueron realmente exploradas hasta el final.

Noelia no puede ser aquí un símbolo vacío ni una pieza al servicio de una causa ideológica. Lo ocurrido exige algo más que el mero posicionamiento automático y doctrinal. Exige detenimiento, reflexión y pensamiento crítico a raudales. El análisis profundo de esta contingencia no puede reducirse a una simple dicotomía maniquea, ni agotarse en la correcta aplicación de una ley ni en la invocación abstracta de una voluntad autónoma. Porque cuando una sociedad valida que ciertos sufrimientos pueden fundamentar el cierre de una vida, no se limita a resolver un caso singular, sino que traza una frontera moral y decide qué dolores deben seguir siendo sostenidos como tarea compartida y cuáles empiezan a leerse como concluyentes. Y esa decisión no afecta solo a quien muere, sino también a quienes cuidan, acompañan y sobreviven a la pérdida.

Por eso conviene desconfiar de la apelación casi ritual a la autonomía. Decidir no es nunca un acto puro, suspendido en el vacío, inmune al cuerpo, a la historia, a los vínculos o a la desesperanza. Cuando el dolor deja de ser episodio y pasa a convertirse en horizonte, también se altera la percepción de las alternativas. El futuro deja de aparecer como apertura y empieza a vivirse como mera prolongación de lo insostenible. En ese contexto, presentar la muerte voluntaria como si fuese siempre la expresión cristalina de una libertad plena no es sofisticar el debate, es, más bien, simplificarlo. Spinoza lo vio con lucidez cuando señaló que

los seres humanos se creen libres porque conocen sus deseos, pero ignoran las causas que los determinan.

La suicidología moderna ha insistido precisamente en esa complejidad. Edwin Shneidman situó en el centro de la conducta suicida el *psychache*, ese dolor psíquico insostenible que hace que la muerte no se desee por sí misma, sino como vía de escape. Aaron Beck mostró, además, que en la desesperanza intensa no solo cambia el contenido del pensamiento, sino también su estructura, de modo que el futuro se bloquea, las alternativas se apagan y el campo de lo posible se estrecha. De ahí la diferencia, tantas veces olvidada, entre querer morir y querer dejar de sufrir. De ahí también la contradicción que este caso pone al descubierto. Durante años se nos ha dicho, desde el ámbito clínico, educativo y comunitario, que cuando una persona deja de ver alternativas la tarea ética consiste en contener, acompañar, abrir posibilidades, sostener vínculos y ofrecer tiempo. Sin embargo, cuando ese mismo proceso comparece bajo el amparo de la eutanasia, se nos pide no solo que lo aceptemos como jurídicamente legítimo, sino que en ocasiones lleguemos incluso a celebrarlo como expresión consumada de la libertad de elección.

Es ahí donde una parte del discurso progresista queda particularmente comprometida. No por defender la vigencia de la ley, sino por la rapidez con la que algunos sectores pasan de la defensa garantista de un derecho a la construcción simbólica del caso como relato de progreso. Porque una cosa es sostener un marco jurídico y otra muy distinta elevar a emblema emancipador un desenlace atravesado precisamente por todos aquellos elementos que, en cualquier otro contexto, activarían sin vacilación el lenguaje de la prevención del suicidio.

Nada de esto obliga a compartir la estrategia del padre ni las alianzas jurídicas a las que recurrió, después de haber logrado ya en 2024, con el apoyo de la asociación Abogados Cristianos, tumbar una primera resolución favorable a la eutanasia de Noelia. Pero tampoco autoriza a cancelar sus postulados desacreditando sin más su procedencia ideológica.

Porque la muerte voluntaria, aunque se presente como una decisión individual, nunca agota sus efectos en el ámbito privado. Proyecta consecuencias públicas, afectivas y simbólicas, deja tras de sí a quienes han de sobrevivir a ella y abre, además, una cues-

tión quizá todavía más inquietante, la del mensaje que una sociedad empieza a emitir cuando convierte determinados desenlaces en hitos de legitimación pública. Lo que una comunidad valida, también se enseña.

Tal vez sea ahí donde este caso alcanza su dimensión más severa. No en la comodidad de los bandos, ni en la tranquilidad formal de un procedimiento ajustado a derecho, sino en la intemperie moral que deja abierta sobre el modo en que una sociedad interpreta el sufrimiento extremo y sobre la facilidad con la que puede empezar a llamar libertad a lo que quizá no sea sino la forma más pulcra y socialmente aceptable de no haber sabido sostener una vida herida.

Lo que aquí se discute no es solo una decisión individual ni la mera aplicación de una ley. Lo que este caso obliga a revisar es algo mucho más profundo, el modo en el que entendemos el dolor cuando se vuelve extremo, el valor real que atribuimos a la autonomía cuando comparece atravesada por el trauma, por la desesperanza y por el estrechamiento del horizonte vital, el lugar en que quedan los allegados convertidos en supervivientes y, finalmente, el mensaje que empieza a recibir quien hoy vive atrapado en su propia visión de túnel. Y es precisamente ahí donde surge la pregunta más incómoda de todas, la que el debate público ha preferido bordear sin afrontarla del todo. Si durante años se nos ha dicho que, ante el sufrimiento que empuja hacia la muerte, la tarea ética consiste en contener, acompañar, abrir tiempo, sostener vínculos y ensanchar posibilidades, ¿en qué lugar queda entonces la prevención del suicidio cuando ese mismo sufrimiento, bajo otra cobertura jurídica, pasa a ser leído como expresión legítima de libertad?

Esa es la contradicción que este caso no deja clausurar con facilidad. No porque invalide por sí mismo todo el marco legal, sino porque obliga a interrogar qué idea del cuidado, de la responsabilidad compartida y de la vida vulnerable sigue en pie después de él. Obliga, también, a preguntarse qué aprendizaje moral empieza a sedimentarse cuando determinados desenlaces dejan de percibirse solo como tragedia y comienzan a presentarse, siquiera de forma implícita, como respuestas comprensibles, legítimas e incluso ejemplares. Obliga a pensar qué escucha quien hoy vive atrapado en el dolor cuando advierte que el espacio público empieza a legitimar ciertos finales, y qué fractura se abre entonces entre el discurso que llama a prevenir la muerte y el que termina validándola bajo determinadas condiciones. Y esa es, precisamente, la pregunta que no debería cerrarse en falso, porque afecta al mismo tiempo a nuestra idea del sufrimiento, del cuidado y del tipo de sociedad que estamos dispuestos a ser.

DESCANSA EN PAZ, NOELIA.

Iker Peregrina Rey es suicidólogo.



EFE / EUROPA PRESS

UN DEBATE EN LA CALLE. Cuando se aprobó la ley de eutanasia, diversos colectivos sociales lo celebraron. Pero la norma sigue encontrando oposición en otros sectores, que se concentraron en las horas previas a la muerte de Noelia Castillo.

EXIGE REFLEXIÓN

Noelia no puede ser un símbolo vacío ni una pieza al servicio de una causa ideológica

CONTRADICCIÓN

Obliga a pensar qué fractura se abre respecto al discurso de prevención del suicidio

Cinco años de la Ley de Eutanasia: el reto de aplicar la muerte digna

La norma no matiza sobre el suicidio asistido o qué terceros pueden recurrir la petición

PILAR PÉREZ / SOLEDAD VALLE

MADRID

Han pasado cinco años desde la publicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, la LORE. En aquel momento más de un 80% de la población apoyaba esta norma, según el CIS. Hoy, el apoyo popular es similar. María Luisa Carcedo echa la vista atrás para recordar el espíritu de esta norma que estos días ha vuelto a debatirse con la publicidad del caso de Noelia Castillo. Tras dos años de periplo judicial por los recursos interpuestos por su padre, esta joven de 25 años falleció finalmente por eutanasia el pasado jueves.

Carcedo, ex ministra socialista del primer Ejecutivo de Pedro Sánchez tras la moción de censura a Mariano Rajoy, fue la gran impulsora de

Más de 1.100 personas han recibido la prestación

«El Supremo y el Constitucional la ratificaron», dice M^a Luisa Carcedo

la norma. Con Salvador Illa al frente de Sanidad en plena segunda ola de Covid, en marzo de 2021, vio cómo el Congreso dio luz verde a la norma con los votos en contra del PP y Vox, cuyos recursos no dieron sus frutos. «La ley está ratificada por el Tribunal Supremo y Constitucional», dice tajante Carcedo.

Hasta hoy, 1.123 personas se han podido beneficiar de este derecho recogido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. La socialista detalla cómo este derecho civil se regula a partir de cuatro derechos fundamentales —el derecho a la dignidad, a la salud y a la integridad física, a la libertad ideológica y a la propia imagen— y «se hace efectivo a través de la prestación sanitaria».

Nuria Terribas Sala, vicepresidenta del Comité de Bioética de Cataluña, también apunta por qué es algo que se realiza desde la Medicina, aunque muchos lo consideren ajeno. «Se trata de darle al paciente lo mejor que haya para él en el momento determinado». Asegura que ellos solo ven a la persona en el momento que la solicita: «Cuáles son sus niveles de sufrimiento físico y psíquico. Si hay terapias o formas de paliarlo, se trabaja con psicólogos y psiquiatras, con expertos en dolor y se tie-



María Luisa Carcedo, junto a otros diputados del PSOE a la salida del Congreso tras la aprobación de la ley. SERGIO R. MORENO



Los diputados de Vox en el Congreso, cuando se dio luz verde a la eutanasia. SAMUEL SÁNCHEZ

nen en cuenta todas esas circunstancias presentes y futuras (si hay posibilidad de reversibilidad) para aprobar o denegar una solicitud». Además, «son tres informes y muchos médicos que permanecen anonimizados para que luego no se pueda ir contra ellos», apunta Carcedo, quien defiende las garantías que soportan la ley. Y ambas recuerdan que «la persona puede frenar el proceso en cualquier momento».

«Esta ley está pensada para mayores de 18 años que reúnen los requisitos descritos», apunta Carcedo sobre las dudas que ha generado que una persona tan joven pida la eutanasia. Desde 2021, 21 menores de 30 años la han solicitado. En 2024 finalizaron el proceso cuatro. Terribas deja claro que la edad solo es un número cuando se realizan determinados expedientes, «en las mismas circunstancias, pero a edades más

avanzadas esto no se cuestiona». A raíz del caso de Noelia también se ha cuestionado si la LORE permite el suicidio asistido. Lo cierto es que no lo menciona como tal, porque lo que viene a regular es la muerte digna y cómo se llega a ella tras su petición. Pero el artículo 3.g.2^o admite la prestación de ayuda a morir como «la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera

que esta se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte».

En este supuesto de suicidio asistido «el médico responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta

el momento de su fallecimiento» (artículo 11.3). Por lo tanto, el médico responsable de una eutanasia prescribe la medicación, la suministra (si no es suicidio asistido) y certifica la muerte del paciente, como muerte natural.

José María Domínguez Roldán, presidente de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC, recuerda que «la eutanasia no es un acto médico, sino legal». Y apunta lo que dice el Código de Deontología Médica, que fue aprobado en 2022, después de que la LORE entrara en vigor: «El médico no deberá provocar ni colaborar intencionalmente en la muerte del paciente», dice el artículo 38.4. También el Código recoge: «El médico que actúa amparado por las leyes del Estado no puede ser sancionado deontológicamente». De ahí que haya un registro de objetores cuyas cifras varían entre comunidades autónomas, «pero está claro que se ve por zonas del mapa de España que, según quién gobierne, hay un mayor volumen o menos», desliza Terribas, que pone en contraposición la población de Madrid y Andalucía con la de Cataluña y cómo en las primeras hay menos procesos.

Algunos médicos creen que «esta ley empezó a casa por el tejado». Francisco Diego Ruiz-López, del Grupo de Trabajo de Manejo de Opioides de la Sociedad Española del Dolor, médico de paliativos a domicilio y objetor de conciencia subraya que «a la muerte digna se puede llegar por muchos caminos y en ellos siempre están los cuidados paliativos». Confiesa que el no compartir la decisión con sus pacientes no le ha alejado de ellos, al contrario, «hemos estado ahí hasta el final que él ha decidido, junto a su familia y aliviando el sufrimiento en todo momento».

Carlos Centeno, director de Medicina Paliativa de la Clínica Universidad de Navarra, reivindica que «se necesita una ley nacional que los regule y que permita una aplicación

igual en todas las comunidades». No está en contra de la LORE, pero asegura que se necesita ese plan estatal, porque estamos muy alejados de nuestros vecinos europeos en este ámbito: España alcanza los 0,96 servicios por cada 100.000 habitantes, situándose en la posición 25 de 53 países europeos, según el Atlas de Cuidados Paliativos en Europa 2025.

De hecho, esta semana el Consejo Interterritorial tenía entre sus tareas del día tres puntos claves en este momento: el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia (2ª Edi-

«Antes de la LORE, urge más dibujar un plan nacional de paliativos»

El Supremo dictaminará quién puede apelar contra la solicitud

ción, año 2026); el Mapa de Recursos de Cuidados Paliativos del SNS 2024 y el Documento 2026-2030 para el desarrollo de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

Una de las novedades es el papel de la Enfermería, que cobra un rol más protagonista, que se asemeja a los coordinadores de trasplantes. También amplía los plazos de aplazamiento por parte del paciente de hasta seis meses, frente al máximo



Fotograma de la entrevista a Noelia Castillo en el programa 'Y ahora Sonsoles' (Antena 3). E.M.

UN DEBATE SOBRE UN CASO ATÍPICO: LA PETICIÓN DE NOELIA CON SOLO 25 AÑOS

Noelia Castillo hace dos años pidió la eutanasia y, en dos meses, tras los informes favorables de los tres filtros necesarios, consiguió el visto bueno a su petición. Pero han tenido que pasar más de 600 días para que pudiera finalizar el

proceso. Su padre lo frenó en distintas instancias judiciales hasta que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos avaló la decisión de la joven de 25 años. Su caso ha levantado un gran revuelo por cómo se sucedieron los hechos previos a encontrarse

en la situación de convivir con «un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable», provocado por una discapacidad del 74%, dolores neuropáticos que no remitan con fármacos paliativos y una salud mental resquebrajada por un trastorno límite de la personalidad y un trastorno obsesivo-compulsivo con ideas paranoicas y suicidas recurrentes. «Lo único

que distorsiona en este caso es la edad», apunta Nuria Terribas. Eso y que su familia no compartía su decisión. Acudir a un plató a contar su historia también ha supuesto un examen para la sociedad española cinco años después de la puesta en marcha de la ley. «Cuando se analiza a la persona, no hacemos balance de su vida, sino de su presente y su futuro», zanja Terribas.

de dos en la actualidad. Y acortará los tiempos en aquellos casos en los que el paciente vaya a morir antes de recibir la prestación. Los datos de 2024 apuntan que esto le ha sucedido a 308 personas, un 33,15% del total (929).

Junto a esto, hay que mejorar otras lagunas de una ley tras un lustro de puesta en práctica. «Sobre los plazos, debemos asumir que somos pocos para el volumen de casos que tenemos», lamenta Terribas, que demanda más recursos humanos que «solo se dediquen a esto». La experta en bioética subraya que «hacemos esto además de nuestro trabajo, son horas que echamos de más sin recibir nada a cambio». El tiempo medio de resolución de los casos está entre los 40 y los 60 días. «Si hay que acortarlos, habrá que profesionalizar al personal», insiste Terribas.

Otro de los asuntos primordiales es quién puede recurrir esa decisión personal. Un supuesto que también ha salido a la luz el atípico caso de Noelia, cuya decisión final vino del recurso a favor de la joven del Tribunal de Estrasburgo. El Tribunal Supremo ya ha dicho a la Generalitat de Cataluña que fijará jurisprudencia sobre quién está legitimado para recurrir jurídicamente la concesión de la eutanasia de una persona que sea mayor de edad. Esto sucede porque ya se enfrentaron a un caso similar en la región, pero se han dado otros en Galicia.

Carcedo recuerda «una sentencia del Tribunal Supremo que dice que todos tenemos derecho a la vida, pero no el deber de conservarla». «Esa es la clave de todo», sentencia.





FUNDACIÓN RAMÓN ARECES

UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID

INSTITUTO DE ECONOMÍA Y ORGANIZACIÓN DE EMPRESAS

DIALOGO

La economía mundial ante la desglobalización: ayer y hoy

Intervienen:

Kevin O'Rourke
Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)

Juan Luis Gimeno
Ministerio de Economía, Comercio y Empresa

Miguel Artola Universidad Carlos III de Madrid

Este evento propone abordar los retos actuales de la economía mundial tras un año 2025 marcado por el aumento de las tensiones comerciales y las subidas arancelarias. Una oportunidad para reflexionar con un especialista y un alto responsable de la administración pública sobre el posible devenir del comercio mundial y de la globalización en el siglo XXI.

JUEVES, 16 DE ABRIL 2026, 19:00h

SEDE: C/ Vitruvio 5, Madrid

Interpretación simultánea. Asistencia gratuita hasta completar aforo. Necesaria inscripción online previa en www.fundacionareces.es

EL MUNDO
GRUPO UNIDAD EDITORIAL

DIRECTOR:
JOAQUÍN MANSO

DIRECTOR ADJUNTO:
Vicente Ruiz

ADJUNTO AL DIRECTOR:
Francisco Pascual

SUBDIRECTORES:
Roberto Benito, Juan Fornieles, María González Manteca, Jorge Bustos, Leyre Iglesias, Sílvia Román, Carlos Segovia, Gonzalo Suárez, Esteban Urreizetia.



EDITORIA:
Unidad Editorial Información General, S.L.U.
Avda. de San Luis, 25.
28033 Madrid.
Teléfono de contacto:
91 443 50 00

ADMINISTRADORES:
Marco Pomplino, Laura Mógica
DIRECTOR DE NEGOCIO:
Rayode Josiah

COMERCIALIZACIÓN DE PUBLICIDAD:
Unidad Editorial, S. A.
DIRECTOR DE PUBLICIDAD:
Rafael Serrahima

Fundado en 1966 por Alfonso de Salas, Pedro J. Ramírez, Balbino Praga y Juan González



LA SOMBRA DEL BURRO
JOAQUÍN MANSO

Noelia y el sufrimiento

SIEMPRE he pensado que los poderes públicos deben favorecer que la libertad individual y la autonomía personal se desarrollen hasta su máxima expresión para que la sociedad abierta despliegue todos sus beneficios. «EL MUNDO defiende de manera radical una concepción integral de la libertad», dice nuestro *Libro de Estilo*. Es decir, que no me rasgo las vestiduras si el Estado regula la eutanasia activa, entendida como el acto humanitario y compasivo que ayuda a terminar dignamente con la agonía de quien está condenado a soportar entre padecimientos insuportables los minutos de la basura de su propia vida y así lo solicita de forma clara.

Precisamente por ello creo que el conflicto ético que subyace al caso de la joven de 25 años Noelia Castillo, que ha conmovido a los españoles, apela de manera más incisiva a quienes compartimos esa convicción secularizada que prescinde de maximalismos o prejuicios morales, ideológicos o religiosos.

«Me gusta maquillarme, hacerme la manicura... Siempre he querido morirme guapa». Si no la hubiésemos visto, oído, casi sentido, con toda su humanidad devastada pero plenamente consciente, y esa cara de niña y el lazo y los ojos saltones, el dilema no habría adquirido la dimensión social y filosófica que merece. El reportaje del programa *Y ahora Sonsoles*, con su natural exhibición sentimental añadida, es un documento valiosísimo del mejor periodismo porque muestra la realidad con honesta crudeza y despierta la conciencia. Las circunstancias de Noelia, expuestas con todos sus relieves emocionales, son tan extraordinarias que el mensaje antropológico que nos deja aquí la aplicación de la eutanasia es mucho más fuerte y complejo que el simple debate sobre la muerte digna.

Una de las mejores historias que publicó en EL MUNDO Rafael J. Álvarez fue la transcripción de lo que ocurrió durante la muerte de María José Carrasco con la asistencia de su marido, el cámara Ángel Hernández, que en 2021 era el único procesado en España por eutanasia. Ella sufría una esclerosis múltiple desde hacía 30 años y se encontraba postrada, inmóvil, incapaz de expresarse y de alimentarse por sí misma, próxima al momento final de su enfermedad terminal degenerativa. Hasta ahora, los protagonistas que habían encarnado en nuestro país esta causa estaban condenados sin esperanza a la muerte y próximos a la misma o sometidos a tales impedimentos que eran casi muertos en su propia vida.

Nada que ver con la vivida juventud de Noelia: aun arrasada por el dolor, pudimos observarla comentando entre sonrisas y lágrimas un álbum de fotos con su madre y paseando en silla de ruedas bajo las palmeras. Y sin embargo: «Yo simplemente quiero irme en paz y dejar de sufrir». Nadie que no sea ella misma puede

decidir si su vida es digna de ser vivida ni alcanzar la magnitud de su angustia, pero al escuchar su desbordante vulnerabilidad atravesada por el abandono, surge una inquietud inevitable: la duda liberal es cuánto sufrimiento basta para aceptar que el Estado asuma como respuesta institucional propia la terminación de una vida que aún no se apaga por sí misma.

A Noelia le ampara una ley a la que los ciudadanos todavía no hablamos puesto rostro. Será para siempre el suyo. Lo que exige es «una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante», que no tiene que ser necesariamente terminal. Sí que impida «valerse por sí mismo» y conlleve un «sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable». Un comité de médicos y juristas certifica con frialdad administrativa que es así porque Noelia tiene una «lesión medular» irreversible, con una discapacidad del 74%, que le provoca «un dolor neuropático de difícil manejo».

No se trata de que se autorice una eutanasia por depresión. Tiene que concurrir una dolencia física como causa del sufrimiento. Lo que ocurre es que esa paraplejía se la produjo ella misma al intentar suicidarse arrojándose desde un quinto piso. Conocemos el trauma anterior, la quiebra familiar, el tratamiento psiquiátrico desde la adolescencia, las agresiones sexuales, las inclinaciones suicidas... Es difícil que una parte importante de la opinión pública no perciba que estamos ante el suicidio asistido por el Estado que ella no llegó a consumar. Y no porque cuestione la autonomía personal, sino por la sospecha sobre una sociedad que procesa mejor la voluntad de morir que el deber de sostener la vulnerabilidad.

Sus circunstancias son tan extraordinarias que nos dejan un mensaje más complejo que el debate sobre la muerte digna

Nadie que no haya habitado el dolor de Noelia tiene autoridad para desmentir su deseo de morir

La adscripción del padre de Noelia a los Abogados Cristianos ha favorecido que el debate se conduzca a través de banderías identitarias. Pero de fondo hay otro elemento políticamente inquietante. El Estado está certificando como definitiva una desesperanza nacida también de un fracaso previo de su obligación de protección: buena parte de su desamparo arrancó en el sistema de tutela de menores de la Generalitat. Como escribía aquí Jorge Bustos, «no deberíamos estar preguntándonos si Noelia ha accedido a la muerte digna que ansiaba, sino si se le procuró la vida digna que merecía». Nadie que no haya habitado el dolor de Noelia tiene autoridad para desmentir su deseo de morir. Pero una cosa es inclinarse con pudor ante esa voluntad y otra no preguntarse sobre lo que dice de nosotros.



PATRICIA BOLINCHES

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Martes 31 de Marzo de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXIII Número: 19560

El sector del transporte urge 200 camioneros para cubrir su flota

La situación está «peor» que hace un año, sin relevo generacional, y la mano de obra es casi en su totalidad extranjera ● El sueldo puede rondar los 3.500 euros pero la juventud no se incorpora

IRENE LLORENTE SORIA
El transporte en la provincia urge a corto plazo 200 camioneros para poder atender las necesidades del sector. Pero se trata de una profesión que

carece de relevo generacional y depende casi en su totalidad de trabajadores extranjeros, una situación que lejos de mejorar está todavía «peor» que hace un año. Y es que si ha-

ta ahora tenía un 'cuello de botella' en la oficina de Extranjería, ahora temen que se complique aún más cuando los inmigrantes en situación irregular puedan solicitar su legaliza-

ción. Los sueldos pueden rondar los 3.500 euros en rutas internacionales pero los jóvenes no se incorporan por el handicap de pasar días fuera de casa. **Pág. 2**



MARIO TEJEDOR

LUNES DE PENITENCIA POR LAS CALLES DEL CALAVERÓN

La Semana Santa se trasladó de lleno al Calaverón con el Via Crucis Penitencial que arrancó desde la iglesia de Nuestra Señora del Espino entre decenas de fieles que esperaban a la procesión. Tiempo de

recogimiento, devoción, tambores y cornetas en las 14 estaciones que recorrieron el barrio, en las que la Cofradía de La Flagelación del Señor portó la imagen de Jesús atado a la columna. **Pág. 7**

Un árbol caído por el viento rompe la tirolina sin estrenar de Duruelo

Las fuertes rachas de hasta 100 kilómetros afectan también a tejas, chimeneas y antenas

SORIA
Las fuertes rachas de viento de hasta 100 kilómetros por hora provocaron la caída de un árbol que impactó sobre el cable de la tirolina, todavía por estrenar, en Duruelo de la Sierra. Sólo se ha roto el cable y las torres que lo

sujeta están intactas. La atracción, incluida en el Plan de Sostenibilidad Turística que ejecuta el municipio, tiene unos 12 metros de altura y 260 metros de longitud. El viento provocó también la caída de tejas y chimeneas y dobló antenas. **Pág. 9**



BODEGA DE LA ABAD

www.bodega.delabad.com

DE VENTA EN: EXCLUSIVAS OMEÑACA - 975 231 843

La Junta licita en 326.000€ el proyecto para el centro de salud de Almazán

SORIA
La Junta licitación la redacción del proyecto de ampliación y reforma del centro de salud de Almazán por 326.700 euros. El presupuesto estimado de las obras supera los 3,2 millones. Con la intervención se mejorará el dimensionamiento en las áreas asistenciales de acceso y espacios en consultas y Punto de Atención Continuada (PAC), entre otras. **Pág. 8**

Los patinetes acumulan 15 multas en la capital en lo que va de año

SORIA
En lo que va de año la Policía Local ha interpuesto 15 denuncias a conductores de patinetes, la mayoría por no llevar la documentación en regla. También por no usar luces y circular por vías peatonales. **Pág. 5**

USO acusa al equipo de Gobierno de bloquear la negociación

Suspendidas 5 reuniones por discrepancias sobre su grabación. **Pág. 4**

AYUNTAMIENTO

La capital prepara ya los autobuses a Valonsadero para el eclipse

Pág. 6

FÚTBOL

El Numancia se deja escapar 19 puntos en Los Pajaritos

Pág. 14

PROVINCIA

La Junta licita el proyecto para el centro de salud de Almazán

● Destina 326.000 euros para la redacción, dirección y coordinación de las obras

SORIA
La Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia Regional de Salud, ha publicado en la Plataforma de Contratación del Sector Público la licitación para la redacción del proyecto básico y de ejecución, dirección facultativa y coordinación de seguridad y salud de las obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de Almazán, por un importe de 326.700 euros (impuestos incluidos), sin financiación de fondos de la Unión Europea. El plazo para la presentación de ofertas concluye el 6 de mayo de 2026.

Con la ampliación y reforma de este centro de salud mejorará el dimensionamiento en las áreas asistenciales de acceso y espacios administrativos, servicios, consultas, extracciones, Punto de Atención Continuada (PAC), unidades de apoyo de Enfermería especializada obstétrica-ginecológica, Trabajo Social y Unidad de Fisioterapia/ Rehabilitación. El presupuesto estimado de las obras objeto del proyecto básico y de ejecución supera los 3,2 millones de euros.

El proyecto implica un incremento de las prestaciones de la cartera de servicios de Atención Primaria en esta Zona Básica de Salud, que abarca 22 municipios y 57 localidades, y cuenta con un total de 6.741 tarjetas sanitarias.

El actual Centro de Salud de Almazán, tiene una superficie construida de 1.262 metros cuadrados y se ubica en la calle Ferial de Almazán. Para llevar a cabo la intervención propuesta, se plantea la refor-



Centro de salud de Almazán. MARIO TEJEDOR

ma del edificio existente y la ampliación prevista en la parcela adyacente de 900 metros cuadrados en la calle Tres cruces, actualmente utilizada como aparcamiento.

El plan funcional de la ampliación y reforma del Centro de Salud de Almazán contempla una superficie útil para el inmueble (sin considerar espacios de circulación y distribución) de 1.658 metros cuadrados útiles funcionales.

De esta forma, la infraestructura de Atención Primaria adnamantina contará con un vestíbulo dimensio-

nado en función del uso previsto y del diseño del centro de salud; una zona de consultas que ocupará 647 metros cuadrados (Medicina de Familia y Comunitaria, Enfermería, Pediatría, Enfermería Pediátrica, consulta polivalente, sala de Técnicas y Curas, sala de Procedimientos Técnicos, aseos, sala de lactancia materna y sala de espera); zona de Extracciones; Área Administrativa; zona de Servicios; el Punto de Atención Continuada (PAC) dispondrá de 194 metros cuadrados; Unidades de Apoyo (consulta de Matrona, sala de usos

múltiples, almacén, Trabajo Social y salas de espera); Unidad de Fisioterapia/Rehabilitación; Unidad de Salud Bucodental; Emergencias Sanitarias-Unidad de Soporte Vital Básico; y zona de Salud Pública.

Con las modificaciones del edificio existente y la ampliación se da respuesta a las necesidades actuales, para lo que se ha previsto una distribución que optimiza el uso del espacio, la funcionalidad de las instalaciones y la mejora de la accesibilidad de la población de la Zona Básica de Salud de Almazán.

Convocado el concurso de microrrelatos adnamantinos

SORIA
El Ayuntamiento de Almazán renueva la convocatoria de su concurso de microrrelatos que ya cumple su séptima edición. Ayer se abrió el plazo de envío de microrrelatos en esta iniciativa ligada a la literatura que organiza el consistorio adnamantino.

Este concurso, que se inició en 2020 con la pandemia y dirigido a personas mayores de 17 años, consiste en el envío de relatos de no más de 400 palabras, con la única condición de que comiencen por una frase concreta, derivada del último relato ganador y que en esta ocasión es: «Si estornudaban, estaban perdido», además de incluir la palabra Almazán. Se proponen tres premios dotados con 350, 200 y 100 euros y la posibilidad de un accésit de 50 euros. Las bases se pueden consultar en la página web del Ayuntamiento.

El plazo de recepción de relatos acaba el día 16 de abril a las 14 horas. La notificación del fallo y entrega de premios se hará, como en ediciones anteriores, el día 23 de abril en el marco de la día del Libro.

El jurado profesionalizado responsable de emitir el fallo contará con apenas unos días para completar la lectura de todos los relatos, que habitualmente alcanza las 25-30 propuestas procedentes de todo el país y cuyo buen nivel no facilita su labor. Finalmente, anima a todos los interesados e interesadas a participar en esta nueva edición.

SORIA

El Defensor del Paciente registra 10 denuncias en 2025 de negligencias en el Hospital Santa Bárbara

Traumatología, con tres casos, es la especialidad peor parada, seguida de Cirugía

V.R.A. SORIA
La Asociación Defensor del Paciente recoge en su memoria anual de 2025, un total de 10 denuncias por supuestas negligencias en el Complejo Universitario Santa Bárbara de Soria. Una cifra que, a priori, puede parecer baja a tenor de la ingente cantidad de actividad que el centro tiene cada día, pero tras las que hay nombres y apellidos de personas que han decidido denunciar. Los 10 casos de Soria se circunscriben entre los 858 casos registrados en toda Castilla y León. En 2024, en Soria fueron 12 las denuncias presentadas por mala praxis en el centro

sanitario soriano ante esta asociación. De las 10 denuncias registradas en 2025, el servicio peor parado fue Traumatología con tres casos en esta especialidad seguido de Cirugía General con dos. Con un caso cada uno aparecen los servicios de Urgencias, Ginecología, Cardiología, Oftalmología y Urología.

Desde la asociación apuntan que «en realidad, los servicios de Atención al Paciente de los hospitales, a lo largo del año, reciben miles de reclamaciones de este tipo» aunque finalmente, son menos las que llegan hasta ellos para seguir adelante.

En cuanto a la labor de la agrupación en estos casos, desde el Defensor del Paciente dejan claro que «el Derecho sanitario es una rama del Derecho público que une la medicina con las ciencias jurídicas y que actúa para reparar el daño causado en términos económicos y en casos de este tipo, antes de nada, lo primero que hay que ver es cómo se queda ese daño. Porque no todos los resultados adversos se pueden considerar una negligencia médica». Así, inciden, «para que exista una responsabilidad sanitaria deben cumplirse ciertos requisitos legales». Es decir, «debe existir un da-

ño desproporcionado o unas secuelas/lesiones irreversibles, además de estar diagnosticadas para poder denunciar por la vía judicial de cara a solicitar daños y perjuicios». Las lesiones que se indemnizan «son aquellas que quedan establecidas de forma permanente y se puede acreditar el nexo causal».

A partir de aquí, «si la persona que contacta con nosotros entiende que las secuelas que sufre o el fallecimiento de un familiar es consecuencia de una mala praxis, les ponemos en contacto con un gabinete de abogados especializados en Derecho sa-

nitario que se encuentran en Valladolid y es a quienes derivamos todos los asuntos que recibimos de Castilla y León». Después, «son los abogados los que asesoran al paciente sobre cómo solicitar su historia clínica en informes médicos para, primero, valorar si están en plazo de reclamar y, segundo, estudiar la viabilidad de su asunto con un perito médico acorde a la especialidad médica de la que trate el asunto concreto».

Y añaden, «lo hacemos así porque las personas que aquí atendemos somos afectados (o familiares) por negligencias médicas y, aunque tenemos bastante experiencia, no somos los profesionales indicados para valorar si los casos son viables o no. Pero, sí damos un asesoramiento vía e-mail o telefónico para valorar de entrada si el asunto lo ha de ver un abogado y un perito médico».

La cifra de afiliados extranjeros en Soria se duplica en la última década

La provincia cuenta en la actualidad con 6.000 trabajadores procedentes de otros países y ya suponen el 14,25% de todos los cotizantes a la Seguridad Social

IRENE LLORENTE YOLDI SORIA
En los últimos diez años la población extranjera se ha ido incrementando de manera paulatina y en la actualidad hay 16.044 personas procedentes de otros países de un total de 90.907 habitantes, según los últimos resultados de población del Instituto Nacional de Estadística. Son más del doble de extranjeros que hace una década, dado que en 2016 había 7.642, lo que ha derivado que en este tiempo se hayan duplicado los afiliados, pasando de los 2.988 a los 5.918 cotizantes a la Seguridad Social.

Esto supone que el 14,25% de los afiliados en Soria. 41.501 según las últimas cifras del Ministerio referidas al mes de febrero, proceden de fuera, la mayoría de fuera de la Unión Europea, 4.163, frente a los 1.755 de países del continente europeo. Hace diez años eran más los afiliados llegados de la Unión Europea, 1.585, que los del resto de países, 1.403.

Del total de afiliados extranjeros, 3.429 son hombres, frente a las 2.489 mujeres, lo que supone un 58% de varones y un 42% de féminas. También la cifra de los hom-



La provincia cuenta con casi 6.000 extranjeros cotizantes a la Seguridad Social. MT.

bres era superior a la de las mujeres en 2016, 1.796 varones y 1.192. Además, tal y como reflejan los datos de la afiliación a la Seguridad Social referida al mes de febrero, la mayor parte cotizan en el régimen general, 4.730; otros 364 en el régimen agrario; y 271 en el

de hogar. Los autónomos son mucho menores, 553, de los que 521 no están en el SETA. Hace una década los afiliados extranjeros en el régimen general eran 2.154 en Soria, el 72% del total de los trabajadores de otros países en la provincia entonces, 2.988.

Cabe destacar que un tercio de los contratos registrados en Soria en los dos primeros meses de 2026 han sido firmados por extranjeros, 1.185 (582 en enero y 603 en febrero) de un total de 3.202.

Y de los más de 5.400 demandantes de empleo en estos dos meses había 613 en enero y 627 en febrero.

Aunque Soria es la provincia más despoblada de todo el país, con 90.907 habitantes, según la estadística de población continua del INE, lo cierto es que conviven casi un centenar de nacionalidades en territorio soriano. De Europa llegan 2.706 personas, mientras que otros 9.678 extranjeros proceden de América, en su mayoría de América del Sur (7.606). Hay otros 2.713 extranjeros con origen en África, y apenas 418 de Asia. De Oceanía sólo están registrados en Soria diez residentes.

Estos datos dejan más que evidente que la llegada de nuevos residentes extranjeros es clave para el aumento de población, compensando la pérdida de habitantes de nacionalidad española en algunos periodos.

El sector forestal soriano aborda los retos normativos

SORIA

La Asociación Soriana de Industrias Forestales (ASIF) reelegió en su asamblea general a Francisco Javier Rupérez Yagüe como presidente, quien ocupa el cargo desde 2014. Acompañó la asamblea con una jornada formativa centrada en las principales novedades normativas que afectan al sector de la madera, con especial atención al Reglamento EUDR (Reglamento de la UE sobre Productos Libres de Deforestación), la normativa relativa a envases y el transporte de madera en rollo.

La sesión fue impartida por María González, gerente de la Confederación de Empresarios de la Madera de Castilla y León (CEMICAL), quien detalló las implicaciones prácticas de estos cambios y resolvió dudas de los profesionales asistentes.

La jornada, celebrada en San Leonardo de Yagüe, puso de manifiesto «la creciente complejidad normativa» a la que se enfrenta el sector, así como la necesidad de contar con información actualizada para garantizar la adaptación de las empresas a los nuevos requisitos legales.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Colegio Oficial de Médicos, comprometidos con la salud y con Soria

En defensa de los principios de nuestro Sistema Nacional de Salud y especialmente de la equidad

El Colegio Oficial de Médicos de Soria es una Corporación de Derecho Público responsable de velar para que el ejercicio de la medicina se adecue a los intereses de los ciudadanos, en definitiva, que el ejercicio profesional del médico proporcione los máximos niveles de calidad científica y humana y de seguridad para el paciente en base a una regulación legal y sobre todo a un conjunto de principios y valores recogido en el Código de Ética y Deontología Médica de obligado cumplimiento para todo médico. Con este bagaje el Colegio de Médicos de esta provincia quiere promover una imprescindible confianza social en cada médico y en la profesión médica en general.

Pero, el compromiso del Colegio de Médicos de Soria se extiende a todo lo que en nuestra provincia se relaciona con la salud en defensa de los principios de nuestro Sistema Nacional de Salud y especialmente de la equidad, reivindicando la

igualdad de oportunidades para todos los sorianos ante cualquier problema de salud. Por eso, en este apartado tenemos que seguir demandando cada día un mayor esfuerzo con la atención médico-sanitaria de nuestra provincia, teniendo en cuenta, además, que se trata de una zona de difícil cobertura, para contar con médicos suficientes que cubran adecuadamente las necesidades de atención médica en todos los lugares, puestos y especialidades. Queremos y pedimos un mayor compromiso y esfuerzo por la Administración Sanitaria para corregir y solucionar esta situación, por solidaridad, justicia y, especialmente, por equidad.

La falta de médicos en algunas especialidades y sobre todo en atención primaria es un problema global relacionado con la distribución de los recursos, que sufrimos en mayor medida algunos lugares como Soria, sin que se hayan establecido las medidas suficientes y adecuadas para corregir esta situación que el



José Ramón Huerta es el presidente del Colegio de Médicos de Soria

Colegio de Médicos de Soria, mediante los oportunos estudios de nuestra demografía médica, venía advirtiendo desde hace años.

Se trata de una cuestión de justicia y de equidad contra la que, a veces, se esgrimen estadísticas per-

versas que enmascaran el problema y nuestra realidad provincial periférica, con escasa población, envejecida, dispersa y afectada por una población llena de patologías crónicas, polipatológicas y complejas, que hay que atender y abordar adecuadamente.

Estamos en un momento muy delicado para la medicina española, que reivindica unos cambios que actualicen y modernicen las condiciones en las que se desempeña su ejercicio profesional; unas condiciones dignas que permitan tener una voz propia para resolver los problemas de la profesión y que se remodelen las condiciones del ejercicio profesional del médico, permitiéndole una mejor conciliación entre la vida profesional y personal, y solicitando reformas que establezcan medidas que faciliten y mejoren su trabajo para garantizar la máxima calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

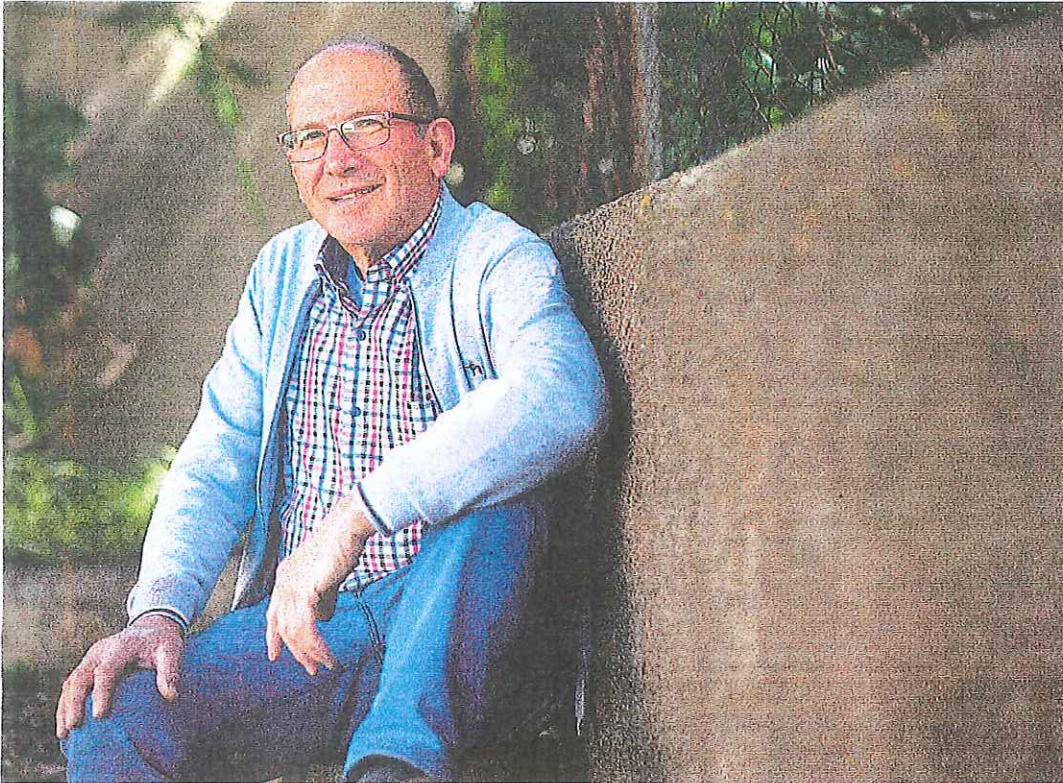
El futuro y los desafíos que tenemos por delante en la atención mé-

dica y sanitaria de nuestra provincia parece complejo y difícil, y a ello se suman los imprescindibles cambios que los médicos reivindican ahora con huelgas y movilizaciones y la necesidad de incorporación y adaptación a nuevas tecnologías que exigen cambios, formación y compromiso profesional, retos a los que los médicos siempre hemos sabido responder en beneficio de nuestros pacientes. El problema es que nuestro esfuerzo no es suficiente si no tiene apoyo social, político e institucional para lograrlo.

En el Colegio Oficial de Médicos de Soria seguimos comprometidos por conseguir una medicina moderna del máximo nivel y exigencia, como todos los sorianos merecen y la responsabilidad y profesionalidad de nuestros médicos garantiza.

Finalmente, hay señalar que, como institución soriana, desde siempre, nada de lo que acontece en esta provincia nos es indiferente y por ello estamos inmersos y comprometidos, no solo con los problemas del ámbito de la salud. Ninguna cuestión que afecta a nuestra provincia nos es indiferente ni lejana. Así es desde la constitución en 1898, al amparo del decreto de Sagasta, con un presidente del gobierno que nació soriano y bajo cuya regulación fuimos el primer Colegio Oficial de Médicos constituido en España.

PAPEL | SALUD



EL SIMPLE GESTO QUE SALVÓ A JOAQUÍN Y MARISA: "PERMITIÓ DAR CON EL TUMOR A TIEMPO"

Día Mundial contra el cáncer de colon. Nueve de cada 10 afectados por este tumor sobreviven si se detecta de forma precoz. Sin embargo, apenas un 45% de la población de riesgo participa en los programas de cribado en España

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

Joaquín Ortega no recuerda en qué día exacto llegó la carta. Sí sabe que era 2018 y que, aunque en ese momento todavía no era consciente, ese sobre contenía «un premio más gordo que el de la lotería de Navidad».

«Leer esa carta y hacer caso a lo que decía me salvó la vida», afirma este vecino de Artà (Mallorca) ocho años después de aquel día «que lo cambió todo».

En aquel momento, recuerda, él tenía 59 años, le faltaban solo unos meses para cumplir 60 y se encontraba «perfectamente bien». No tenía ninguna molestia y trabajaba como mecánico sin

ninguna preocupación de salud.

«En aquella carta que recibimos mi mujer y yo se nos invitaba a acudir a la farmacia a recoger un kit para el cribado del cáncer de colon como parte de un programa piloto. Decidimos participar. Lo recogimos, llevamos la muestra al centro de salud y nos olvidamos. Pero unos días después me llamaron para decirme que habían detectado sangre en la mía», recuerda. «Al principio me dijeron que no me preocupara, que podía ser por un pólipo benigno o incluso hemorroides», continúa. Sin embargo, una colonoscopia reveló enseguida la existencia de un tumor. «Y no cualquier tumor. Tenía ya un cáncer

en estado 3. Sin ningún síntoma o molestia que me hubiera podido indicar que estaba ahí», rememora.

Tampoco Marisa Campano había notado ningún cambio en su intestino cuando, en 2021, recibió una carta con una invitación similar a la de Joaquín. Farmacéutica de profesión, ella misma había solicitado someterse a las pruebas de cribado en una ocasión anterior, así que no dudó en repetir la experiencia. Esperaba que, tal y como le había ocurrido la otra vez, otra carta le confirmase tiempo después que todo estaba bien. Pero en lugar de esa misiva, una llamada le alertó a los pocos días de entregar la muestra en el centro de salud de que algo no iba bien.

«Me llamó directamente la doctora para decirme que había dado positivo en sangre», explica. «Y no solo es que no hubiera notado nunca esa sangre sino que tampoco tenía molestias de ningún tipo ni había sentido ningún cambio. Pero una colonoscopia que me hicieron al poco tiempo, a finales de enero, mostró que tenía un tumor en el ciego, en la zona donde el intestino delgado se une con el colon. Como esa zona está lejos del recto, la sangre estaba completamente enmascarada. Nunca la hubiera visto», relata.

En el caso de Marisa, que entonces tenía 68 años, los análisis de anatomía patológica revelaron que se trataba de un tumor en un estadio 2. «Me quedé pasmada porque yo me cuidó mucho. Llevo una vida muy sana, activa, como bien y no tengo ni diabetes ni ninguna enfermedad metabólica. Y además es que no tenía absolutamente ningún síntoma. Tengo claro que, si no es por el cribado, hubiera sido tarde para detectar el tumor a tiempo. Esa carta me salvó la vida», sostiene.

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente diagnosticado en España, con 44.573 nuevos casos detectados en 2025, según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Es el segundo tumor más frecuente en varones después de próstata, con 27.224 nuevos casos y también el segundo en mujeres después de mama, con 17.349 casos.

Este tipo de tumor puede no causar molestias hasta que está bastante avanzado, por lo que la detección precoz es fundamental. En España, el cribado del cáncer de colon se incorporó a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el año 2014 según la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre. A día de hoy, los programas de cribado, que dependen de

cada Comunidad Autónoma, contemplan la realización de una prueba o test de sangre oculta en heces cada 2 años a los hombres y mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años.

Se trata de una prueba indolora, no invasiva, que determina la presencia de sangre no visible en las heces. Su objetivo principal es detectar pequeños sangrados, que pueden deberse tanto a alteraciones benignas como a lesiones premalignas o cancerosas, en un momento precoz, antes de que la enfermedad se haya extendido y cuando las posibilidades de tratamiento y curación son altas.

«En torno a 9 de cada 10 personas sobrevivirían si se les detectara en fase localizada», recuerdan desde la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), un organismo que hace hincapié en que «la detección precoz es un derecho de todos los ciudadanos que salva vidas» y reivindica un impulso a los programas de cribado.

Para que un programa de cribado de cáncer funcione es necesario que tenga una implantación del 100% y una participación de al menos el 65%, señala la AECC. Y, sin embargo, «los últimos datos oficiales señalan que en España apenas un 45% de la población de riesgo ha participado en el programa de cribado de cáncer de colon». La AECC y la Agencia Internacional de la Investigación en Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) acaban de presentar los resultados provisionales de un informe cualitativo sobre los programas de cribado del cáncer de colon en España. El documento revela que hay un alto nivel de organización de los programas de cribado en España, si bien en el 46% se detecta que faltan recursos para garantizar una óptima prestación.

Tanto Joaquín como Marisa son firmes defensores del cribado. Tras pasar por cirugía y un duro tratamiento de quimioterapia, a día de hoy están bien y solo tienen que

Joaquín Ortega, en su huerto de Artà (Mallorca).
GERMÁN LAMA

“No tenía ninguna molestia ni había notado ningún cambio. Esa carta me salvó la vida”

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente diagnosticado en España, con 45.000 casos al año

someterse a revisiones rutinarias. «Yo recomiendo a todo el que esté dentro del perfil del cribado que se someta a la prueba. Es algo muy sencillo y muy rápido que puede salvarte la vida como me pasó a mí», señala Marisa.

Coincide Joaquín. Y concluye: «Yo no sé dónde estaría ahora si no llega a ser por esa carta que recibí».

> SALAMANCA

Mejoras en el tratamiento del covid

Investigadores del Ibsal estudian la presencia de virus activo en los pulmones de pacientes críticos con coronavirus y crean una PCR digital para identificar de forma más simple estos casos. Por María Bausela

La aparición del covid trajo muchas incógnitas al mundo médico, algunas de ellas fueron resueltas durante la evolución de la pandemia, pero otras quedaron sin responder debido a la necesidad de centrar el trabajo en la prevención y vacunación de la población. Ahora, seis años después, existen aún algunas preguntas sin responder que impiden la mejora del tratamiento de los pacientes.

Entre ellas está la capacidad de poder conocer si los pacientes graves cuentan todavía con virus vivo en el pulmón y necesitan ventilación mecánica invasiva o ya lo habían eliminado. Es decir, «si el virus todavía juega un papel en el paciente que entra en estado crítico o si el daño respiratorio era solamente consecuencia de la inflamación», explica Jesús Bermejo Martín, profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca (Usal) e investigador principal del grupo BioSepsis del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca y el Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias.

«Desde el principio se propuso una teoría que ahora se demuestra incorrecta. Esta planteaba que en

esos pacientes el virus ya había sido eliminado e influyó en que no se desarrollaran lo suficiente las investigaciones sobre tratamientos antivirales en pacientes en fase crítica», añade.

Con el proyecto CIBERUCICVID dan luz a ese error con el objetivo de demostrar que existe un grupo de pacientes en los cuales los fármacos antivirales podrían ser beneficiosos. Además, han creado una PCR digital para identificar de forma más simple estos casos.

Para llegar a ese resultado, han evaluado la presencia del virus vivo en muestras respiratorias de 159 pacientes en estado crítico reclutados en la UCI del Hospital Universitario de Jerez obtenidas por el equipo de este hospital, y han analizado los datos junto con un equipo del Institute of Medical Microbiology, del Jena University Hospital de Alemania. Centro en el cual realizaron los cultivos virales que confirmaron la presencia del virus.

Gracias a este trabajo han podido identificar dos perfiles diferenciados en los pacientes en cuanto al momento de inicio de la ventilación mecánica invasiva.

Por un lado, existe un grupo de

personas en estado grave que progresan rápidamente desde el primer momento en el que empiezan a presentar síntomas hasta que llegan a presentar un fallo respiratorio, y cuentan con la necesidad de recibir ventilación mecánica. En este caso han podido ver que cuentan con cargas altas de virus aún activo en el pulmón y presentan evidencias de replicación activa.

Y, por otro lado, existen pacientes en los cuales esa progresión desde los primeros síntomas hasta que llegan a presentar un fallo respiratorio es más lenta, por lo que no necesitan esa ventilación mecánica hasta más tarde. En estos pacientes, la carga viral pulmonar que han detectado es baja o el virus ya no era visible mediante cultivo en las muestras que han analizado.

La existencia de estos dos grupos con evoluciones diferentes supone que existan grandes variables a la hora de realizar ensayos con antivirales, dado que «no todos los pacientes críticos se benefician por igual de estos tratamientos», remarca.

Adicionalmente, con el trabajo que ha sido publicado en la revista *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, han demostrado que el

60% de los pacientes tienen virus vivos en el pulmón en el momento de la intubación en la UCI. «Esto es lo que nos llevó a identificar los dos perfiles de pacientes críticos».

«Estos resultados apoyan que habría un grupo de pacientes críticos, aquellos que han progresado muy rápido, en los que los antivirales todavía podrían ser beneficiosos», añade el investigador de la Usal.

Adicionalmente a este trabajo de investigación realizado en colaboración con los otros dos centros, han querido darle una solución a esa necesidad de identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de los fármacos antivirales con el desarrollo de una herramienta de apoyo.

«Como cultivar virus es complicado y no es una técnica disponible en la mayoría de los hospitales del país de forma rutinaria, hemos desarrollado y puesto a punto un sistema alternativo mediante el uso de una técnica de PCR de última generación».

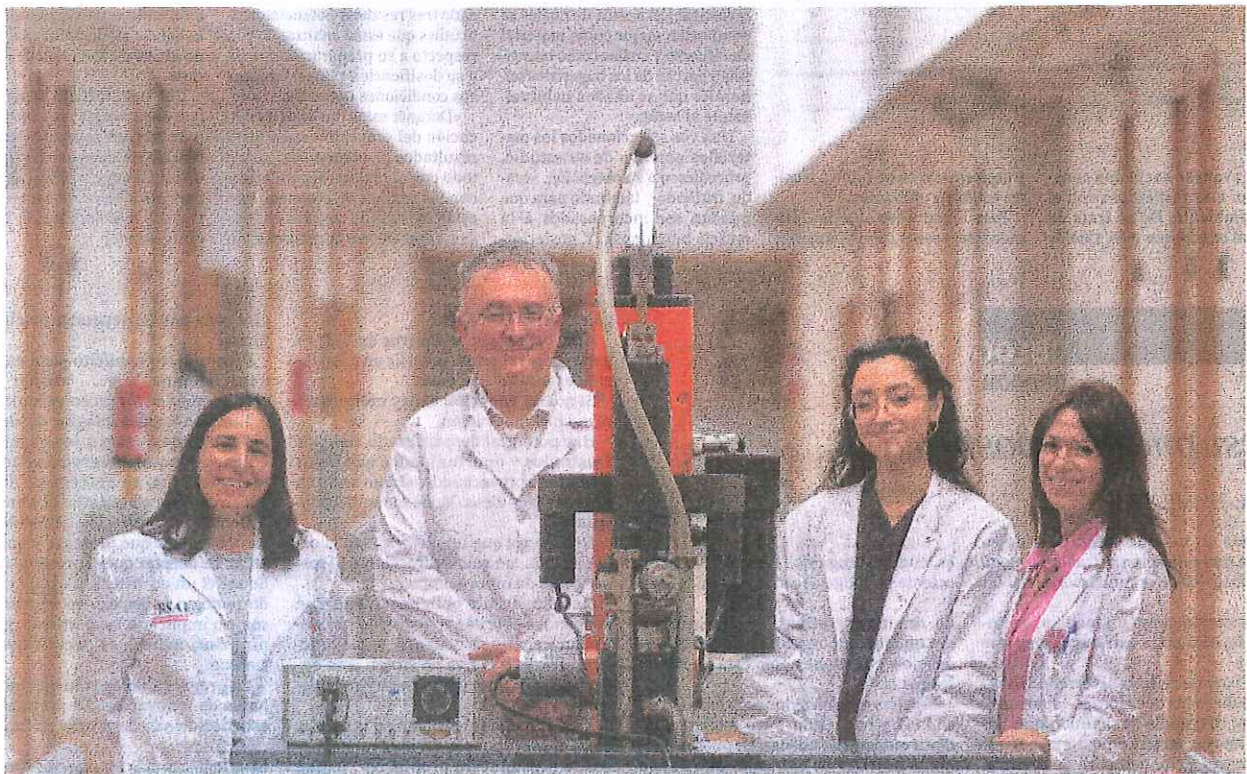
La herramienta, que se basa en un método de PCR digital, permite a los profesionales de la salud poder identificar con mayor facilidad a aquellos pacientes con covid que presentan virus replicativos en el

pulmón.

Esto se debe a que dicha tecnología, la cual ya se ha implementado en numerosos centros, presenta la facilidad de detectar la presencia de virus vivos sin necesidad de que el centro cuente con infraestructuras para realizar el cultivo celular del covid. Así, quieren demostrar que «en las neumonías víricas graves el futuro está en individualizar el tratamiento, y para ello tenemos que caracterizar bien qué le pasa a cada paciente».

«Este trabajo prueba que en los pacientes en los que la enfermedad progresa en poco tiempo hasta que se da el fallo respiratorio, es muy probable que al llegar a la UCI los antivirales todavía sean efectivos. Esto supone una lección útil para próximas pandemias, pero también para el tratamiento de pacientes graves con neumonía causada por los virus respiratorios estacionales habituales en nuestro entorno», incide el investigador.

De cara al futuro, Bermejo Martín asegura que esta estrategia que han desarrollado no es solo aplicable al coronavirus, sino que podría emplearse en otras infecciones víricas respiratorias graves, como la gripe, «así como a futuras amenazas emergentes».



Jesús Bermejo Martín, profesor de Medicina de la Universidad de Salamanca e investigador principal del grupo BioSepsis del Ibsal. ENRIQUE CARRASCAL

> SORIA

Pacientes cardíacos monitorizados

El equipo sanitario de la UCI del hospital de Soria ha introducido un seguimiento innovador en remoto que ha permitido mejorar el control clínico de las personas que llevan implantado un dispositivo. Por Nuria Fernández

La monitorización remota de pacientes se consolida como un método necesario en numerosos países para gestionar el seguimiento de personas con enfermedades crónicas. La tecnología se ha extendido en los hospitales españoles y también ha llegado a Castilla y León. La optimización de los recursos, el acceso a la información médica en tiempo real y la mejora de la atención sanitaria son algunas de las ventajas de este sistema.

El equipo sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Santa Bárbara de Soria ha puesto en marcha un proyecto de monitorización remota de dispositivos cardíacos que introducido, de manera innovadora, un seguimiento, en especial, a los pacientes mayores con marcapasos que ha permitido mejorar el control clínico y reducir las visitas presenciales, sobre todo a los residentes en el medio rural.

Los resultados recabados en los dos años de seguimiento han puesto de manifiesto que la implantación del método en una provincia como Soria, con un elevado índice de envejecimiento y dispersión de la población, otorga seguridad para los pacientes y mayor comodidad, porque les evita desplazamientos, pero también pre-

senta importantes desafíos como la falta de cobertura de internet en algunas zonas de la provincia.

Este proyecto de implantación en el centro hospitalario soriano recibió uno de los premios de innovación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria por las mejoras que reporta.

En España, aproximadamente un 4% de la población mayor de 65 años es portadora de un dispositivo eléctrico cardíaco implantable. Este porcentaje extrapolado a la provincia de Soria, en la que una cuarta parte de la población supera los 65 años, muestra la elevada carga asistencial en las unidades sanitarias que tienen el cometido de llevar a cabo el seguimiento presencial de este tipo de pacientes.

Ésta fue la necesidad de poner en marcha el proyecto en Soria, según explicó la jefa de UCI del hospital soriano, María José Fernández Calavia, «vimos que la población cada vez es más mayor y las revisiones son más seguidas, lo que les obliga a desplazarse hasta el hospital para realizar el seguimiento, lo que supone un trastorno importante», explica María José Fernández, intensivista en la UCI.

La monitorización en remoto permite controlar los datos de los

pacientes desde su domicilio y tener una supervisión continua de los dispositivos que llevan colocados. El equipo sanitario de Soria seleccionó dos tipos de pacientes para poner en marcha el proyecto. El primer grupo es el que está formado por portadores de marcapasos y el segundo son aquellos que llevan un holter implantable.

A ambos se les hace entrega de un monitor que tienen en su domicilio, al que están conectados durante la noche, mientras duermen, y que previamente ha sido programado por el personal sanitario con el tipo de información médica que se quiere controlar, con el objetivo de que salten las alertas en situaciones con problemas. Estos avisos se visualizan a las pocas horas en una plataforma web, que se consulta a diario por médicos y enfermeras.

«La programación es personalizada», destaca la enfermera de UCI, que trabaja en este proyecto, María José Revuelta Cantalapiedra. «Nos salta cualquier evento que surja», matiza la intensivista, María José Fernández, «con un delay de 24 horas, como mucho, y eso nos permite ponernos en contacto con el paciente». La alarma se visualiza en una plataforma web que también permite a los sanitarios consultarla en sus propios

correos electrónicos. Las responsables sanitarias de este proyecto subrayan que las alertas permiten detectar «en el momento» eventos o patologías cardíacas que de otra manera no se habrían diagnosticado hasta una visita presencial del paciente en la consulta.

Las personas que llevan marcapasos son uno de los dos grupos seleccionados para llevar a cabo este proyecto. Se trata de personas que ya tienen diagnosticada una enfermedad cardíaca y su monitorización con el dispositivo a distancia permite hacer un seguimiento del mismo de una manera más rápida y actualizada.

Pero, las expertas consideran que, quizá, esta monitorización resulta de mayor utilidad a las personas a las que se les ha colocado un holter implantable, porque se trata de enfermos con sintomatología dudosa y con sospecha de que pueda ser de origen cardíaco. Gracias al seguimiento se pueden observar arritmias o bloqueos «y entonces terminamos de diagnosticar lo que tienen», expresa María José Fernández, que reitera que el sistema ha permitido «coger un evento cardíaco o la causa de la enfermedad en el momento».

La implementación de este método de innovación sanitaria en el hospital de Soria ha permitido eva-

luar la viabilidad y la efectividad de este modelo. Las responsables aseguran que otorga seguridad y comodidad a los pacientes, sobre todo a los residentes en el medio rural por la precocidad con la que se comunican las alertas y se detectan patologías, ya que se trata de enfermos con edades superiores a los 80 años.

«Si vemos que a una persona se le pausa el corazón sabemos que necesita un marcapasos o si tiene una arritmia tiene un riesgo de ictus y entonces se toman las medidas con más antelación, de otro modo hay que esperar a una consulta presencial», matiza María José Fernández, que pone reitera el control y la detección precoz de incidencias.

Tras dos años de trabajo, unos 250 pacientes cardíacos de la provincia de Soria están monitorizados con un dispositivo remoto. La idea es extenderlo, sobre todo, a todos los que necesitan un marcapasos, si ellos lo autorizan, explican las sanitarias. A los pacientes de nueva implantación se les ofrece la posibilidad y se va ampliando a aquellos que acuden a revisión.

Además, María José Fernández subraya que el dispositivo puede aportar mucha información sobre la evolución de los pacientes y su respuesta a las terapias.



Equipo sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Soria que ha trabajado en el proyecto de monitorización de dispositivos cardíacos. MARIO TEJEDOR

CASTILLA Y LEÓN

La obesidad sube en Castilla y León y afecta ya al 14% de la población adulta

• Los gastos de asistencia médica suponen una carga «muy pesada» para el 74% de las familias de la Comunidad, dos puntos y medio más que hace tres años • El 14,5% sigue fumando todos los días y los bebedores diarios bajan al 7%

SANTIAGO G. DEL CAMPO
VALLADOLID

La obesidad crece más rápido en Castilla y León que en el resto de España y afecta ya a casi 14 personas adultas de cada cien. El exceso de sobrepeso subió en 1,3 puntos en los últimos tres años en la Comunidad, del 12,6% registrado en 2022 al 13,9% de 2025, según los últimos datos de la *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)* publicada ayer por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

La buena noticia, o la menos mala, es que la media de las nueve provincias se mantiene ocho décimas por debajo de la nacional, que sube al 14,7% en el último ejercicio cerrado. Eso sí, el conjunto de España no ha engordado tanto, ya que registró el mismo porcentaje en 2022. Si se compara con otras autonomías, Castilla y León se sitúa justo en el centro de la tabla, en el puesto número 9 de un ranking que encabeza Canarias, con un 18,1% de personas mayores de 16 años obesas (2,5 puntos más que en 2022), y cierra Cantabria, con solo un 11,1% (3,2 puntos menos).

La ECV mide muchos parámetros más en sus módulos de Salud y Energía y Medio Ambiente, los dos que fueron actualizados ayer. Así, uno de los más significativos es la percepción de las familias de Castilla y León respecto a los gastos de asistencia médica. Es preocupante el elevado incremento en tres años, ya que ahora suponen una carga «muy pesada» para el 74% de las familias, mientras en 2022 manifestaban esa impresión solo el 4,9%, un total de 2,5 puntos menos. El coste esencialmente menor al del conjunto nacional, pues en la media de España ese coste sanitario subió al 8,4% de los hogares en 2025, mientras en 2022 suponía un 7%.

Castilla y León vuelve a ocupar justo el punto medio en esa estadística, mientras Andalucía la encabeza. Allí es el 10,1% de las familias las que tienen una carga «muy pesada» con los gastos del médico, mientras las familias de Navarra con esa percepción son las menos, un 3,9%.

El 17,1% de los castellanos y leoneses mayores de 16 años no fue el



El consumo de productos ultraprocesados y grasas está detrás de muchos casos de obesidad. FXB / CCO

pasado año ninguna vez al médico de familia, si bien eso supone casi cinco puntos más que tres años antes, cuando el 22,0% no lo hizo. Es la segunda autonomía con el dato más bajo, solo por encima de Galicia (16,1%), en una tabla que encabeza Canarias (21,0%). En el conjunto nacional los adultos que no

fueron ni una sola vez al médico de familia alcanzó el 18,7%, 3,7 puntos menos que tres años antes.

El número se dispara cuando se trata del número de visitas al dentista. Casi la mitad de los adultos de la Comunidad, el 47,6% (48,5% en 2022), no fue ninguna vez al odontólogo, mientras tampoco lo hicieron el 45%

de los españoles en la media del conjunto nacional (48% en 2022).

La Comunidad está la segunda a la cabeza, sin embargo, si se trata de personas que más consultas hacen al médico de familia, las que acuden al doctor diez o más veces al año. En ese registro se evidencia el envejecimiento de población de

LA SEGUNDA REGIÓN CON PARQUES PÚBLICOS MÁS CERCA DE LOS HOGARES

Castilla y León es la segunda comunidad autónoma donde los ciudadanos tienen más cerca de casa un parque público, una zona verde. El 75,9% de los hogares de la Comunidad declara que tiene uno a menos de 400 metros de su vivienda, lo que supone

11,3 puntos más que la media nacional, con solo el 64,6% de los hogares cerca de un parque. Es una de las conclusiones del módulo sobre energía y medio ambiente publicado ayer por el INE dentro de la Encuesta de Condiciones de Vida.

Por otro lado, en cuanto al medio de transporte, el 59% de los ciudadanos de más de 16 años declaró que su medio de transporte más habitual en 2025 fue el coche, frente a solo el 17,7% del transporte público. Son datos que distan bastante de la media nacional, donde el 53,5% utilizó mayoritariamente el coche y el 25,4% el transporte público.

El 33,6% de los hogares de Castilla y

León considera necesarias reformas para mejorar la eficiencia energética de su vivienda o edificio, en la línea del 34,4% nacional.

Los castellanos y leoneses son más aficionados al reciclaje que el conjunto nacional, ya que el 81,1% de los mayores de 16 años declaró reciclar «siempre o casi siempre» las botellas de plástico frente al 79% del conjunto nacional.

las nueve provincias de la Comunidad, ya que fueron el 10,8% de las personas adultas las que lo hicieron en 2025, solo por debajo de Galicia, que anota un 11,1%. En Castilla y León el registro crece casi un punto en tres años (9,9 en 2022).

La media nacional alcanza el 8,2% en el dato de adultos con 10 o más consultas al médico en 2025, tres décimas más que en 2022, mientras son los vascos los que menos visitas múltiples hacen al doctor de familia, solo el 5,6% lo visitaron diez veces o más en 2025 (6,4% en 2022).

La *Encuesta de Condiciones de Vida* del INE recalca también en algunas de las conductas que atentan contra la salud, como el tabaquismo o el alcoholismo. Así, el estudio determina que el 14,5% de los castellanos y leoneses mayores de 16 años siguen fumando todos los días —aunque el dato supone 3,7 puntos menos que tres años antes, cuando llegaba al 18,2%—, mientras en el conjunto nacional alcanza el 15% —2,1 puntos menos que tres años antes—.

En este parámetro Castilla y León vuelve a ocupar justo el punto medio de una tabla que encabeza Extremadura, donde los que fuman todos los días son el 18,5% de los adultos —aun así, casi dos puntos menos que en 2022—, y cierra Navarra, donde solo fuman 12 de cada cien adultos —más exactamente el 11,9%, lo que supone 2,9 puntos menos que tres años antes—.

Más positivo se ve el dato si se mira la otra cara de la moneda, la de los adultos que declaran no fumar «nunca». En Castilla y León son un 79,7% de los mayores de 16 años —76,8% en 2022—, mientras en el conjunto nacional se quedan en el 78,4%. La Comunidad escala tres puestos en la tabla de las autonomías, hasta el sexto, en un ranking donde hay más gente no fumadora en Navarra (el 82,2%), y menos en Extremadura (el 74,8%).

En cuanto al consumo de alcohol, el 7% de los adultos de Castilla y León manifiesta que bebe todos los días, lo que coloca a la Comunidad como quinta autonomía con mayor

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

LA POSADA

EL MUNDO

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

CRÓNICA

El CSI que resolvió el 'caso Maeso': una sola muestra de sangre demostró la «paternidad» del contagio

LA LABOR DE MICROBIÓLOGOS Y GENETISTAS FUE CLAVE PARA LOGRAR LA CONDENA DEL ANESTESISTA

Juan Maeso contagió a 275 pacientes, a los que asistió en operaciones sencillas, el virus de la Hepatitis C en un subgrupo poco común en España. Pero siempre defendió que fueron pacientes quienes se lo transmitieron a él. La ciencia echó abajo su relato exprimiendo toda la información posible de la única extracción de sangre que el sanitario consintió ante los primeros contagios, en 1998



Juan Maeso, durante el juicio en el que acabó condenado en la Audiencia Provincial de Valencia. EFE

INMA LIDÓN VALENCIA
275 contagiados de hepatitis C, con el genotipo 1 subtipo A que, en España, solo tiene un 2% de la población. Ninguno con prácticas de riesgo ni conciencia de haber contraído la enfermedad. El foco en dos hospitales: la Casa de la Salud y el Hospital La Fe. La sanidad valenciana, en jaque por un solo hombre: Juan Maeso. El anestésista fue el origen del mayor brote de hepatitis C que se produjo en España entre 1988 y 1997. Pocos de los pacientes a los que asistió en operaciones esos años se libraron de contraer un virus que, a una decena de casos, cuando Maeso fue condenado a 1.933 años de prisión en 2007, ya les había conducido a la muerte.

La investigación que llevó a la condena del prestigioso médico valenciano fue definida como «un reto» por todos los genetistas y epidemiólogos que desfilaron por la sala de la Audiencia Provincial de Valencia en un macrojuicio que duró 17 meses, con más de un centenar de acusaciones particulares, y que acabó no solo con la condena del anestésista, sino obligando a la Generalitat Valenciana a indemnizar a las víctimas con 20 millones de euros, en cuantías que oscilaban entre los 60.000 para quienes se convirtieron en portadores del virus y 120.000 euros por fallecimiento.

La línea que conectó a Maeso, fallecido a los 83 años esta semana, con el brote masivo, apareció casi por casualidad. El doctor Vicente Bosch, uno de los traumatólogos que operaba en la Casa de la Salud, un hospital regentado por una orden religiosa y concertado con la sanidad pública, fue el primero en detectar que algo pasaba. Iba a intervenir a una paciente de artroscopia y en la analítica del preoperatorio apareció la hepatitis C. Unos meses antes, la misma paciente, a quien le operó la otra rodilla, estaba sana. Sin prácticas de riesgo (como puede ser la adicción a las drogas) y con un contagio que solo puede ser por sangre, temió que se tratara de un problema en el quirófano. Pero no fue así. Todo el hospital estaba limpio. Fue entonces cuando contactó con los servicios médicos de Iberdrola y ahí saltó la sorpresa: siete empleados que habían sido derivados por la aseguradora para someterse a operaciones en ese hospital, tenían Hepatitis C. De Telefónica, la otra compañía que enviaba al mismo centro, eran diez. Las dos compañías presentaron en abril de 1998 la denuncia en los juzgados con la que se inició el caso.

Pero, ¿cómo o quién los había contagiado? En ese punto, la gerencia de la Casa de la Salud tomó una decisión que resultó clave: pidió a todo el personal que se sometiera a una analítica. «Todo el caso se sustentó en ese extracto de sangre que Maeso consintió, a petición de las monjas, que se le extrajera. Nunca más autorizó una analítica», explica a EL MUNDO el abogado Manolo Mata, que ejerció la acusación particular en nombre de un buen número de afectados y prologa el

libro que Amparo González Cabañero, ex presidenta de la Asociación Española de Hepatitis C, creó en aquellos años, acaba de presentar recogiendo testimonios de aquella experiencia y del juicio.

Aquella muestra de sangre acabó llevando a Maeso a la cárcel. Viajó primero, junto a la del resto de trabajadores, al Instituto Pasteur de París. El hospital tenía en juego su reputación y buscó a los mejores especialistas. El resultado fue que, de todos los empleados, Maeso era el único que tenía el virus, además con genotipo 1 subtipo A. El 80% de los

enfermos en el país tiene el subtipo B. Todo apuntó más al anestésista cuando se comprobó en las historias clínicas que estuvo presente en las intervenciones de todos los contagiados. Ante este hallazgo, lo mismo se hizo en el Hospital La Fe, donde Maeso trabajaba en intervenciones ginecológicas. El número de afectados creció de manera exponencial. Incluso hubo víctimas que lo reconocieron cuando su rostro empezó a aparecer en los medios de comunicación. Había sido él quien les había metido en el cuerpo «una bomba de relojería».

«Nunca más consintió que le sacaran sangre», recuerda Mata

El virus de Maeso y el brote tenían cero diferencias en un tramo de ADN

¿Cómo contagiaba? Aunque Maeso nunca reconoció su adicción, en el proceso judicial quedó probado que ya había sospechas previas sobre su acceso a los fármacos. Por eso dejó de trabajar en el Hospital Militar, porque, según relatos recogidos en la sentencia, «se quedaba para sí determinados fármacos que pedía para los pacientes». Cuando se le limitó, tuvo que encontrar otro modo: compartirlos con los pacientes, usando la misma aguja con la que se los administraba. «De ninguna otra manera se explica que pudiera contaminar con restos de sangre suya el material anestésico y transmitir el virus a un número tan elevado de personas y en un período tan prolongado de tiempo», recoge la sentencia de la Audiencia.

«Si hubiera reconocido que tenía una adicción, quizá no hubiera ido a la cárcel», reflexiona Mata. Nunca lo hizo, es más, se defendió como una víctima: si tenía hepatitis es porque algún paciente le había contagiado. Por eso, el reto estaba en probar que Maeso era el origen. Para eso, de nuevo la ciencia jugó un papel clave para tratar aquella única muestra, que tuvieron que manejar con mucho mimo los especialistas del Instituto Valenciano de Microbiología y el Departamento de Genética de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad de Valencia.

Sus estudios secuenciaron la muestra y la clonaron, para determinar que el «árbol filogenético» de los brotes de los dos hospitales era «compatible con una fuente humana común». Si el virus se hubiera transmitido de un paciente a otro, la morfología del árbol filogenético hubiera sido distinta. El origen es el mismo punto y eso era «compatible con un único causante del brote, un virus 'padre' del cual se derivan todos».

Los especialistas analizaron la región E1-E2 del ADN del virus y obtuvieron como resultado que había 150 víctimas con «cero diferencias en la región NS5B respecto de la muestra» de Maeso y el resto, el 80% del brote, entre cero y una. No había dudas: «La relación entre el virus de la Hepatitis C del doctor Maeso y de los demás afectados del brote es de 'paternidad' y no de 'hermandad'», concluyeron los especialistas, desmontando así la defensa del anestésista.

Con estos estudios filogenéticos sobre la «paternidad» del brote, el 27 de octubre de 1998, el conseller de Sanidad, Joaquín Farnós, afirmó públicamente que las sospechas sobre Maeso estaban «confirmadas». De hecho, cuando el profesional dejó de trabajar en la Casa de la Salud, los contagios desaparecieron de manera fulminante. Maeso siempre apuntó, como único argumento, a que aquella sangre que le extrajeron, la única que permitió analizar en toda su vida, no había seguido una clara cadena de custodia.

La sentencia que condenó a Maeso fue ratificada por el Supremo e ingresó en prisión, donde pasó 15 años. Tuvo acceso al tercer grado, pero en marzo de 2023, cuando le fue concedida la libertad provisional por que su enfermedad se agravó.

«Ninguna novedad» tras los arrestos a los responsables de la sanidad soriana

Carriedo devela que los detenidos aún no han declarado

J.S. SORIA

La Junta de Castilla y León desconoce aún el alcance de la investigación que afecta a la cúpula de la sanidad soriana y por la que la semana pasada fueron detenidos, y posteriormente puestos en libertad con cargos, el que fuera responsable de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente, y el responsable económico del departamento, Óscar Pérez. El Gobierno autonómico insistió ayer en que no hay novedades y que el funcionamiento de la gerencia está garantizado.

«No hay ninguna novedad», aseguró ayer el portavoz de la Junta, Carlos Fernández Carriedo, al término del consejo de Gobierno. Sí destacó que los dos detenidos «ni siquiera

han sido llamados a declarar». Cabe recordar que los dos responsables de la Gerencia fueron detenidos a primera hora del pasado martes y tras pasar unas horas en la Comandancia comparecieron ante el juez antes de ser puestos en libertad con cargos. Ambos están siendo investigados por un delito de prevaricación administrativa continuada.

El portavoz de la Junta reiteró que se dará información «en el momento en el que haya novedades» o cuando se produzcan los nuevos nombramientos para ocupar los cargos que desempeñaban los investigados. La Gerencia de Soria está ahora en manos de la Directora Médica, Marta León y el funcionamiento «está asegurado».

En espera de que la investigación judicial avance hasta ahora los únicos 'movimientos' en torno a este caso han sido políticos y por parte del PSOE. Tras el frustrado intento de solicitar la comparecencia del consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, el PSOE anunció el lunes que registrará una batería de preguntas en las Cortes de Castilla y León en cuanto se constituya la Cámara para esclarecer los hechos en el Complejo Asistencial Universitario de Soria. La procuradora electa por Soria, Esther Pérez, calificó la situación de «extraordinaria gravedad» y exigió «respuestas inmediatas, transparencia total y responsabilidades políticas si se confirman las irregularidades».

Psiquiatría recurre a médicos de la Comunidad

Llegan profesionales desde Valladolid

M.H. SORIA

A las dificultades para la incorporación de médicos especialistas en el servicio de Psiquiatría de Soria se suma la baja laboral de uno de los profesionales, lo que ha llevado a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria a incorporar galenos del resto de la Comunidad Autónoma para cubrir la asistencia.

El déficit de profesionales se está cubriendo a través de los proyectos de gestión compartida con otras Áreas de Salud de Castilla y León y ya están acudiendo médicos de apoyo, según informaron desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

El servicio de psiquiatría se en-

cuentra ubicado en el Hospital Virgen del Mirón, donde se realizan las consultas y también se encuentra allí la planta de ingresos, en la unidad de agudos.

El principal problema de la falta de médicos se registra ahora en la planta de agudos, pues la profesional que se encargaba directamente de su atención entra en situación de baja laboral, tal y como indicaron fuentes próximas al Virgen del Mirón, que señalan que incluso se planteó la posibilidad de que los pacientes de Soria fueran derivados al Hospital de Burgos para su ingreso en planta ante la ausencia de facultativos que se ocuparan de la atención de agudos.



Centro de Reconocimiento Médico
CRUZ ROJA

PERMISOS DE CONDUCIR
Y OTROS RECONOCIMIENTOS

Lunes a Viernes:

Mañanas de 09:30 a 13:30 horas.

Tardes de 16:30 a 18:30 horas.

Julio y Agosto: Horario de mañana

C/ Santo Domingo de Silos, 1. Soria

Registro Sanitario JCYL 42-C2510-0001

Registro DGT SO-0001

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

Registro sanitario 42-C2510-0003

Cita previa: 975 212 641

crmsoria@cruzroja.es

La soriana Sonia Rodrigo dirigirá el gabinete del ministro Arcadi España

SORIA

El consejo de Ministros celebrado ayer oficializó la designación de la soriana Sonia Rodrigo Ibáñez como jefa de Gabinete del recientemente nombrado ministro de Hacienda, Arcadi España que sustituye a María Jesús Montero. Rodrigo Ibáñez ya era jefa de gabinete de España en su anterior responsabilidad en el ministerio de Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática.

En la propia referencia del consejo de Ministros se explica que Rodrigo es licenciada en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid y MBA en dirección de Empresas Audiovisuales. Hasta la fecha ocupaba el puesto de directora del Gabinete del Secretario de Estado de Política Territorial.

Previamente, según señala La Moncloa ha desempeñado distintos puestos como asesora del pre-

sidente de la Generalitat Valenciana, directora de Gabinete del Subdelegado del Gobierno en Alicante, responsable de comunicación del Ayuntamiento de Alicante y del Colegio de Médicos de Soria, ha formado parte del gabinete de Comunicación de la Representación en España de la Comisión Europea y ha ejercido como redactora de la Cadena Ser en Soria y corresponsal del periódico Norte de Castilla.



Sonia Rodrigo. HDS

Sanidad blindada el secreto del precio del medicamento

Defiende su giro como protección ante Trump, que podría disparar los costes

PILAR PÉREZ MADRID Conocer cuánto cuesta un medicamento no es una tarea sencilla. Una cosa es lo que pagamos por un medicamento sin receta —sin prescripción médica, como el ibuprofeno o el paracetamol— o por los de prescripción médica adquiridos a través de receta privada, y otra bien distinta son los fármacos financiados, de los que, con prescripción médica, el paciente solo paga una parte.

La falta de transparencia de los precios netos de los medicamentos es una de las controversias más complejas entre la sociedad civil, la industria farmacéutica y el Gobierno. El debate sobre la distinción entre el «precio de lista» (notificado por las empresas y público) y el «precio neto» (coste real que paga el Estado tras negociar descuentos confidenciales) es una dualidad que la organización Civio denuncia como una «caja negra» y que el Ministerio de Sanidad defiende como una herramienta estratégica «para asegurar el acceso a los medicamentos». Para la patronal, Far-

maindustria, la confidencialidad es esencial para garantizar que los pacientes accedan a la innovación terapéutica. Este es un argumento que comparte con el secretario de Estado, Javier Padilla, quien, en declaraciones a EL MUNDO, expone que «la confidencialidad no protege a la industria, sino al valor superior del acceso al medicamento». Farmaindustria defiende que «la opacidad en el proceso de fijación de precios permite que cada país negocie el mejor posible en función de su realidad económica y capacidad financiera, sin que ello afecte al mercado global». Al mismo tiempo, la patronal sostiene que, si los precios netos fueran públicos, estos tenderían a igualarse a nivel europeo en un valor único.

En el extremo opuesto se sitúa Civio, que desde 2019 libra una batalla legal para que las resoluciones de financiación de los fármacos más caros sean públicas. Su demanda surge ante terapias con precios astronómicos, como las CAR-T (300.000 euros), Luxturna (700.000) o Zolgens-

ma (dos millones por paciente), cuyos costes reales se mantienen bajo un hermetismo total. Para Civio, este «oscurantismo» no fortalece al Estado, sino que lo hace negociar peor, «a ciegas», aumentando el riesgo de arbitrariedad y de falta de control en decisiones que movilizan ingentes cantidades de dinero público.

Desde Civio recuerdan que los actuales responsables de Sanidad manifestaron su intención de hacer públicos los precios. Pero finalmente el Ministerio que dirige Mónica García dio un claro paso atrás cuando eligió la fórmula de la opacidad común a todos los ejecutivos en democracia. En el anteproyecto de la Ley del Medicamento, en el artículo 114, se amplía el blindaje de la publicidad de los precios finales o netos. Es más, ante un final de legislatura incierto, el PSOB y Sumar han decidido tomar un atajo para asegurarse de que se blindan los precios. Se ha introducido la enmienda 259 en la tramitación de una ley sin relación: la de discapacidad. Padilla justifica estomovimiento alegando que la coyuntura política exige acciones «decididas y más rápidas» y que se ha elegido un vehículo legislativo que se encuentra en una fase de tramitación más avanzada para asegurar que el blindaje entre en vigor cuanto antes.

La defensa del mantenimiento del secreto se basa en un cambio drástico del contexto político internacional, «específicamente relaciona-

do con las políticas de Donald Trump en EEUU», señala el secretario de Estado. «El gobierno estadounidense pretende fijar los precios de sus medicamentos referenciándolos al precio más bajo de los países del G7, Dinamarca y Suiza. Aunque España no está en ese grupo, muchos de esos países sí se referencian en los precios españoles». Este fenómeno, según la patronal, perjudicaría gravemente a España, ya que un estudio de la consultora Charles River Asso-

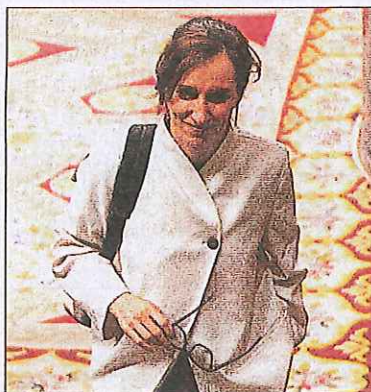
ra que los laboratorios sigan investigando terapias en nuestro país.

La propia OCDE ha constatado sobre este asunto que, a pesar de la existencia de más de 30 iniciativas internacionales para compartir información sobre los precios de los medicamentos, la norma a nivel internacional sigue siendo la confidencialidad de los precios netos.

Civio desmantela estos argumentos citando a la Organización Mundial de la Salud, cuya resolución WHA

72.8 —respaldada por España— concluye que la transparencia fortalece la posición de los Estados. Denuncia que el nivel de secretismo propuesto no tiene precedente en la contratación pública general, donde ningún otro proveedor se le permite ocultar el precio unitario de sus contratos con la administración. Para la organización, lo que hay tras de esta postura es el «miedo» del Gobierno a que el Supremo falle a favor de la transparencia en los juicios que aún tienen pendientes.

Según Padilla, si España hiciera públicos sus precios netos (que suelen ser bajos), las farmacéuticas tendrían un incentivo para retrasar la comercialización de fármacos en nuestro país con el fin de no hundir sus precios y márgenes de beneficio en el gran mercado de EEUU. Sostiene que un país no puede actuar de forma aislada en transparencia sin pruebas de que no provocará retrasos en la llegada de tratamientos críticos.



La ministra de Sanidad, Mónica García. ELENA IRIBAS

cialista indica que la transparencia total podría disparar el precio medio de los fármacos innovadores en nuestro país en más de un 50%. En definitiva, desde el Ejecutivo se asegura así el secreto que protege la capacidad negociadora del Estado y amarra el retorno de la inversión necesario pa-





FUNDACIÓN RAMÓN ARECES

CONFERENCIA

200 años del descubrimiento del benceno: seis átomos de carbono que cambiaron el mundo

Ponente:
Nazario Martín
Instituto Imdea-Nanociencia y Universidad Complutense de Madrid

En 2025 se conmemoraron los 200 años del descubrimiento del benceno, una molécula icónica y ubicua que ha desempeñado un papel crucial en el desarrollo de la ciencia y la tecnología modernas. Esta conferencia propone un recorrido histórico a través de su hallazgo y evolución, así como su presencia en el espacio interestelar, para mostrar algunas de las fascinantes estructuras de carbono formadas por anillos de benceno y llegar al grafeno.

LUNES, 20 DE ABRIL 2026, 19:00h
SEDE: C/ Vitruvio 5, Madrid
Asistencia gratuita hasta completar aforo.
Necesaria inscripción online previa en www.fundacionareces.es



Teléfono de atención al cliente: 91 659 16 29.

EL MUNDO



Este periódico se imprime diariamente en papel reciclado y procedente de bosques sostenibles.



MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033. Madrid. Tel.: 91 443 59 00. © Unidad Editorial Información General, Madrid 2026. Todos los derechos reservados.

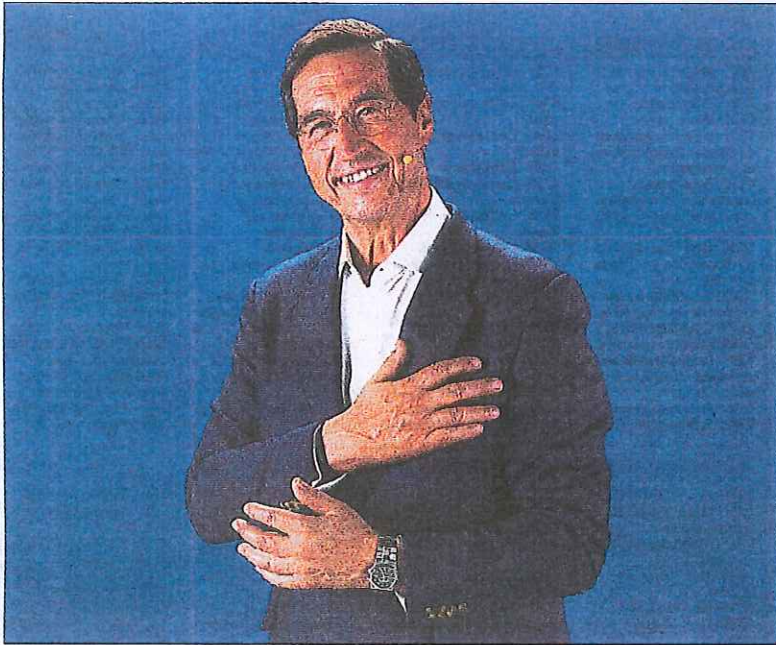
Esta publicación no puede ser ni en todo ni en parte reproducida, distribuida, comunicada públicamente, utilizada o registrada

a través de ningún soporte o mecanismo, ni modificada o almacenada sin la previa autorización escrita de la sociedad

editora. Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Propiedad Intelectual, queda expresamente prohibida la

reproducción de los contenidos de esta publicación con fines comerciales a través de recopilaciones de artículos periodísticos.

Impreso: Hennes Print, Polígono San Miguel, Sector 4-C/ Albert Einstein, 44. 50630 Villanueva de Gállego (Zaragoza) Dep. Legal: SO-33-2006



JUAN CABAL

ENTREVISTA NO VISTA

QUIÉN. Tras más de dos décadas operando se pasó al crecimiento personal. **QUÉ.** Más de 3,5 millones de personas siguen sus consejos en Instagram, su podcast está entre los más escuchados en España, y agota entradas en sus conferencias.

MARIO ALONSO PUIG
CIRUJANO Y DIVULGADOR

«La mente nos condiciona más que la biología»

Pregunta. ¿Cómo define sus consejos? ¿Son directrices? ¿Advertencias? Respuesta. Son propuestas de mejora. P. ¿Por qué propuesta deberíamos empezar si queremos cambiar? R. Recomendaría plantearnos las cosas que damos por hechas. Esto nos evitará a tener una mentalidad más exploradora. Muchas veces estamos atrapados en una serie de supuestos que consideramos una realidad y dejamos de explorar. P. ¿Por ejemplo? R. Podemos dar por hecho que una persona cuando envejece va a perder vista y oído. Pero hay estudios en Harvard que demuestran que las personas que no dan esto por he-



CRISTINA LUIS
MADRID

cho pierden menos visión y oído porque son conscientes y ponen remedio. Tenemos que elevarlo que uno espera de sí mismo y de la vida. P. ¿Es nuestra obligación ser la mejor versión de nosotros mismos? R. No es nuestra obligación, es nuestra responsabilidad. Si podemos expresar mayor alegría, mayor serenidad y mayor confianza es nuestra responsabilidad descubrir cómo hacerlo. P. ¿Nos condiciona más nuestra biología o nuestra educación? R. Lo que más nos condiciona es la mente y está muy influida por la educación. P. Imparte cursos online de crecimiento interior o liderazgo. ¿Habría

que modificar los programas educativos para impartir a los niños este tipo de conocimientos en lugar de otras materias? R. Creo que es un deber del sistema educativo potenciar tres habilidades en los estudiantes. La primera, la autoestima, la imagen que tienen de sí mismos y cuánto se quieren. En segundo, la autonomía. El tener confianza en que pueden salir adelante y adaptarse a nuevos desafíos. Y, en tercer lugar, la colaboración. Saber que la cooperación es la base de todas las mejoras. Si el sistema educativo solo enseña materias, por importantes que sean, y no ayuda a la persona a crecer en estas habilidades va a ser muy difícil que tengamos un verdadero bienestar y que seamos felices. P. ¿Qué es lo que más le ha costado cambiar de sí mismo? R. Me costó abrazar el silencio porque mi cabeza va muy deprisa. Sin embargo, es de las cosas que más me han ayudado estos años. P. ¿Qué le fue útil? R. Empecé hace 30 años con la meditación porque estando como cirujano en Boston, el que trajo la meditación a occidente era un cardiólogo de mi universidad y me formó con él. Me ayudó muchísimo. P. ¿Alguna vez duda de sí mismo? R. (Ríe) Cuando subo a un escenario soy muy consciente de que tengo una gran responsabilidad. Han venido una serie de personas con la ilusión de crecer y mejorar sus vidas. Algunas están sanas, otras enfermas, unas tienen relaciones extraordinarias, otras se sienten muy solas... Mi responsabilidad es hablar desde la confianza, hablar desde el amor. Puedo decir que la duda existe antes de que salga al escenario, cuando estoy en el escenario ya no hay duda. P. Esto del síndrome del impostor

no se lo permite. R. No porque entonces pierdo el foco y me olvido de mi misión. Lo mío no lo vivo como un trabajo sino como una misión. P. ¿Alguna vez fue un trabajo o siempre ha sentido que tiene la misión de mejorar la vida de otros? R. Para mí, en el momento en que decidí hacerme médico, ya elegí algo más que un trabajo. Elegí una misión. Y, cuando decidí dejar la cirugía después de 26 años, sencillamente sentí que la misión me invitaba a ir a una segunda etapa. P. ¿Cree en el destino? ¿Siente que le ha puesto ahí?

«El sistema educativo debe potenciar el autoestima»

«Lo mío no lo vivo como un trabajo sino como una misión»

R. No creo en el destino tal y como está concebido habitualmente. Es decir, que haga lo que haga siempre acabará aquí. Ese destino reflejado en las tragedias griegas. Sí creo en una vida que tiene muy claro que nosotros tenemos que llegar a un determinado lugar y nos va poniendo pruebas y desafíos para que lleguemos. Si yo tuviera que aprobar la carrera de Medicina, inevitablemente no voy a obtener el título si no hago los seis años y los termino bien. Ahora, la forma en la que yo camine, lo que tarde en caminar, la pongo yo. Ahí está mi libertad. P. ¿Cuál cree que es el mayor avance científico de los últimos años? R. Diría que son dos: la neuroplasticidad y la epigenética. La neuroplasticidad es el descubrimiento de que el cerebro humano nunca es estático y que tu actitud, tu mentalidad, las personas que te rodean y la cultura en la que vives afecta en cómo se reorganiza. Mientras que la epigenética es la demostración de que los genes no determinan nuestro destino. Hay algo que influye en ellos y, de nuevo, eso está relacionado con nuestros pensamientos, sentimientos, emociones y el contexto que nos rodea. P. ¿Qué opina del auge de Ozempic y estos medicamentos que dejan a un lado el esfuerzo por cambiar? R. Creo que determinados medicamentos, sin nombrar ninguno, pueden ayudar a determinadas personas que están teniendo especial dificultad en resolver ciertas cosas. Ya sea el sobrepeso o cualquier otro tema. Pero creo que no es adecuado que dependamos de una medicación. Que abandonemos ese deseo de mejorar, esa voluntad de hacerlo y esa constancia. Porque al final vamos a depender por completo de lo exterior y no vamos a depender nada de lo interior.



BAJAD LAS ARMAS
JORGE BUSTOS

Nostalgia del 'catenaccio'

Italia tampoco jugará este Mundial. A pesar de haber ganado cuatro y de haber sido subcampeona dos veces más, la *Azzurra* no participa en ninguno desde 2014, en Brasil. Semejante tragedia nacional clamaba por un diagnóstico, y lo ha formulado una voz autorizada: la de Gianluigi Buffon, el mejor portero de la historia del fútbol italiano. -Llevamos 20 años avergonzándonos de lo que somos. Hemos renunciado a nuestra historia. Parece que si no jugamos como España nos sentimos incómodos: no nos aceptarían en la alta sociedad del fútbol. Hoy Chiellini no jugaría porque no tiene pase al hueco. Pero los partidos históricos de Italia se basaron en defender hasta la muerte, en la cohesión del equipo, en la contención del resultado. No hay vergüenza en ganar con tus propias habilidades. El razonamiento de Buffon, el portero, es digno de Buffon, el académico, que sentenció: «El estilo es el hombre». En efecto, Italia legó al fútbol la fórmula viril del *catenaccio*, que viene a ser la continuación de la legión romana por medios deportivos. Cuando una selección encajaba un gol ante Italia en la primera parte, se resignaba a perder el partido aunque faltara la segunda. Porque para llegar a la portería de tipos como Buffon había que atravesar antes el territorio que patrullaban tipos como Gattuso. Antihéroes de rudeza legendaria, respetados en las cárceles de Bukete, labrados en el material del sarcófago que cubre el reactor de Chernóbil. La nariz de Luis Enrique aún sangra sola cuando recuerda que Tassotti sigue vivo. Aquellos futbolistas no jugaban infiltrados para devolver el dolor que sentían en cada balón dividido. Y es verdad que Italia dio también a Roberto Baggio, un epígono del Renacimiento que concebía el área rival como Rafael Sanzolo la pared desnuda de una estancia vaticana. Pero Baggio era una verso suelto: una concesión a la lírica en un poema épico. Yo sospecho que la cosa se empezó a joder con Pirlo. Demasiada clase para un mediocentro italiano. Los entrenadores transalpinos, acomplejados ante el ciclo mágico del tiquitaca español, quisieron remedarlo sobre la base del bello Andrea. Craso error, como dice Buffon. La moraleja es evidente. Si hay un ámbito donde el culto cerril a la identidad propia es disculpable, incluso aconsejable, ese es el fútbol. Italia no levantará cabeza hasta que sus jugadores sean más admirados entre los clanes de la Ndrangheta que en la pasarela de Milán.

Desvelan cómo se recupera la visión tras un desprendimiento de retina

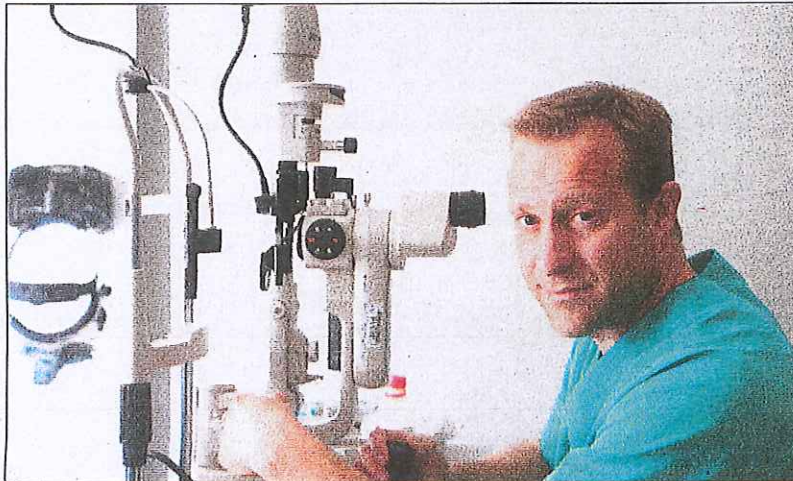
El trabajo del equipo, liderado por Ricardo Usategui y Salvador Pastor, del IOBA y del Clínico de Valladolid, abre la puerta al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas

VALLADOLID

Un equipo de investigadores, liderado por los profesores Ricardo Usategui Martín y Salvador Pastor Idoate, del Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada (IOBA) de la Universidad de Valladolid y del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ha sido reconocido en el 29 Congreso de la Sociedad Española de Retina y Vitreo 2026 por un estudio que trata de explicar por qué algunos pacientes no recuperan completamente la visión tras un desprendimiento de retina, a pesar de que la cirugía haya sido un éxito desde el punto de vista anatómico.

El trabajo, en colaboración con IBIVALL y la red RICORS-REI PVR-Network, de carácter traslacional y aún en fase piloto, «constituye una base relevante para futuras estrategias de medicina de precisión en retina». Se centra en los procesos biológicos que continúan activos incluso después de que la retina haya sido reemplazada correctamente mediante cirugía. Hasta ahora, el abordaje de esta patología, considerada una urgencia oftalmológica, se centraba en resolver el problema mecánico. Sin embargo, los investigadores han demostrado que factores como la inflamación o las alteraciones del metabolismo celular desempeñan un papel determinante en la recuperación visual.

El oftalmólogo del Hospital Clínico Universitario de Valladolid e investigador del IOBA Salvador Pastor Idoate explica a Ical que el desprendimiento de retina «es una urgencia porque afecta a tejido del sistema nervioso central». «Si no se trata a tiempo, puede provocar una pérdida visual importante e irreversible. Cuanto antes actuemos, mayores son las posibilidades de preservar la función visual».



Salvador Pastor Idoate, oftalmólogo del Hospital Clínico Universitario de Valladolid e investigador del IOBA. ICAI.

Los datos disponibles arrojan que esta patología presenta una incidencia aproximada de un caso por cada 10.000 habitantes, lo que se traduce en entre 4.000 y 6.000 episodios anuales en España. Además, en las últimas décadas se ha observado un incremento de casos en parte, asociado al aumento de cirugías oculares como la de cataratas. Los síntomas de alerta, ante los que hay que acudir para una evaluación precoz, que puede ser clave, son la aparición de destellos luminosos, un aumento repentino de «moscas volantes» o la percepción de una sombra o cortina en el campo visual, explica el oftalmólogo.

Uno de los aspectos clave del estudio pasa por explicar por qué, pese a que la cirugía logra recolocar la retina

entre un 90 y un 95% de los casos en una sola intervención, no todos los pacientes recuperan la visión de forma satisfactoria. «La cirugía resuelve el problema anatómico, pero no siempre se resuelve por completo el problema biológico. Apesar de que el paciente tenga la retina en su sitio, se siguen produciendo procesos de muerte celular después de haber reemplazado la retina con una cirugía exitosa», detalla Pastor.

Para profundizar en estos mecanismos, el equipo analizó muestras de retina obtenidas durante la cirugía. A través del estudio del ARN, los investigadores han podido identificar qué vías moleculares están activadas o deprimidas tras el desprendimiento. Este análisis permite comprender mejor los

procesos de degeneración celular que afectan especialmente a los fotorreceptores, células esenciales para la visión.

Los resultados indican que los pacientes con peor pronóstico presentan un mayor componente inflamatorio y una menor actividad en las vías relacionadas con la recuperación celular. «Esto nos permite no solo entender mejor la enfermedad, sino también identificar dianas terapéuticas y estratificar a los pacientes según su riesgo de pérdida visual», apunta.

«Nuestros resultados muestran que los casos clínicamente más graves se asocian a un aumento de señales de inflamación e inmunooactivación y, al mismo tiempo, a una disminución de vías relacionadas con el metabo-

lismo mitocondrial y la función de los fotorreceptores. En otras palabras, el desprendimiento de retina no es solo un problema anatómico que requiera recolocar la retina, sino también un proceso biológico complejo en el que intervienen mecanismos moleculares que pueden condicionar la recuperación visual final», añade.

Desde el punto de vista clínico, la utilidad potencial sería doble, «por un lado, ayudar a identificar perfiles de mayor riesgo de mala evolución funcional y, por otro, abrir la puerta al desarrollo de terapias adyuvantes personalizadas dirigidas a modular la inflamación o proteger el metabolismo retiniano, además del tratamiento quirúrgico habitual».

El hallazgo abre la puerta a nuevas estrategias terapéuticas basadas en la neuroprotección, es decir, la posibilidad de proteger a las neuronas tras ese desprendimiento de retina. En este sentido, los investigadores plantean la posibilidad de iniciar tratamientos en las primeras horas tras el diagnóstico, incluso antes de la cirugía, con el objetivo de preservar las células retinianas. «Sería un tratamiento complementario, no sustitutivo, que ayudaría a mejorar los resultados funcionales», agrega Pastor. «Por ejemplo, si un paciente acude a urgencias un viernes y no se programa la operación hasta el lunes, podríamos iniciar un tratamiento ese mismo viernes y de alguna manera tener mejores resultados funcionales incluso cuando la cirugía fuese el lunes».

Asimismo, la identificación de estos mecanismos biológicos podría tener implicaciones en otras patologías retinianas con procesos inflamatorios o neurodegenerativos similares, para complicaciones asociadas, como la vitreo-retinopatía proliferativa, que puede afectar a hasta un 10% de los casos, y que es la principal causa de fracaso de la cirugía del desprendimiento de retina.

El reconocimiento supone, según Pastor, «una validación científica muy importante», además de un estímulo para avanzar en una línea de investigación que busca trasladar sus resultados a la práctica clínica.

Los pacientes con EPOC se convierten en «formadores» en Castilla y León

VALLADOLID

Castilla y León consolida la implantación del Programa de Paciente Activo en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), un modelo que convierte a los enfermos en «formadores» para mejorar el autocuidado y la calidad de vida de las personas con esta patología.

Según informa la Junta en un comunicado recogido por Ical, esta iniciativa, ya presente en varias áreas sanitarias de la Comunidad, alcanza ahora una nueva fase gracias a la participación directa de los propios pacientes, que, tras completar su formación, asumen el rol de instructores de otras personas con EPOC.

El programa, que se estructura en tres fases, comienza con una formación impartida por profesionales sanitarios, continúa con una etapa de consolidación de conocimientos y finaliza con el rol de los participantes como formadores entre iguales, compartiendo su experiencia directa con otros ciudadanos con la misma patología.

La expansión del programa en distintas áreas de Castilla y León se enmarca en las estrategias actuales para el abordaje de la cronicidad, que priorizan la educación sanitaria estructurada, la participación del paciente, la promoción del autocuidado y la sostenibilidad del sistema sa-

nitario mediante la prevención de descompensaciones evitables.

La implantación progresiva de modelos colaborativos sitúa al paciente en el centro del proceso asistencial, no solo como receptor de cuidados, sino como agente activo en la mejora de su propia salud y de su comunidad.

El Programa de Paciente Activo ofrece a las personas afectadas herramientas prácticas, conocimientos y espacios de intercambio que contribuyen a mejorar su calidad de vida, favorecer la adherencia terapéutica y optimizar el uso de los recursos sanitarios.

El Área de Salud de Burgos se ha



Programa de Paciente Activo en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. ICAI.

convertido en un referente en el desarrollo del Programa de Paciente Activo en EPOC, con más de 40 personas formadas en la provincia. En esta

última fase, los propios pacientes formadores han comenzado ya a impartir talleres y sesiones educativas a otros ciudadanos.



Teléfono de atención al cliente: 91 050 16 29.



Este periódico se imprime diariamente en papel reciclado y procedente de bosques sostenibles.



MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033. Madrid. Tel.: 91 443 50 00. © Unidad Editorial Información General, Madrid 2026. Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser ni en todo ni en parte reproducida, distribuida, comunicada públicamente, utilizada o registrada.

a través de ningún soporte o mecanismo, ni modificada o almacenada sin la previa autorización escrita de la sociedad editora.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Propiedad Intelectual, queda expresamente prohibida la reproducción de los contenidos de esta publicación con fines comerciales a través de recopilaciones de artículos periodísticos.

Impreso: Herneo Print, Polígono San Miguel, Sector 4/2, Albert Enxarri, 44, 50330 Vitoria-Gasteiz (Zaragoza) Dep. Legut. 50-33-2006



JAVIER BARBANCHO

ENTREVISTA NO VISTA

QUIÉN. Es el cirujano torácico más conocido del mundo por la técnica con la que opera y por su presencia en las redes. **QUÉ.** El Rey Felipe VI acaba de nombrarle Embajador Honorario de la Marca España, algo que el doctor considera «un honor».

DIEGO GONZÁLEZ RIVAS

CIRUJANO

«No aceptaría un cargo público pero sí mejoraría el sistema»



INMACULADA COBO

MADRID

Pregunta. ¿Cuántas cirugías de pulmón hace al día?

Respuesta. En el Shanghai Pulmonary Hospital hacemos de media 150 cirugías al día, lo que un servicio torácico en España hace en un año. Yo de media suelo hacer cinco porque opero los casos más complejos.

P. Con su técnica solo se hace una incisión.

R. Sí. Uniportal VATS, que es con videocirugía y Uniportal RATS, que es con un robot pueden extraer el tumor de un pulmón con una sola incisión, lo que permite que el paciente se recupere muy rápido porque la cirugía es mínimamente invasiva. Los 170 pacientes que operamos

el martes pasado vinieron a la consulta el lunes. En el mismo día les hacemos PET-TAC, broncoscopia, biopsia... Ninguno de ellos espera 15 días a ser operado. No puedes quitar un tumor de un pulmón con un TAC de hace dos meses. Aquí entramos por la mañana y nada se va hasta que no se acaban las cirugías. Hay mil camas y 25 quirófanos funcionando a la vez con toda la tecnología dedicados solo al pulmón.

P. Trabajó en España durante un tiempo. ¿Qué le hizo marcharse?

R. Tuve la posibilidad de crear el mayor centro del mundo y cambiar el rumbo de la cirugía torácica mundial. Eso no lo pude hacer en Coruña, eso lo estamos haciendo aquí en Shanghai en los últimos diez años, escribiendo el rumbo de la cirugía torácica moderna. Lo puedo hacer porque con este volumen podemos evolucionar la cirugía a unos niveles impensables. Eso también hace que mi vida sea dedicación pura y dura. Cuando la gente descansa, yo opero. Opero todos los fines de semana de mi vida prácticamente.

P. No tiene tiempo para usted.
R. Mi vida cambió. Se volvió una dedicación absoluta a la cirugía. Eso tiene su parte buena, que te hace tener una experiencia que nadie tiene y afrontar los casos más complejos, pero tienes que renunciar a tu vida personal.
P. ¿Cree que está un poco loco?

R. Tienes que tener una pasión desbordada por lo que haces para llevar este ritmo. Algunos cirujanos tenemos mucha pasión por lo que hacemos y yo considero que es como una adicción en el buen sentido. Te llena tanto que lo necesitas. Entonces hago un proyecto y ese me lleva a otro y se me van abriendo puertas y no sé salir de ahí. No lo justifico. Evidentemente hay que tener descanso en la vida y tiempo libre, tus aficiones. Pero cuando tu trabajo se convierte en tu *hobby* lo disfrutas en cada momento.

P. Su libro se llama 'Operando el mundo' porque es, literalmente, lo que hace.

R. Con lo que gano un fin de semana en Madrid compenso lo que no gano operando en muchos países del mundo a los que voy gratuitamente. A mí lo que más me motiva es operar en países en vías de desarrollo. También crear escuela y motivar a cirujanos por todo el mundo. En Sierra Leona o Liberia, si tú no vas, la gente se muere. Se dice lo de que salvamos vidas. En España tenemos un sistema universal que

enfrentamientos pero se podría hacer. Para empezar no tienen sentido las listas de espera cuando los quirófanos están parados los fines de semana. Paga a los profesionales y ya verás cómo operan. El problema es cuando le das un sueldo fijo y cobra lo mismo haciendo dos o diez. Así no se incentiva. Yo no quiero criticar el sistema público, yo digo que se puede mejorar. Los sueldos en España no tienen nada que ver con lo que cobra uno en Reino Unido, en Alemania, en Suiza. El médico en España no está bien pagado.

P. Hace poco salió en un video con el *you tuber* Plex.

R. Cuando empecé en las redes, me criticaron. Yo creé el primer canal de cirugía torácica del mundo y los compañeros me criticaban. No se compartía el conocimiento. El principio básico era justo el contrario. Ahora todo el mundo tiene Instagram y sube videos. Muchos pacientes llegan a través de las redes. Yo divulgo lo que hago, no vendo humor. Ahora me escriben padres porque sus hijos me han visto en el video de Plex y quieren ser médicos.

P. ¿Está a favor de la IA?

R. Sí, pero regulada, porque creo que va a acabar con muchas profesiones. Incluso habrá robots que hagan cirugías solos. Tendrá que haber un cirujano pero muchas partes del proceso podrá hacerlas un robot.

P. ¿Cuánto tiempo podrá mantener esta vida?

R. No pienso en eso, no tengo fecha. No planifico mi vida por lo que me dicte la sociedad. A los 30 te casas, a los 32 tienes un hijo. Todas esas cosas que se planifican salen mal siempre o te hacen infeliz. De momento yo tengo salud, soy feliz y hago lo que me apasiona. Ahora son las doce de la noche aquí y voy a llamar a cuatro pacientes. Soy muy accesible, todos tienen mi teléfono.



CABO SUELTO ANTONIO LUCAS

La política regresa al banquillo

En medio de los regüeldos sulfúricos de la actualidad bombardera, una legión de políticos españoles de uno y otro bando se sienta este lunes en el banquillo de los acusados. Pertenecen al PP y al PSOE. Ninguno fue un *matao* de pedanía: ocuparon altos cargos en los gobiernos correspondientes. Y a todos ellos les adorna la misma ignominia, presuntamente organizaron tramas de corrupción. El PP articulando una trama policial para robar pruebas al ex tesorero Bárcenas (uno de los suyos!) y extorsionar a Podemos; el PSOE ahora con un sucio negocio de mascarillas y otros *colmaos* en los días de pandemia. Actuaron desde el centro de sus gobiernos y por los desagües subían audios con sus voces cavernosas engordando su basura.

Los dos grandes partidos monumentales de la democracia española flotan untados de corrupción hasta lo blando del hueso. Dentro de la burbuja del poder parecen no darse cuenta del espectáculo. Si en vez de morder el anzuelo lanzado por los líderes para avivar las patrullas urbanas, a derecha e izquierda aprovechásemos el impulso colectivo (y tanta ira) para exigir decencia, limpieza y credibilidad, quizá gozásemos de un horizonte cívico menos cutre y los telediaristas no provocarían tanta vergüenza ajena.

La apertura del caso *Kitchen*, por donde asoma Jorge Fernández Díaz, ex ministro del Interior con Mariano Rajoy, y la trama protagonizada por José Luis Ábalos y su reata de chungos (compadre que fue de Pedro Sánchez) podrían destruir parte de sus propios partidos si habitásemos una democracia bien depurada. El enemigo más desalentador para cualquier persona honesta es el político triler y protegido por las siglas de donde extrae su botín deslizando sobre una putrefacción de oro sucio. No se trata de alentar el razonamiento cejijunto del «todos son iguales»: eso sólo beneficia a la caballería ultra, como todo el mundo sabe. No son todos semejantes, pero algunos se parecen demasiado más allá de las siglas que los cobijan, pues hieden al mismo sudor pegajoso que activa la congestión de la rapiaña.

El asunto de la corrupción en la política española se parece mucho a la bicicleta estática. El ciudadano pedalea, pero siempre está en el mismo punto. Sólo el político trincado tiene junto a la bici una aforja. Y casi siempre le sale a cuenta el viaje, aunque pise cárcel.

24 HORAS CON UN MIR: "YA NO ES UN SIMULACRO, SON PACIENTES DE VERDAD, LA VIDA DE UNA PERSONA"

Formación. Tras años de estudio, los residentes se enfrentan al vértigo de la práctica clínica. De las guardias "pésimas" a la adrenalina del quirófano, cinco médicos que hacen su especialización en la Clínica Universidad de Navarra nos cuentan cómo es su duro día a día

Por Rocio R. García-Abadillo. Reportaje gráfico de Iñaki Porto

La mañana empieza fuerte. No son las 8.00 aún y en el área quirúrgica, en una pequeña sala, se repasa el parte de ese día: para comenzar la jornada, una intervención de cáncer de páncreas, una de las cirugías más complejas. Es una paciente desestimada en otro centro por alta complejidad, a la que harán un Whipple (extirparle parte del páncreas, parte del duodeno y la vesícula biliar). Hasta el final de la cirugía no sabrán cómo ha ido. A las 8.15 ya hay en torno a 8-9 personas en el quirófano preparando y anestesiando a la paciente, como en una coreografía ensayada. Una de esas personas es Pablo Martínez, residente de cuarto y último año (R4) de Anestesiología en la Clínica Universidad de Navarra (CUN).

"La labor docente entre los residentes de distinto año es como en las familias: los hermanos mayores enseñan a los pequeños"

"Siempre tienes responsabilidad, pero mucho más con los niños porque nadie entiende que no vayan bien las cosas. Tu margen de error es cero"

Entre cables, monitores e instrumentos varios, va preparando la vía aérea y pensando en todas las posibles complicaciones. «De R1 no se espera de ti nada y todo es supervisado, pero ya de R4 vas a salir al campo en breve y te tienes que meter un poco en la situación de '¿cómo sería si yo estuviera solo?', explica.

«Tienes que llegar al quirófano pronto, prepararte muy bien al paciente y todas las complicaciones que puedas tener. Y si el cirujano corta lo que no hay que cortar, ¿dónde tengo la sangre o un tubo o lo que sea rápido?». Lo tienes que tener todo muy pensado, la anestesia es ir por delante siempre. No puede llegar de repente un imprevisto porque ya vas por detrás y lo pasas mal».

Cuando los médicos acaban la carrera de Medicina, para trabajar en el sistema público en España tienen que acceder al programa MIR (médico interno residente) a través de un examen que les permite, en función de la puntuación que obtengan, elegir especialidad y el hospital donde realizarla. Los MIR tienen una relación laboral especial (regulada por el RD 114/6/2006), ya que combinan dos facetas inseparables: la formación de posgrado y el trabajo asistencial con supervisión. Al cubrir una parte sustancial de la actividad, incluidas guardias, la labor de los 34.829 MIR que hay actualmente en España sostiene en gran parte el funcionamiento del sistema sanitario español. Y todo ello por un sueldo que no se corresponde para este nivel de exigencia y dedicación. Los residentes están cobrando una media (varía según las CCAA) de 1.215 euros el R1 y 1.530 euros el R5, euros netos y sin contar guardias (cálculos realizados con datos de marzo de 2026 por Vicente Matas del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada).

Pablo, que estudió en la Universidad Autónoma de Madrid, es uno de esos residentes que a base de horas, guardias y vocación mantiene el sistema 24/7. Lejos quedan ya los días de R1, cuando aterrizó sin tener «ni idea de nada», y aunque ha evolucionado mucho desde que llegó, confiesa que con los niños lo pasa peor. «Son un poco más complicados de anestesiar, todo es inmaduro y pequeño, la vía aérea es mucho más sensible... y no puedes cometer ningún error. Siempre tienes responsabilidad, pero mucho más en estos casos porque nadie entiende que un niño vaya al hospital y luego no vayan bien las cosas. Tu margen de error es cero». («Similar con las embarazadas», señala).

Él es uno de los 160 MIR que tiene la CUN. Aunque se trata de un centro privado, desde 2023 funcionan como cualquier hospital público en relación con los MIR, ya que se eliminó la conformidad previa que le daba potestad a algunos centros privados para elegir a sus residentes. Su tamaño mediano y su carácter «familiar», como lo definen muchos residentes, hace que estos se conozcan todos entre sí y formen una especie de comunidad. La Clínica ha abierto sus puertas a este periódico para acompañar a muchos de esos *mires* en una de sus jornadas.

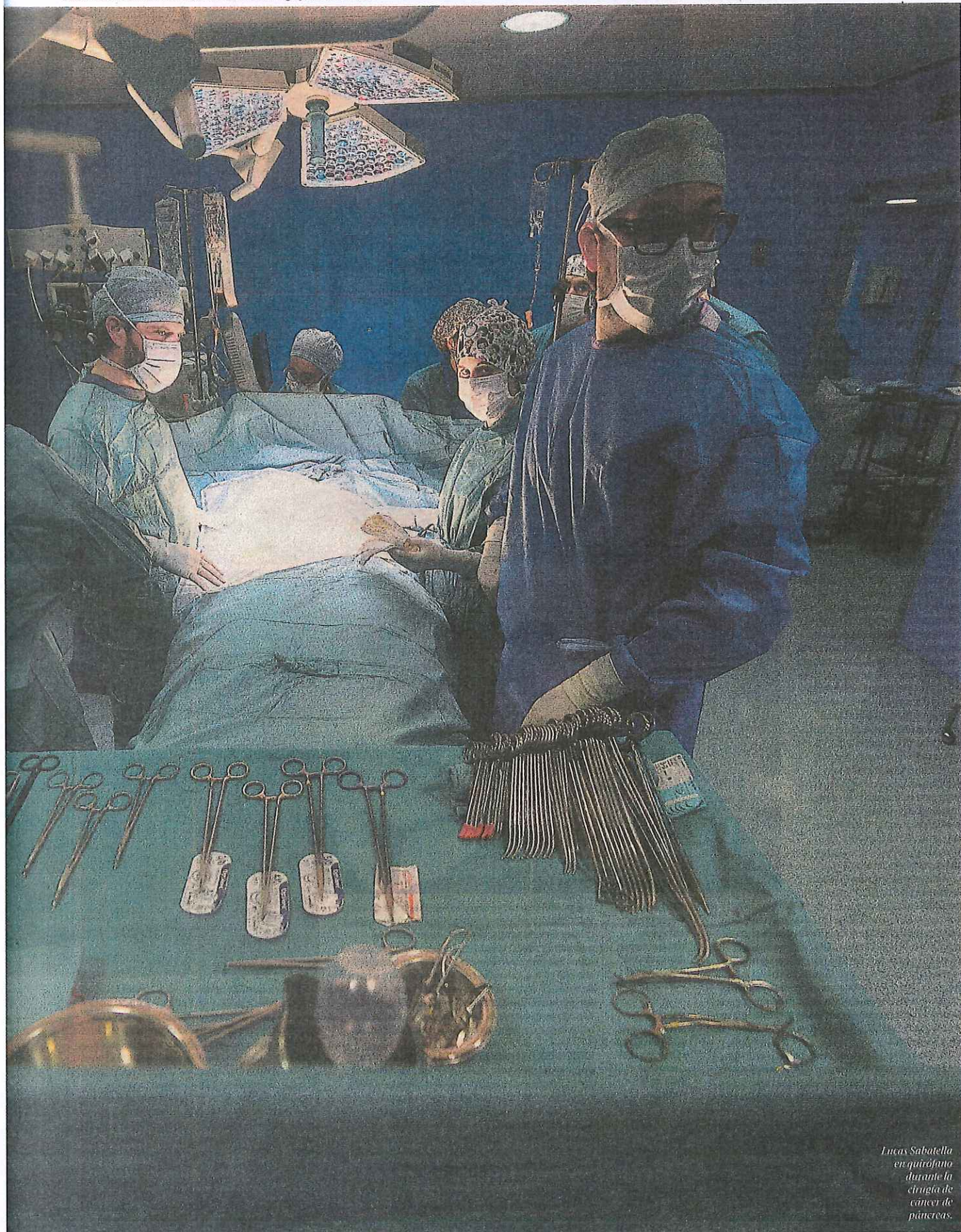
Apenas son las 9.00 y en quirófano sigue el movimiento incesante de enfermeras, instrumentistas, residentes, algún alumno de grado que está de observador y los adjuntos de Cirugía General, al menos dos, junto al residente de último año, Lucas Sabatella, malagueño hijo de una argentina y un italiano. Estudió en la CUN y empezó la carrera queriendo ser cardiólogo, aunque descubrió la cirugía y supo que era lo suyo. «Estoy seguro de que haciendo otra cosa no sería feliz».

Otro aspecto que sumó para Lucas es el buen ambiente de este departamento. «Incluso intentamos cuadrar horarios para comer todos juntos». Además de su rol clínico, este R5 es jefe de residentes y como R mayor tiene una labor de enseñanza y supervisión para los residentes pequeños. Les asigna un rol, teniendo en cuenta en qué punto se encuentra cada uno y sus habilidades: «Hay que valorar las necesidades del departamento frente a la formación, aunque suele primar la segunda». El R5 explica que si es necesario para que el residente se pueda ir a una cirugía que le conviene, un adjunto se queda de ayudante en una intervención. «No les importa bajarse al barro ni se les caen los anillos por tener que estar ayudándote y no operar. Te van enseñando cada paso del camino y aprendes de los mejores desde el

principio porque este departamento tiene algunos excelentes exponentes en su campo. Y, además, aprendes en cirugía programada, no en la Urgencia, que es todo corriendo y con nervios».

Las conexiones internacionales de algunos de esos exponentes permiten que





*Lucas Sabatella
en quirófano
durante la
cirugía de
cáncer de
páncreas.*

16 | SALUD

➔ surjan oportunidades para los residentes. «Gracias a Víctor Valentí, actual director médico de CUN Pamplona y mi director de tesis, roté en el Imperial College de Londres tres meses durante mi R3 y ahora acabo la residencia y me voy allí a hacer un *fellowship* [una especialización avanzada en unas habilidades concretas] de un año y medio».

LOS RESIDENTES SON ESPONJAS. Lucas cree que el primer año y medio de residencia «eres una esponja, todo es aprender. A mí me recomendaron quedarte las máximas horas posibles para aprender y estar más seguro el día que estés solo». Cuenta que empiezan con pared abdominal y, progresivamente, «te empiezan a dejar cosas pequeñas y vas escalando responsabilidades, no solo a nivel quirúrgico, sino en manejo médico porque tenemos una planta de hospitalización con muchos pacientes a los que controlan orina, deposiciones, analíticas, complicaciones...». De esa parte destaca el contacto con el paciente, al que hay que «acompañar, sentarte y charlar». Recalca que todo médico tiene el componente humano, de cercanía. «Pero aquí te lo potencian. Lo ves en los adjuntos y te va calando, tienes que sentarte con el paciente y acompañarlo», subraya.

El malagueño ve la labor docente entre los residentes como cuando los hermanos mayores enseñan a los más pequeños. Así lo ve también Andrés Calva, R4 de Urología, que nos lleva a otro quirófano, no operativo en este momento de la mañana (11:30), para enseñarnos cómo manejar el robot Da Vinci Xi, la plataforma de cirugía mínimamente invasiva más evolucionada. «Cuando acabas de llegar al hospital estás un poco perdido, pero siempre estás supervisado por el R3, que enseña cómo se valoran los pacientes, en qué hay que fijarse, cómo manejar la parte clínica. El R5 es todo quirófano; el R3 ve consulta, ayuda al R1 en la planta y hace pequeños procedimientos en la sala de litotricia (por ejemplo, tratamiento por piedras o alguna colocación o recambio de catéter, etc.); el R2 está en quirófano de segundo ayudante con el R5, que está de primer ayudante, y el R1 está en la planta».

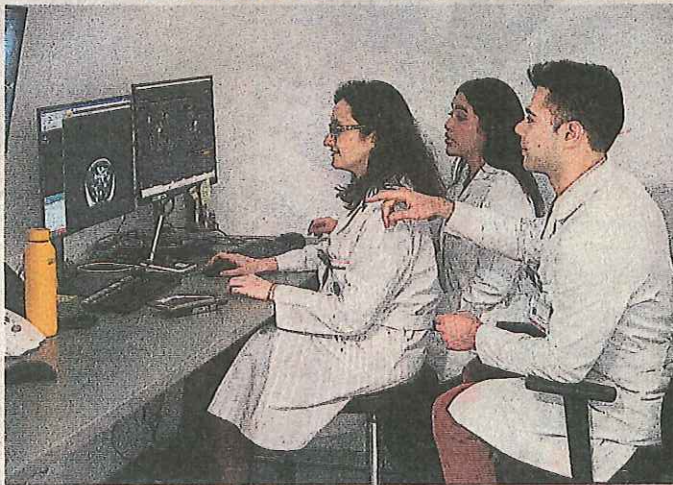
Y el R4, cómo él, suele estar en quirófano hasta que acaban el parte quirúrgico, aunque algún día le toca hacer consultas supervisado por un adjunto. Antes de eso, de ocho a nueve de la mañana, realizan una breve sesión de planta para repasar los casos que están ingresados en planta y su evolución, y una sesión teórica o un comité de tumores donde se presentan distintos casos y hay diferentes especialistas.

Andrés es de Cancún (México), su familia está en EEUU, pero él decidió venir a España a estudiar Medicina, concretamente a la CUN. Le llamó la atención desde niño, pero cuando fue operación a los 16 tuvo claro que quería estudiar Medicina y hacer algo quirúrgico. Durante la carrera se decidió por Urología porque es «versátil y muy completa». «Es una gran desconocida. La gente cree que solo operamos próstatas, pero hay cirugía abierta, laparoscópica, robótica, endoscópica... tienes la consulta, puedes dedicarte solo a cirugía renal o urología funcional, reconstructiva, andrología y salud sexual», detalla.

Aunque cree que en toda residencia hay altibajos, está encantado con su elección, incluso cuando a veces tiene unas «pésimas guardias, como me pasó de R1».

«Y en esos momentos no piensas 'qué hago yo aquí' o 'por qué he escogido esto'».

«No, porque, uno, yo ya sabía dónde me metía; dos, independientemente de lo que elijas y dónde lo elijas, el primer año es el más duro porque es un proceso de adaptación: pasas de poner codos en el escritorio y meterte horas de estudio a enfrentarte al 'ya soy médico y estoy en el hospital'; y tres, hay una responsabilidad, tienes que exigírtelo a ti mismo y el hospital te exige porque ya no es un simulacro, son pacientes de verdad, la vida de una persona».

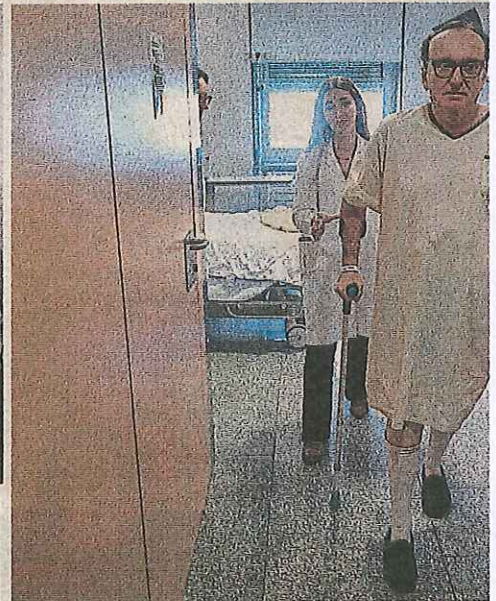


Sobre estas líneas, Elena Valdivieso revisa el tumor de un paciente que está en el acelerador Unity.

A la dcha., Marta Cabrera visita en planta a Jesús Garrido, operado de prótesis de cadera.

Este MIR tiene claro que nadie le obligó a ser médico «ni a elegir una especialidad quirúrgica, que tiene peor calidad de vida porque tienes el compromiso del quirófano y sabes cuándo entras, pero no cuándo vas a salir». Y se toma la residencia como «una inversión»: «Lo que no haga en estos cinco años, no lo voy a hacer después. Es duro y cansado, pero tienes que aprovecharlo porque ahora tiene el respaldo de un adjunto pero, cuando acabe la residencia, él será el adjunto que tendrá que respaldar a otros residentes».

EL BÚNKER DE LA JOYA TECNOLÓGICA. Un poco después del mediodía, a las 12:30, Elena Valdivieso, R2 de Oncología Radioterápica, nos lleva a ver la «joya de la corona»: el MR Linac de Elekta, que se llama Unity». Se trata de un acelerador lineal de fotones con una resonancia magnética de 1,5 Teslas con el que se pueden reducir hasta cinco veces las sesiones de radioterapia. «Nos permite ver cómo los movimientos internos del cuerpo desplazan el tumor durante el propio tratamiento. Incluso ves si responde a las sesiones anteriores y puedes redibujarlo en tu plan de contorno para que la dosis que recibe el paciente se ajuste al tumor en el momento real, no al tumor que tenía hace unos días».



Elena es «muy de Madrid» —«supermadrileña, echo de menos mi Gran Vía y mi Retiro». Estudió en la Complutense y se fue a Pamplona porque, cuando descubrió la especialidad en una jornada postMIR (las jornadas que organizan las academias y algunos hospitales tras el examen) y entendió que era la que más encajaba con sus gustos, vio que tenían «todas las técnicas de radioterapia disponibles en un solo hospital, algo muy inusual. De hecho, creo que es el único centro». A pesar de la morriña, cree que la residencia es una etapa formativa en la que «si tu situación personal y familiar te lo permite, tienes que involucrarte todo lo que puedas» y echarle horas. Además, al entrar a trabajar «con un montón de gente de tu edad, al final es como seguir en la universidad, entre comillas, y haces mucha pifia. Y como es un sitio pequeño, conoces a los co-R de otras especialidades».

Tiene muy claro que volvería a escoger lo mismo y en este hospital, aunque esté agotada tras una guardia

dura. Está en la mitad de su formación y a las 9.00 comienza su día con sesiones clínicas en las que junto a otros profesionales del departamento, como enfermeras, físicos y técnicos, comenta los casos de los pacientes a tratar, el tratamiento propuesto y el plan dosimétrico. Los miércoles comparten sesión con CUN Madrid y ven temas de actualidad de su especialidad. Después, comienzan las consultas. «Los vemos nosotros, los valoramos y después vemos todo con los adjuntos, que pasan a ver al paciente y te dan el *feedback*. Los adjuntos quieren que tomemos las riendas de la

de Valdecilla, le impactó el caso de una niña con un tumor de Ewing pélvico. Ahí empezó su interés por la especialidad y, concretamente, por lo relacionado con los tumores. Además, cree que es muy variada: «La mano y extremidad superior, que es más delicado; luego la parte protésica potente con cadera y rodilla; tienes columna, pie-tobillo, infantil... El abanico es amplio».

Marta sabía cómo era la formación en la CUN porque algunos amigos estudiaron ahí. «También me gusta mucho el modelo que tienen, que es muy parecido al de la Clínica Mayo (EEUU). Creo que este modelo de formación lo hay en pocos sitios, por no decir en ninguno». Otro de los puntos clave para ella es que, al estar tan ligados con la universidad, tiene «las tres

esferas: docencia, investigación y actividad asistencial, y nos dan muchas facilidades para hacerlo».

En estos cinco años ha hecho rotaciones equitativas por las varias subespecialidades de Trauma. «En columna he estado de R1, R3 y R5. En rodilla, también. No es lo mismo ver una cirugía protésica de R1, que igual te queda un poco grande, que verla como R5 cuando entiendes que no solo es poner la prótesis, sino planificarla, programarla y ponerla». Ahora está rotando en cadera, donde operan lunes y miércoles, y tienen consulta los martes y jueves (también por la tarde). Los viernes varía entre ambas cosas cuando toca quirófano, suelen tener partes de cuatro o cinco cirugías, hasta que

acaban; los días de consulta, comienzan con un pase de guardia y un pase de planta, atienden pacientes hasta la hora de comer y por la tarde se hace otro pase de planta (como en la visita a Jesús).

«De 8.00 a 20.00 todos los días tengo cosas, pero creo que de R5 ya estás viendo la *adjuntez* ahí y aprietas un poco más». Ya tiene programado incluso 2027: se irá al Karolinska (Estocolmo) a hacer un *minifellow* de tres meses y a Lovaina (Bélgica) con una beca ESMO (de la Sociedad Europea de Oncología), ambos programas relacionados con tumores.

TIEMPO PARA LA FORMACIÓN. Hacia las 16.00-17.00 el turno podría estar acabando para algunos de ellos, pero el MIR es una forma de vivir casi permanente. Comienza el tiempo para investigar, revisar artículos, dedicarse a la tesis (en unos días la presenta Lucas, por ejemplo) o estudiar, porque la formación corre a su cargo en el tiempo libre y además será constante durante toda su carrera. «Es que eso es ser médico, es un poco duro pensarlo... pero también pasa en otras profesiones. Mis padres son abogados y mi madre no hay domingo que no esté conectada al ordenador», reflexiona Elena. Algunos, como Pablo, intentan

A la izquierda, Pablo Martínez se encarga de la anestesia y el equipo prepara a la paciente para la cirugía.

Sobre estas líneas, Andrés Calva explica cómo funciona el robot de cirugía Da Vinci XI.

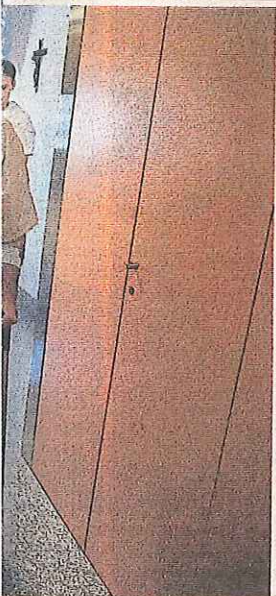
responsabilidad desde el primer momento y nos dejan mucha autonomía, pero siempre hay alguien detrás por si te columpias».

Además, está la planificación de los tratamientos que ofrecen, en la que participan técnicos de simulación, físicos, dosimetristas (los que diseñan un plan de radioterapia que se ajusta a la dosis prescrita por el médico). «La Medicina cada vez va más orientada a trabajar de la mano de otros gremios y especialidades para ofrecer algo más dirigido, pero en nuestro caso es el día a día».

PASE DE PLANTA CON FISIOTERAPIA. Tras la pequeña pausa de la comida, en algunas especialidades hay consulta por la tarde. También se hace un pase de planta visitando a

pacientes ingresados. Marta Cabrera, R5 de COT (Cirugía Ortopédica y Traumatología), junto a una enfermera y un fisioterapeuta, pasa a visitar a Jesús Garrido, operado de prótesis de cadera. «¿Voy bien peinado?», pregunta el paciente mirando a fotógrafo y redactora. A Jesús le van a dar el alta al día siguiente, ha estado paseando con las muletas y haciendo algunos ejercicios que le han indicado en un papel, pero tiene algunas dudas de cómo hacerlos y también le preocupa manejarse en casa, donde tiene escaleras. Médica y fisioterapeuta responden todas sus preguntas.

Traumatología era una de las pocas especialidades que seguía siendo feudo masculino en una profesión cada vez más feminizada. Bra. Cada vez más mujeres se atreven con esta especialidad que, a pesar de los mitos, requiere más fuerza que fuerza, como defiende Marta. Ella es de Ceuta y estudió en Santander. Mientras rotaba en la carrera en el Hospital Marqués



El sueldo de un residente varía según la CCAA, pero de media un R1 cobra 1.215 euros y el R5, 1.530 (netos y sin contar guardias)

“En la guardia de madrugada, hay casos con los que a veces te entra un sudor frío y dices: joder, dónde me he metido”

dedicarle una hora diaria al estudio; Andrés le suma el sábado por la mañana.

Marta pasa muchas de sus tardes en el CIMA (Centro de Investigación Médica Aplicada, el centro de investigación de la CUN) pipeteando con las muestras porque está realizando una tesis sobre artrosis de rodilla y células madre. «Como R5 antes de las 17.00 o 18.00 no me marcho. Te pide ayuda un *respi* pequeño o quiere revisar una base de datos... el otro día me bajé al laboratorio de ratas porque la Clínica ofrece un curso de microcirugía. Si no, algún curso *online* de la Secot

[Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología]. Y estoy con dos másteres, uno de tumores porque me interesa mucho, y otro de investigación clínica e inteligencia artificial».

Aunque parezca mentira, aún les queda tiempo para jugar al pádel (Lucas) o al golf en el caso de Andrés (al que también le gusta cocinar) y de Pablo, que también hace *crossfit* y corre. Elena va a un curso de pintura y al gimnasio y a todos les gusta tomar algo con los amigos. A Marta le faltan horas al día, pero los fines de semana, si no tiene guardia, los dedica a descansar y hacer planes con su pareja y sus amigos.

“PODER DORMIR EN CASA ES OTRA COSA”. Uno de los aspectos más duros para cualquier médico es la guardia de 24 horas. Se discute cada vez más sobre si los facultativos están perdiendo la vocación. Lo cierto es que todos saben dónde se meten cuando estudian Medicina y no dejan de hacerlo, son conscientes de la dedicación que implica durante la residencia y el resto de su carrera, y de que hasta los 55 (50 en Cataluña) tienen la obligación de hacer guardias de 24 horas.

Dependiendo de la especialidad, puede ser más o menos dura. Lucas hace guardias mixtas. «Tenemos un busca y al terminar las cirugías, si no se prolongan, el que está de guardia se va y debe estar localizable en casa. Nos pueden llamar a cualquier hora de la planta de hospitalización, la urgencia... Hay guardias buenas, como en cualquier sitio, y guardias malas en las que acabas reventado, pero valoro mucho que sean localizables y poder dormir en casa con mi mujer».

Andrés también hace guardias localizadas. «Suelen ser guardias aceptables, aunque va por rachas y por suerte. En Urología las reparten de forma equitativa en cómputo anual, pero cada mes puede variar un poco». Marta hace cinco-seis guardias al mes (una-dos en fin de semana). Los fines de semana son 24 horas presenciales, mientras que entre semana están de ocho de la mañana a ocho de la tarde «y a partir de ahí, si no hay lío, te puedes ir a casa con el busca, aunque en Trauma siempre hay lío y nunca te vas, pero cada hora que pasas aquí más allá de las 20:00 la remuneración».

Elena tiene entre dos y cuatro guardias presenciales de 24 horas al mes, «bastante agotadoras», en Oncología Médica, no exactamente su especialidad. «Cada día de la semana hay un adjunto de Oncología Radioterápica localizado, pero no suele haber casos emergentes, hay pocas urgencias». Estas guardias incluyen a los pacientes ya ingresados en la planta de Oncología que tienen complicaciones médicas de cualquier tipo (neumonía en un paciente con cáncer de colon, un síndrome oclusivo, etc), también a los pacientes de hospital de día que «pueden tener una quimio-inmuno puesta que acaba a las siete de la tarde y ya no hay ningún oncólogo en consulta. Si el paciente tiene una reacción a cualquiera de los fármacos o se pone malo por lo que sea, es el de guardia el que lo ve. También vemos a los pacientes que llegan por la puerta de Urgencias que tienen un diagnóstico oncológico o que están en tratamiento activo de oncología. Y luego tenemos los pacientes de ensayo clínico que ingresan para observación o tienen reacciones complejas del sistema inmunitario».

Pablo hace alrededor de cuatro guardias al mes presenciales. «Empezamos a las 8.30 y vamos directos a la UCI, nuestro campo base. *Duermes* en el hospital, tienes varios buscas (uno de parada cardíaca, si hay alguna tienes que ir tú a reanimar), uno de la unidad del dolor, de los ingresados en planta, y te ocupas de todo lo relacionado con la anestesia en el hospital: todo lo que sea quirófano urgente, la UCI en sí que ya es compleja, y luego epidurales, cesáreas... son guardias cañeras en las que dormir tres horas está bien».

Pablo confiesa que sabía de entrada que las guardias de Anestesia eran malas y no las lleva mal —«no me cuesta dormirme después de que me hayan llamado», pero reconoce que ha habido situaciones de madrugada, con casos más complejos, en los que «a veces entra un sudor frío que dices: Joder, dónde me he metido... A mí esto me gusta, pero te vas a casa hecho polvo». No tira la toalla porque subraya que acepta «vivir con esto, con la responsabilidad, es lo que he elegido y también tiene muchas partes satisfactorias. No lo cambiaría porque si me fuera a algo más tranquilo creo que me parecería aburrido. En quirófano necesitas esa adrenalina porque si no, acaba contigo».



LA 'ENFERMEDAD DE LA HIPOTECA', EL EXTRAÑO TUMOR QUE SESGA LA VIDA

Neurología. El oligodendroglioma es un tumor casi tan raro como su complicado nombre. Afecta sobre todo a personas entre los 35 y los 44 años, a quienes frustra sus proyectos vitales. Los pacientes reclaman más investigación

Por Cristina G. Lucio. Fotografías de Madero Cubero (Araba Press)

El 19 de julio de 2022. Ese fue el día en que «de repente todo cambió». José Luis Mantas no olvida la fecha. Porque aquella iba a ser una jornada feliz, de fiesta y celebración. Y terminó siendo el día en que le diagnosticaron un tumor cerebral. «Era el cumpleaños de Visi, mi mujer. Yo estaba en la piscina con mi hijo Mateo en brazos, que entonces tenía año y medio. Y sin previo aviso empecé a convulsionar. Por suerte, el niño llevaba manguitos y a mí pudieron sacarme del agua», rememora. «Mi vida dio un giro así, de un momento a otro. Pasé de estar perfectamente a tener un cáncer en el cerebro».

El tumor de José Luis, tal y como descubriría después, era un oligodendroglioma, un cáncer tan raro como su complicado nombre que tiende a localizarse en áreas del cerebro relacionadas con el movimiento, el lenguaje o la cognición. Se estima que afecta a menos de 0,3 casos por 100.000 habitantes, casi todos personas de entre 35 y 44 años. «Es un cáncer muy raro pero que produce un gran

impacto», subraya Mantas. «Se le conoce también como la enfermedad de la hipoteca, porque afecta principalmente a gente que está en su edad más productiva, estabilizando su posición laboral, muchas veces con una familia e hijos pequeños y a lo mejor una casa todavía con muchas cuotas por pagar. Es un tumor que trunca muchos proyectos personales, familiares y profesionales a largo plazo», lamenta.

Tras el diagnóstico, este cordobés que hoy tiene 46 años se sometió a una cirugía y a múltiples sesiones de radioterapia y quimioterapia «sin las que no estaría hoy aquí», asegura, pero que también le han dejado secuelas importantes. «Yo no soy el mismo, no estoy igual. Quizás a simple vista no se nota, pero lo sé yo y también los más próximos. Hay algunas cosas físicas pero lo peor es que no tengo la misma agilidad mental, ni la misma memoria...». Una de las cosas que más echa de menos es su antiguo trabajo, en la coordinación de circulación de Adif. «No podía seguir trabajando en la posición que tenía. Afortunadamente me han readaptado el puesto y sigo trabajando, pero me gustaba mucho hacer lo que hacía», lamenta.



Arriba, a la izquierda, Mayte Ruiz. Ha pasado por cuatro intervenciones por el tumor.

A la derecha, José Luis Mantas, otro de los afectados. Es el presidente de ASTUCE Spain.

También Rocío Hidalgo tuvo que dejar su trabajo como farmacéutica tras un duro tratamiento que, como en el caso de Mantas, incluyó cirugía, radio y quimio. «Hoy, cinco años después, no soy la misma persona que era. He podido ir dejando atrás las secuelas físicas, gracias a las sesiones de fisioterapia que pagué de mi bolsillo porque la Seguridad Social no las cubre. Pero sigo con bastantes problemas a nivel cognitivo. No solo de memoria. Me cuesta por ejemplo tomar decisiones o hacer dos cosas a la vez, cuando yo antes no es que pudiera hacer dos, sino que podía hacer muchas más. A mí antes nunca me hubiera pasado ir a poner un café y no echarle café a la cafetera. Y eso lo vivo ahora», desgrana. «Mi sensación, con 51 años, es la de que me he caído por un terraplén y no puedo volver a la superficie. Y, además, siempre pensando que el tumor puede volver».

Según explica Juan Solivera, jefe del servicio de Neurocirugía del Hospital Reina Sofía de Córdoba y profesor de la Universidad de Córdoba, el oligodendroglioma «surge en las células que rodean y dan soporte a las neuronas. Una de sus principales particularidades es su carácter infiltrante y su tendencia a localizarse o extenderse hacia áreas muy funcionales del cerebro. Esto hace que, en muchos casos, la extirpación completa mediante cirugía no sea posible». Es muy habitual que el tumor progrese con el tiempo y provoque recaídas, incluso en los casos en los que puede hacerse una extracción quirúrgica completa.

Lo sabe bien María José Moyano, que en cuatro años ha tenido que enfrentarse tres veces al oligodendroglioma. El pasado mes de octubre pasó de nuevo por el quirófano y, tras la radioterapia, está sometido a actualmente al primer ciclo de quimioterapia. «Hemos intentado demorar este tratamiento, porque es agresivo y prolongado pero yo no se podía esperar más», explica. Cirujana torácica de profesión, se está tratando en su hospital, el Virgen de las Nieves de Granada. «Tuve que volver a estudiar sobre este tipo de tumor porque no recordaba haberlo visto en la facultad», recuerda. «Cuando me dijeron que tenía un tumor en el cerebro lo primero que pensé fue en que se trataría de una metástasis, no de un tumor primario que tiene una incidencia especialmente baja en España, más baja que en el resto de Europa. Es tan raro que por

desgracia apenas se invierte y se investiga sobre él», lamenta.

«Es un tumor olvidado», coincide en señalar Mayte Ruiz, que hace más de 12 años que se enfrentó al oligodendroglioma por primera vez.

Al contrario de lo que ocurre en la mayoría de los afectados—como a José Luis, Rocío y María José—, en su caso no fue una crisis epiléptica lo que reveló la existencia de la enfermedad, sino un persistente dolor de cabeza y la intuición de su neuróloga. «Fui a consulta porque es verdad que me dolía la cabeza, pero no estaba muy preocupada porque en mi familia hay muchos casos de migraña. Yo tenía 29 años y lo que pensé es que a mí también me iban a diagnosticar con lo mismo», relata. Sin embargo, su doctora decidió hacerle un TAC y «ahí ya salió el tumor».

Desde esa primera vez, ha pasado cuatro veces por quirófano, la última en el mes de julio del año pasado. Tras la intervención, esta cordobesa que ahora tiene 42 años inició un tratamiento con vorasidenib, un inhibidor de la enzima IDH, alterada en este tipo de tumores. Este fármaco «ha demostrado mejorar de forma significativa tanto el tiempo hasta la progresión tumoral como el tiempo hasta la necesidad de un nuevo tratamiento, algo especialmente relevante en pacientes jóvenes, en quienes retrasar la radioterapia o la quimioterapia puede evitar durante años efectos secundarios importantes», explica Solivera.

Este tratamiento, continúa, recibió la aprobación de la Comisión Europea en septiembre de 2025 para un grupo determinado de enfermos. «Durante la fase de uso expandido hemos podido incluir a numerosos pacientes, 17 solo en Córdoba, pero esa fase ya ha finalizado y actualmente el fármaco está en proceso de comercialización y todavía no está disponible en nuestro sistema sanitario», lamenta. De cualquier manera, recuerda, aunque recibiera luz verde mañana, habría muchos pacientes que no serían candidatos a recibir el medicamento en la situación actual, ya que no se plantea su uso en pacientes que presentan tumores de grado 3 o han recibido radioterapia previamente. Tampoco hay más alternativas en el horizonte.

«En este momento no existe ningún ensayo clínico

«No soy la misma. Es como si me hubiera caído por un terraplén y no pudiera volver a la superficie. Y siempre pensando en que el tumor puede volver»

«Apenas se invierte y se investiga sobre este tipo de tumor. Los pacientes de enfermedades raras también merecemos una oportunidad»

activo con fármacos en fases avanzadas de desarrollo dirigido específicamente a pacientes con oligodendroglioma en España. Salvo la incorporación reciente de vorasidenib, no ha habido avances relevantes en el tratamiento de estos tumores en los últimos 30 años. Y aunque este fármaco puede retrasar la necesidad de tratamientos agresivos, no evita la progresión a largo plazo», lamenta el neurocirujano.

En general, los pacientes con oligodendroglioma tienen «un mejor pronóstico» que aquellos con otros tumores cerebrales, como el astrocitoma o el glioblastoma, explica Solivera. Así, la supervivencia a cinco años en los casos de tumores en grado 2 ronda el 80%-90% y en un número significativo de casos se puede hablar de décadas de supervivencia. «Sin embargo, esta mayor supervivencia no significa que su impacto sea pequeño», subraya Solivera. «No hay que olvidar que se trata de pacientes jóvenes que sufren no solo una reducción importante de su expectativa de vida, sino también una merma considerable de su calidad de vida por las secuelas del tumor y de los tratamientos», añade el especialista, quien reclama el reconocimiento del oligodendroglioma como enfermedad rara y su inclusión en el Registro Nacional de Enfermedades Raras para impulsar la investigación de este tipo de tumores.

La misma reivindicación la hacen desde ASTUCE Spain, la asociación de pacientes que preside José Luis Mantas y cuyo objetivo es promover la investigación de tumores cerebrales. «Además de potenciar la investigación, este reconocimiento también garantizaría una atención equitativa y un acceso más ágil a posibles tratamientos», reclama Mantas.

Por el momento, pacientes y especialistas han impulsado la creación del proyecto OLIGOSPAIN, dirigido por el investigador Raúl Luque, del Instituto Malmónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), cuyo fin fundamental es «promover la investigación y la búsqueda de nuevos biomarcadores terapéuticos específicos para el oligodendroglioma», explica. Una de las metas iniciales que persigue el proyecto es la creación de un banco nacional de muestras que permita impulsar la investigación traslacional del tumor. «Hay estudios con modelos preclínicos y con líneas celulares y sin duda estos modelos tienen una importancia crítica, pero es fundamental poder investigar directamente con muestras de pacientes», señala Luque, que reivindica «equidad en la investigación».

«Hace 20 o 30 años un gran porcentaje de pacientes con cáncer de mama morían poco después del diagnóstico. Hoy, ese panorama ha cambiado radicalmente porque se ha avanzado muchísimo en investigación y se ha logrado encontrar nuevas vías terapéuticas y también de diagnóstico temprano», sostiene. «Los pacientes con patologías raras, como el oligodendroglioma, también necesitan una oportunidad. Necesitan que también se invierta en su patología, que es terrible porque se diagnostica cuando los pacientes están consolidando su trabajo o acaban de formar su familia. Este tipo de tumores que te rompen completamente la vida también necesitan inversión y atención».



EL PELIGRO DEL GAS DE LA RISA, LA DROGA DE MODA QUE PUEDE PROVOCAR GRAVES LESIONES MEDULARES

Óxido nitroso. Un 17% de los jóvenes españoles consume esta sustancia de forma recreativa con terribles consecuencias, llevando a que ya sea un problema de salud pública

Por Carmen Fernández

Un 17% de los jóvenes de entre 14 y 18 años de edad en España podría estar consumiendo habitualmente de forma recreativa el óxido nitroso, popularmente llamado *gas de la risa*, según la encuesta Estudios 2025 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por lo que ya es un problema de salud pública.

Este gas se consume inhalado directamente o por medio de globos en los que se inserta previamente desde un cartucho metálico o bomba y, tras llegar al cerebro a través de las vías respiratorias, actúa como depresor del sistema nervioso central y produce un efecto euforizante de manera casi inmediata (dura entre 15 y 45 minutos, dependiendo de la dosis). Es barato, de fácil acceso y consumo, y no hay percepción social de riesgo. Se utiliza en la industria, incluida la alimentaria, y hace más de dos siglos se empezó a usar en Medicina por sus propiedades anestésicas y analgésicas, en especial en Odontología.

Pero el peligro de su consumo excesivo y habitual es muy real, tal y como atestiguan los seis pacientes —cinco hombres y una mujer de entre 19 y 25 años— que entre 2020 y 2025 ha atendido Guttman Hospital de Neurorrehabilitación de Badalona (Barcelona). Todos fueron ingresados muy graves y presentaban en el momento del diagnóstico tetraparesia o paraparesia (debilidad muscular en las cuatro extremidades o en las piernas, respectivamente); cinco de ellos, hipopalestesia (pérdida de la capacidad de percibir vibraciones); y dos, hipopoesia (disminución de la sensación al tacto). Uno se recuperó totalmente y el resto quedaron con déficits (uno va en silla de ruedas y tres sufren

alteraciones de sensibilidad, fuerza y control de esfínter, por lo que tienen reconocida discapacidad).

Se sabe que el óxido nitroso interfiere en el metabolismo de la vitamina B12, que es esencial en procesos celulares y metabólicos. Eso puede derivar en una pérdida de la mielina, una estructura de las neuronas que permite la transmisión de los impulsos entre ellas, especialmente en la médula espinal, pero también en los nervios periféricos y en el cerebro. Para que el efecto del gas sea nocivo requiere un uso continuado, aunque en los mayores de 40 años y personas con niveles bajos de vitamina B12 la afectación puede darse mucho antes. Al funcionar como anestésico disociativo, también puede causar alucinaciones, vocalización incontrolada, alteraciones de la percepción, desorientación espacial y temporal o reducir la sensibilidad al dolor. Y son habituales las quemaduras en la boca y las vías respiratorias, puesto que el gas sale a temperatura muy baja de los cartuchos.

El perfil de los pacientes que lo consumen habitualmente es el de «personas sin rutinas ni hábitos, en ocasiones con situaciones familiares complicadas, que lo usan como vía de escape. Como sucede en general con las drogas, se emplea para uso recreativo, pero con el tiempo se descontrola», según Joan Sauri, psicólogo del centro. Y, además, es común que haya una «comorbilidad con trastorno de ansiedad o consumo de alcohol excesivo, lo cual desencadena una tormenta perfecta en la que la persona deja de alimentarse adecuadamente, como sucede con el alcoholismo», apunta. También resalta los posibles riesgos cognitivos, «sobre todo en adolescentes y jóvenes cuyos cerebros aún están en proceso de formación».

Según Cristian A. Figueroa, médico rehabilitador y subdirector médico de Guttman, aunque se sabe que el consumo de óxido nitroso no es inocuo, no está documentado qué nivel de consumo habitual ni qué dosis implican mayor riesgo. Como se consume de forma directa o a través de un globo es difícil medir la cantidad que se inhala. En cuanto al tratamiento, apunta que el panorama no es halagüeño: «No hay, más allá de suministrar vitamina B12». Recuperarse de una afectación grave, además de un largo plazo de ingreso, requiere de «rehabilitación intensiva». Ve muy complejo prohibirlo por tratarse de un gas de uso industrial y sanitario, es más fácil divulgar sus riesgos.

Según el informe *Óxido nitroso o 'gas de la risa' (2023)*, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, no hay estudios que informen de la extensión de su consumo, aunque desde hace años se ha constatado un aumento en países de nuestro entorno, como Reino Unido o Países Bajos. «De hecho, desde hace tiempo, el consumo de óxido nitroso ha sido detectado en zonas turísticas de nuestro país (Costa Brava, Costa del Sol o Islas Baleares)».

ENFERMERA SATURADA

PILATES: TODO SOBRE EL SISTEMA DE MODA PARA ENTRENAR EL CUERPO

Fuerza y movilidad. Tras una semana de procesiones, costaleros y nazarenos deberían probar con esta disciplina que corrige posturas y pone en forma a todo el conjunto musculoesquelético

Toda España vive estos días su semana de *La Pasión*, pero quienes están sufriendo un auténtico viernes de dolores y desean que llegue su resurrección el domingo son, sin lugar a dudas, los costaleros y los nazarenos. Y es que sus lesiones más comunes estos días son las contracturas cervicales y lumbares, la fascitis plantar o las tendinitis en hombro, rodilla y tobillo. Lesiones todas ellas que podrían haber evitado en buena parte si se unieran al entrenamiento de moda con nuevos locales que inundan nuestros barrios: el Pilates.

¿Es apto para cualquier sexo? Tradicionalmente se asocia al sexo femenino, y de hecho el 80% de los alumnos en los centros son mujeres, pero esto obedece exclusivamente a una cuestión de prejuicios. Su creador, el alemán Joseph Pilatu, ideó el método a principios de la década de 1920 para ambos sexos y los beneficios para ellos no son pocos: mejora de la flexibilidad y de la fuerza abdominal y lumbar, corrección de la postura corporal y prevención de lesiones son solo algunos de sus beneficios. De hecho, inicialmente se ideó como método de rehabilitación para los soldados heridos durante

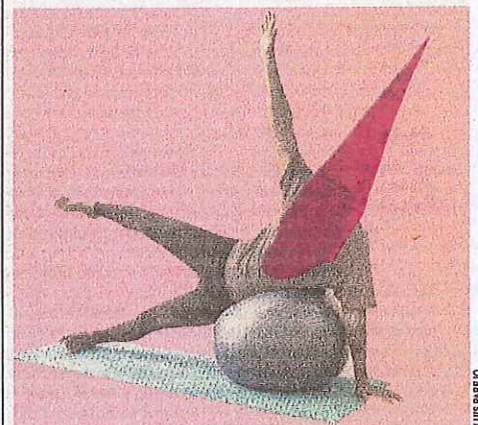
la Primera Guerra Mundial.

¿En qué consiste?

Implica a todo el cuerpo, y es que se fundamenta en el control de la respiración y de la mente, la fuerza abdominal y lumbar, la flexibilidad, la elasticidad y la precisión de movimientos. No se busca que éstos sean veloces, si no que sean precisos. Tampoco consiste en llegar al agotamiento físico en cada sesión ni en que los ejercicios tengan una intensidad alta, es más importante para lograr resultados que la técnica sea correcta y la respiración sea adecuada.

¿Qué beneficios reales tiene?

Físicos y mentales. Se logra una mayor flexibilidad y agilidad, mejora la postura corporal al aprender a alinear el cuerpo correctamente, reducimos el estrés y la ansiedad gracias al control de la respiración, se fortalece la musculatura abdominal, lumbar y el suelo pélvico. Además, se previenen lesiones musculares y articulares. Para ello es importante acudir a un centro que cuente con profesores cualificados para impartir esta disciplina deportiva. Los beneficios suelen empezar a notarse a partir de la tercera semana, acudiendo a unas dos sesiones semanales.



La innovadora tecnología HIFU contra el Parkinson se asienta en Castilla y León

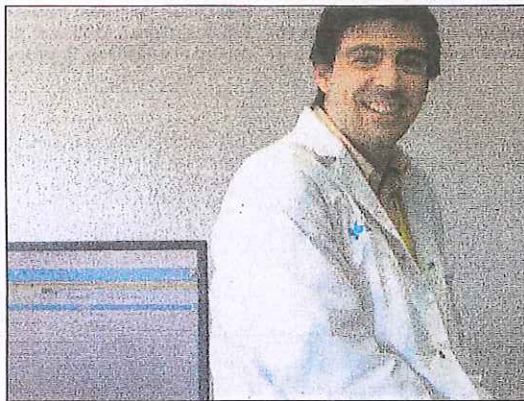
La aplicación de la tecnología de ultrasonido focalizado de alta intensidad crecerá un 50% en la Comunidad tras tratar a 80 pacientes en tan solo doce meses desde su puesta en marcha

VALLADOLID

Castilla y León ha tratado ya a más de 80 pacientes con la tecnología de ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) dirigida a personas con temblor esencial o Parkinson, cifra a la que se suman 200 personas evaluadas candidatas a este innovador procedimiento del que se cumple ahora un año de implantación en la red de Sacyl. Con la técnica instaurada y entrenada, ahora el objetivo pasa por aumentar un 50% la actividad para dar respuesta a la demanda asistencial, cada vez más elevada por la eficacia de este tratamiento no invasivo, que no requiere cirugía y cuyos indicadores de éxito han llevado ya a la revisión de pacientes que fueron intervenidos de un lado del cerebro para tratar el contralateral, lo que refleja el alto grado de satisfacción y confianza en la técnica.

Lo explica a Ical el neurólogo Guilherme Carvalho Monteiro, uno de los responsables del programa autonómico que se presta desde el Hospital Universitario de Salamanca, quien destaca que ha supuesto un avance de calado en el abordaje de estas patologías neurológicas, más en una comunidad como Castilla y León, en la que se estima que unas 50.000 personas mayores de 65 años padecen temblor esencial y cerca de 14.000 enfermedad de Parkinson.

De los 200 pacientes valorados en toda la Comunidad, además de los 80 que han podido ser tratados, hay alrededor de otros 60 pendientes de someterse al procedimiento. En algunos casos, no ha sido posible llevar a cabo la intervención por criterios clínicos, en 20 pacientes; en otros 19 se descartó por un índice SDR desfavorable, relacionado con el grosor del cráneo; en cuatro, por imposibilidad técnica, y ha habido 20 pacientes que han rechazado ser tratados por HIFU.



El neurólogo Carvalho Monteiro, responsable del programa HIFU. ICAL

«Hemos cumplido un año con una actividad muy alta, incluso superior a la del primer hospital público que implantó esta técnica en España en 2024, lo que pone de manifiesto la capacidad organizativa de Castilla y León para desarrollar programas de alta complejidad», explica Carvalho Monteiro, que precisa que este ejercicio ha servido para consolidar un modelo que garantiza el acceso a todos los pacientes, independientemente de su provincia. Incluso, avanza, ya están recibiendo a algunos pacientes de Extremadura, autonomía que no dispone de HIFU.

La tecnología HIFU permite tratar el temblor sin necesidad de cirugía, lo que supone uno de sus principales avances frente a otras técnicas. El procedimiento se realiza mediante ultrasonidos de alta intensidad guiados por resonancia magnética, que se focalizan en un punto concreto del cerebro responsable del temblor. «Lo que hacemos es ir aumentando progresiva-

mente la potencia de los ultrasonidos hasta elevar la temperatura en esa zona y generar una pequeña lesión controlada que elimina el temblor», explica Carvalho, todo ello sin abrir el cráneo ni entrar en quirófano, recalca, y con tiempos de recuperación mínimos. El tratamiento se realiza en una única sesión de aproximadamente una hora y media o dos horas, tras la cual el paciente puede regresar a su domicilio el mismo día. «El paciente entra con temblor y sale sin él, y eso es algo que impacta mucho tanto a nivel clínico como humano», añade.

En cuanto a la seguridad, señala que «los efectos adversos más frecuentes son leves, como cierta inestabilidad al caminar, y suelen desaparecer en pocas semanas». «Hasta ahora no hemos tenido complicaciones graves permanentes en nuestro centro», afirma.

La técnica está indicada para pacientes con temblor esencial que no responden a al menos dos tratamientos farmacológicos, así como para pacien-

tes con enfermedad de Parkinson con temblor predominante que no se controla con medicación. «Siempre se valora cada caso de forma individual y se explican todas las opciones, pero más del 90% de los pacientes opta por HIFU», frente a la cirugía tradicional.

El programa se articula a través de un equipo multidisciplinar formado por especialistas en Neurología, Neurocirugía y Radiología, además de profesionales de Enfermería y técnicos en diagnóstico por imagen, en coordinación con todos los hospitales de Castilla y León dentro de un modelo autonómico en red. En términos de resultados, el neurólogo destaca que se observan mejoras de más del 90% en la calidad de vida y reducciones de la discapacidad de entre el 80 y el 90%. Pero, insiste, en que más allá de los números, lo importante es el «cambio radical que experimentan los pacientes en su vida diaria».

Uno de los aspectos que más valoran los profesionales es el impacto directo del tratamiento en la vida cotidiana. «Estamos hablando de personas que no podían hacer cosas tan básicas como beber agua, coger una cuchara o abotonarse una camisa», explica Carvalho. «Hay pacientes que incluso evitaban salir o tomar un café con amigos por vergüenza, porque se les caía la taza. Cuando recuperan esa normalidad, el cambio es absoluto», añade. El especialista reconoce que muchas de las experiencias vividas durante este primer año han sido especialmente emotivas. Recuerda el caso de Sonsoles, la primera paciente tratada que había tenido que dejar su trabajo por el temblor y que, tras el procedimiento, pudo reincorporarse a su vida laboral. Ahora está a la espera de su segunda intervención. «Puede ser un momento muy especial para el equipo».

También recuerda el caso de un tra-

bajador de la construcción que había pasado hasta por cuatro empresas y tuvo que dejarlo. «Después del tratamiento nos dijo: ya puedo volver a dar de comer a mis hijos». «Eso impacta mucho» y resume los resultados de esta técnica, afirma el neurólogo.

En la mayoría de los casos, añade, el temblor desaparece prácticamente por completo. «A corto plazo conseguimos eliminarlo en un porcentaje muy alto de pacientes y, a largo plazo, los estudios indican que a cinco años el 80% sigue sin temblor», explica.

El crecimiento del programa responde a una necesidad creciente en una comunidad especialmente envejecida. El temblor esencial puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en personas mayores y suele tener componente hereditario, mientras que el Parkinson, segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras el Alzheimer, está más vinculado a la edad y puede provocar no solo temblor, sino también rigidez, lentitud de movimientos y problemas de equilibrio.

La implantación de la tecnología HIFU, con una inversión de tres millones de euros, ha permitido ofrecer una alternativa eficaz, segura y no invasiva a pacientes que hasta ahora contaban con opciones más limitadas o agresivas. «Estamos en una fase de crecimiento y consolidación, y el objetivo es seguir ampliando el acceso para que ningún paciente que lo necesite se quede sin esta opción terapéutica», concluye Carvalho.

Gracias a la apuesta por la tecnología HIFU, miles de personas con Parkinson y temblor esencial en Castilla y León ven con esperanza como este tratamiento puede cambiar su día a día y combatir las dificultades con las que se encuentran en las actividades más rutinarias. Precisamente, una de las peores facetas de estas enfermedades es la sensación de incapacidad que desarrollan los pacientes, que ven como a medida que la patología evoluciona se vuelven menos independientes. A ello se suma, además, la propia naturaleza no invasiva del tratamiento, que permite que en solo unas pocas horas las personas que se someten a él se vean completamente recuperadas y con la posibilidad de recuperar su vida normal.

UGT alerta de una plaga de chinches en el Hospital Monte de San Isidro de León

LEÓN

UGT ha denunciado la existencia de una plaga de chinches en el Hospital Monte de San Isidro de León, una situación que ha obligado a cerrar la segunda planta para proceder a labores de desinfección y control.

En un comunicado recogido por Europa Press, el sindicato indicó que, según fuentes internas del propio centro, hay chinches en el ala segunda izquierda de la segunda planta y tanto pacientes como trabajadores tienen picaduras.

UGT considera que se trata de una situación «extremadamente grave» y «difícil de justificar» en un centro sanitario, donde las condiciones higiénico-sanitarias «deben estar garantizadas en todo momento».

De este modo, para el sindicato lo ocurrido pone en evidencia la «falta de control y prevención» por parte de la dirección del hospital, que «está obligada a garantizar unas condiciones adecuadas de seguridad y salubridad para pacientes y trabajadores».

Asimismo, UGT ha incidido en

que es evidente que los protocolos de control de plagas «no han funcionado correctamente o no se han aplicado con el rigor necesario», por lo que ha exigido a la Gerencia del Hospital que «deje a un lado el hermetismo al que acostumbra y ofrezca explicaciones pertinentes».

Igualmente, ha reclamado la revisión de los protocolos de control de plagas y adoptar medidas que «garanticen que ni pacientes ni profesionales vuelvan a verse expuestos a otra situación similar».

Arranca la inscripción para obtener el graduado en ESO

VALLADOLID

La Consejería de Educación abre del 8 al 20 de abril el plazo de solicitud para participar en la primera convocatoria de las pruebas libres de obtención del graduado en Educación Secundaria Obligatoria (ESO) para mayores de 18 años.

La primera convocatoria se celebrará el 27 de mayo, mientras la segunda tendrá lugar el 1 de noviembre, ambas en un Centro de Educación de Personas Adultas (CEPA) por cada provincia de la Comunidad y en Ponferrada (León).

Las solicitudes se podrán pre-

sentar, una por convocatoria, junto con la documentación requerida del 8 al 20 de abril, para la primera convocatoria de mayo, y del 28 de septiembre al 9 de octubre, para la de noviembre. Podrán concurrir los mayores de 18 años y aquellas que los cumplan en el año 2026.

Las pruebas constan de tres partes, correspondientes a los tres ámbitos de conocimiento en los que se organizan las enseñanzas de Educación Secundaria para personas adultas: ámbito Científico-tecnológico, ámbito Social y ámbito de Comunicación.

El centro de vacunación internacional administra 945 vacunas durante 2025

La jefa del servicio de Sanidad, Elena del Vado, indica que «hay muchos países con enfermedades endémicas, por lo que se aconsejable la vacunación para estar protegidos»

VERÓNICA REGLERO. SORIA
El Centro de Vacunación Internacional de Soria, ubicado en la calle Nicolás Rabal, administró un total de 945 vacunas a pacientes que, por diferentes circunstancias vitales, han necesitado este servicio. Y es que, según explica Elena del Vado, jefa del servicio territorial de Sanidad de la Junta en Soria, «hay muchos países en los que hay enfermedades endémicas, por lo que se aconsejable la vacunación para poder estar protegidos, en caso de contacto con los diferentes virus que pueden estar presentes en los diferentes países de destino». Además, continúa, «también es importante tener en cuenta los riesgos con agua de consumo, alimentos, presencia de especies de mosquitos que transmiten diferentes enfermedades (dengue, chikunguya, malaria...). Y, por último, «otro factor que hay que tener en cuenta es el tipo y duración del viaje».

Los países de destino con mayor número de viajeros que acuden al centro de vacunación «son Tailandia, Indonesia, Kenia, Colombia, Vietnam, Tanzania, Ecuador y México» enumera Del Vado.

Las 945 vacunas administradas durante 2025 han sido las siguientes: 360 para hepatitis A adulto, 149 para fiebre amarilla, 127 para dengue, 110 para polio inactivada y 106 para fiebre tifoidea inactivada. Estas son las numerosas. Le siguen con 57 vacunas la hepatitis A infantil y con 25 el meningococo conjugada ACWY. Mucho más testimoniales son 5 vacunas para la encefalitis centroeuropea, 2 para la encefalitis japonesa, otras 2 para la rabia y una para la fiebre tifoidea (oral) y otra para la monkeypox. A ellas hay que sumar las de la malaria.

Entre ellas, por ejemplo, Del Vado explica que «las vacunas de ra-



Una enfermera a punto de vacunar a un paciente. HDS

bia se prescriben para diferentes países, en función también del viajero, tipo de viaje a realizar y duración del mismo. El médico que atiende en la consulta al viajero valora el riesgo de tener contacto con el virus de la rabia. La pauta de vacunación es de dos dosis».

Durante los últimos años, el crecimiento de la vacunación en estos centros especializados ha sido exponencial. Cada vez se viaja más, por trabajo, por familia o por placer y este cambio en los comportamientos vitales se traduce en un incremento en este tipo de vacunas. «Indudablemente, cada año se producen más viajes tanto por turismo, una gran mayoría, como también por temas laborales o bien cooperación internacional, visitas familiares a los países de origen del viajero», asegura Elena del Vado.

El perfil tipo de la persona que acude a estos centros «tiene una media de edad de 36 años, y con un porcentaje mayor de mujeres frente a hombres (en torno al 56% son mujeres)», asegura la jefa del servicio sanitario soriano.

Las personas que van a hacer un viaje internacional «tienen que pedir cita para consulta de vacunación en este Servicio Territorial, de forma presencial o por teléfono». En la consulta, «el médico que les atiende les da las indicaciones necesarias, en función del país de destino, tipo de viaje a realizar y condiciones del viajero. No siempre está indicado a la vacunación y también se reciben indicaciones de tipo higiénico sanitario, medidas preventivas de consumo de agua y alimentos, indicaciones sobre repelentes para insectos

(muchos insectos son vectores de enfermedades). Una vez realizada la consulta con el profesional médico, si está indicada la vacunación, deben llamar por teléfono o acudir al Servicio Territorial para pedir cita para vacunación y la enfermera les cita para vacunación», explica Del Vado el procedimiento al viajar a estos países.

Hay que tener presente también que hay países que exigen, como requisito para traspasar sus fronteras, un certificado médico internacional que asegure la vacunación frente a ciertas enfermedades. Entre las vacunas obligatorias de algunas zonas está presente la que previene de la fiebre amarilla, una administración con la que se expide el Certificado Internacional que es exigido a la entrada de ciertos países con un riesgo alto de infec-

ción de esta enfermedad.

En Soria, se han realizado 149 certificados de vacunación contra la fiebre amarilla y 157 en el año 2024, según los datos facilitados por el servicio territorial de Sanidad. Además, también se han expedido 7 certificados de vacunación meningococo conjugada en el año 2025. «Estos certificados únicamente son requeridos para viajeros con destino a La Meca», explica Del Vado.

Aparte de las vacunas obligatorias, son muchas otras las recomendadas para viajar a países exóticos. Entre ellas, se encuentran las que previenen enfermedades co-

«Hay muchos países con enfermedades endémicas»

Hay destinos que exigen un certificado para traspasar fronteras

mo la difteria, la fiebre tifoidea, la malaria o paludismo, el dengue o la encefalitis japonesa, entre otras.

Los principales riesgos que se corren durante la estancia en el país de destino suelen estar relacionados con los alimentos y bebidas contaminados, convirtiéndose esta en la causa más frecuente de enfermedad en los viajeros.

Sin embargo, el consumo de productos contaminados no es el único factor de riesgo presente en países exóticos y lejanos. Los factores climáticos, los insectos (para los que hay que protegerse con repelentes) o los baños en aguas públicas o dulces.

Por último, debido a que algunas enfermedades no se manifiestan externamente hasta pasado un tiempo, la principal advertencia tras la vuelta de las vacaciones es la de acudir al médico e informarle del lugar al que se ha viajado dentro de los 12 meses siguientes al regreso, principalmente si el destino fue una zona tropical o un país en desarrollo.



Necesito ayuda con ese trámite administrativo. 🙋

Lo que necesitas, en un mismo lugar:

Digitalización y envío electrónico de tu documentación a su destino.

Más de 214 oficinas en todo Castilla y León

Integrados en el Sistema de Interconexión Registral a nivel nacional

¿Cuál es la oficina de registro más cercana a ti? Encuéntrala en www.jcyl.es/oficinasderegistro. Te informamos si llamas al 012 o al 983 327 850 sin coste si tienes tarifa telefónica plana

Nosotras

¿Conoces las oficinas de asistencia en materia de registros?

Te orientamos, ayudamos y aclaramos tus dudas sobre trámites y procedimientos con la Administración Pública.

Recibimos, registramos y tramitamos tus escritos, solicitudes y documentos para la Administración.



> PERSONAJES ÚNICOS / JULIA ALMEIDA



Esta catedrática de la Universidad de Salamanca y especialista en hematología y hemoterapia lleva más de 30 años, trabajando en el análisis inmunofenotípico de las leucemias y los linfomas, una trayectoria por la que ahora está a la cabeza del servicio de Citometría de la Usal para el manejo de este tipo de cáncer poco frecuente. Por **María Bausela**

La doctora del linfoma cutáneo

Más de 30 años dedicada a la inmunología y el cáncer. Julia Almeida dio sus primeros pasos en el mundo de la salud de la mano de la Universidad de Salamanca (USAL), donde cursó su licenciatura y, posteriormente, el doctorado en Medicina y Cirugía. Su actividad en un principio pasó por el servicio clínico, pero tras realizar su residencia rápidamente decidió dejar esta rama para centrarse en la docencia y la investigación, especializándose en hematología y hemoterapia, dos ramas en las que lleva trabajando desde hace tres décadas.

Así, a su labor como catedrática del Departamento de Medicina de la USAL se suman sus análisis inmunofenotípicos de las leucemias y los linfomas como parte del grupo de investigación en Citómica. «Mi actividad está centrada en el apoyo al diagnóstico, con una investigación muy aplicada, en la cual se busca mejorar el diagnóstico de los pacientes», explica la doctora.

«La verdad es que incluso durante la carrera siempre he estado muy orientada hacia especialidades que tuvieran una parte de laboratorio muy potente. Por eso elegí hematología, ya que me permite tener esa doble vertiente investigadora y docente, así como comprender las enfermedades en las que tratamos a los pacientes desde el laboratorio. Lo que he hecho siempre ha sido aplicar desde el campo de la investigación, el desarrollo y el diseño de estudios para ayudar a los pacientes que tienen leucemias y linfomas».

En este sentido, remarca que unirse al equipo de Citometría del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) fue «un hito fundamental», puesto que a través de este equipo ha podido participar en «aportaciones relevantes al diagnóstico de leucemias y linfomas». Además, es investigadora del Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca y del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Dos centros en los que ha podido poner en marcha sus áreas de estudio que engloban la inmunología y el cáncer centrado en las leucemias y linfomas derivados de linfocitos B y T maduros.

«Concretamente, me dedico a las



Julia Almeida, catedrática de la Universidad de Salamanca y especialista en hematología y hemoterapia. ENRIQUE CARRASCAL

neoplasias derivadas de células del sistema inmune, pero no solo en las leucemias y linfomas como tumores derivados de células del sistema inmune, sino también a cómo está el sistema inmune normal residual en estos tumores». Tiene otras líneas paralelas, como el desarrollo de paneles por citometría de flujo de última generación que se aplican para conocer mejor los linfocitos T y otras células del sistema inmune normal, ya que los tumores de células del sistema inmune comparten muchas cosas comunes con las células normales. «Solamente si conocemos bien las células normales, seremos capaces de identificar las células cuando no son normales y hacer el diagnóstico de determinadas leucemias del sistema inmune», añade.

Además, en los últimos años, una de sus líneas de trabajo se ha centrado en aplicar la citometría de flujo, una técnica de análisis de características físicas y químicas, para mejorar el diagnóstico y el seguimiento de las leucemias y linfomas

derivados de los linfocitos T y otras células.

También destaca su participación en el grupo EuroFlow, centrado en el diagnóstico y monitorización terapéutica, ya no solo de leucemias y linfomas, sino de otras enfermedades inmunológicas, como pueden ser las inmunodeficiencias.

Este proyecto le ha abierto las puertas a colaborar en multitud de investigaciones, como un estudio en el que ha trabajado recientemente centrado en identificar factores que están relacionados con la emergencia de poblaciones anormales que pueden o no evolucionar hacia una leucemia. «Es decir, la identificación de condiciones pretumorales, entre las cuales está una que se llama linfocitosis b-monoclonal, que es como una especie de pre tumor de la leucemia más frecuente en la leucemia linfática crónica».

Actualmente, también trabaja en el nuevo circuito de referenciación de muestras para su análisis por ci-

tometría de flujo en linfoma cutáneo de células T que la USAL ha abierto a otros centros y hospitales de la península.

«En los linfomas cutáneos tenemos problemas diagnósticos, ya que muchas veces las lesiones que están producidas por estos tumores de la piel se parecen a lesiones que son benignas y eso retrasa el diagnóstico».

Desde NeuroFlow, donde es la responsable del diseño de los paneles para el diagnóstico de los linfomas derivados de células T, ha visto cómo múltiples grupos internacionales contactan con ellos para intentar mejorar esos paneles. Y como parte de un proyecto nacional del Instituto de Salud Carlos III, del que Almeida es la investigadora principal, han desarrollado paneles que les permiten identificar y detectar estos linfomas con una sensibilidad elevada y una especificidad mayor que con los paneles convencionales».

En este marco han establecido una red en España y Portugal de

hospitales «para que puedan referenciar y enviarnos las muestras al servicio de Salamanca, donde tenemos ya optimizados esos paneles y tenemos una citometría más avanzada con citómetros espectrales que nos permite identificar las células con una mayor sensibilidad y especificidad que los métodos convencionales».

Actualmente, están empezando esta iniciativa con el objetivo de que en tres años reciban muestras de distintos centros para intentar mejorar el diagnóstico diferencial entre procesos benignos reactivos y un tumor, linfoma cutáneo. Y, en segundo lugar, saber cuál es su grado de extensión, porque no todos tienen afectación en la sangre».

«Como hematóloga, me he centrado siempre en la investigación en leucemias y linfomas para intentar mejorar el diagnóstico de los pacientes y mejorar la vida de las personas. Algo que espero que podamos hacer con este nuevo proyecto», concluye.

> VALLADOLID

Tratar infartos «sin dejar huella»

Investigadores del Hospital Clínico Universitario lideran un estudio centrado en la implementación de balones farmacoactivos en las arterias como alternativa a los estents. Por **María Bausela**

Un cambio de paradigma para tratar infartos «sin dejar huella». La grasa y el colesterol son dos factores comúnmente conocidos como capaces de causar bloqueos o estrechamientos en el flujo de sangre a lo largo de las arterias. Ambos componentes se unen para crear placas que frenan o disminuyen el torrente sanguíneo que pasa por la vía. Un proceso que, en el caso de las arterias coronarias, puede desencadenar problemas graves de salud como la angina de pecho o el infarto agudo de miocardio.

Para tratar esta falta de riego a una parte del músculo del corazón, se procede a realizarle un cateterismo al paciente para desobstruir la arteria en cuestión que ha causado este episodio. Sin embargo, esa limpieza de la arteria no es una garantía segura de que la vía y el flujo sanguíneo que pasa por ella no van a volver a ser objeto de este tipo de estrés, por ello, el tratamiento se completa con la implantación de una prótesis.

Es ahí donde entran en juego los estents, unos pequeños muelles metálicos que mantienen abierta la arteria, impidiendo que se cierre de nuevo. Adicionalmente, además de su función como herramienta para prevenir que se vuelvan a bloquear estas vías, las prótesis contienen un fármaco que se expulsa al cuerpo de forma permanente para evitar la

acumulación de placa.

Pese a su facilidad para la instalación, ya que no requiere que se realice una gran incisión, y su utilidad de cara a ayudar a prevenir que se bloquee la arteria coronaria, los estents también cuentan con alguna desventaja, dado que suponen la instalación permanente de la pieza metálica y, en multitud de casos, conllevan el uso de fármacos complementarios que no siempre son bien tolerados por los pacientes.

Ahora investigadores de Valladolid presentan una nueva alternativa para tratar a los pacientes que presentan este bloqueo en sus arterias coronarias con un proyecto que plantea la sustitución de las prótesis por el uso de balones farmacoactivos que se pueden retirar del cuerpo una vez han surtido su efecto.

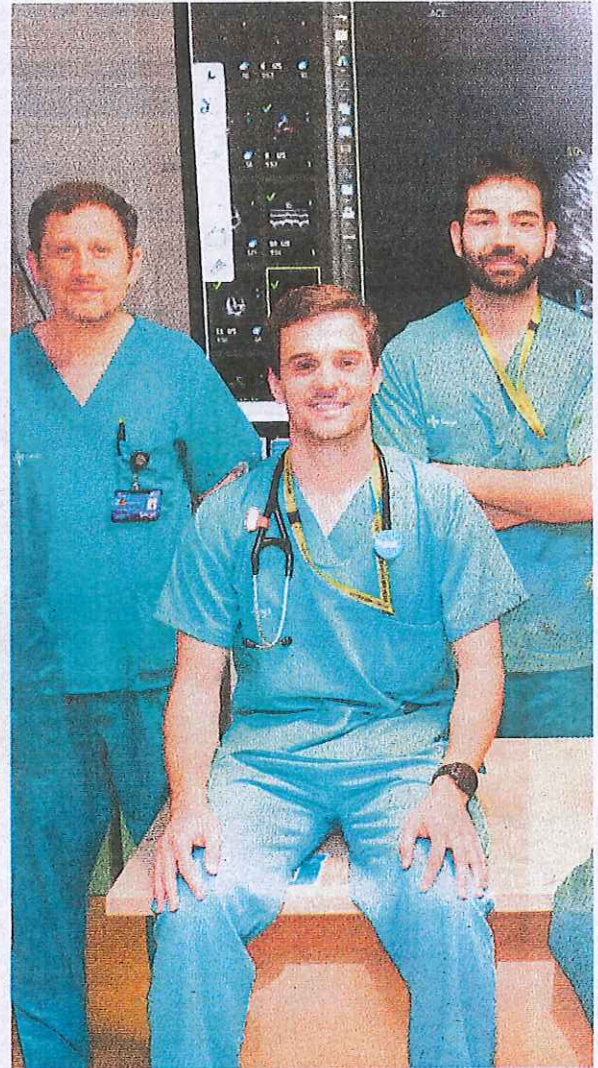
Esto representa «un cambio de enfoque muy interesante, al permitirnos tratar la enfermedad sin dejar una 'huella' permanente en la arteria. Y conlleva ventajas importantes, como reducir complicaciones a largo plazo o evitar tratamientos prolongados. Además, mantiene la arteria más 'natural', lo que puede ser clave pensando en el futuro del paciente», explica Ignacio Amat-Santos, cardiólogo, director de la Unidad de Cardiología Intervencionista e investigador del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

El proyecto COPERNICAN surge fruto del trabajo diario de este doctor junto con un investigador del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, junto al cual realizó una intervención compleja en un paciente.

«Este tipo de colaboraciones resultan muy fructíferas porque permiten establecer diálogos que llevan a que surjan nuevas ideas. En aquel momento estábamos discutiendo el problema que suponía a largo plazo el hecho de implantar un elevado número de estents en un paciente joven, especialmente en el contexto del infarto agudo de miocardio».

En ese caso en el que estaban trabajando, las arterias del paciente en cuestión estaban contraídas, pareciendo de menor diámetro del que realmente tienen en general y, además, presentaban trombos. Por ello, poner el estent podía conllevar que se usen tamaños inadecuados, ya que les resultaba difícil estimar el tamaño correcto y, a largo plazo, «eso conduce a que los estents se vuelvan a estrechar o incluso a que se trombosen bruscamente, causando un nuevo infarto», añade.

Debido a esto, se les ocurrió que los balones con fármacos antiproliferativos «podrían ser la respuesta a ese problema», y decidieron poner en marcha un estudio para demostrar esta hipótesis y «responder a la pregunta de si se pueden tratar determinadas lesiones coronarias sin dejar un



Ignacio Amat-Santos y su equipo del Hospital Clínico Universitario. JUAN

GARCÍA
implante permanente dentro de la arteria».

Junto con el equipo de Valencia, pusieron en marcha un estudio

clínico que ha obtenido una beca europea 'EHRA for life' de 3,1 millones de euros. Una financiación que les ha permitido pa-

BLOG OPINIÓN

El futuro también se construye aquí

DIANA MOVILLA-QUESADA

Después de estudiar y trabajar en países tan distintos como Dinamarca, Alemania o Chile, he podido comprobar de primera mano que la investigación y la innovación adoptan formas muy diferentes según el lugar.

A menudo las asociamos a grandes ciudades, edificios futuristas o gigantes tecnológicos.

Sin embargo, la lección más valiosa que he aprendido fuera es otra, ya que investigar no consiste en parecerse a otros, sino en saber aprovechar lo que una es, lo que

sabe y por supuesto lo que necesita mejorar.

He conocido ecosistemas con más recursos, más industria o con estructuras más consolidadas. Pero también he entendido que la investigación útil no nace solo del presupuesto ni del tamaño.

Nace, sobre todo, de una manera de pensar basada en observar la realidad con curiosidad, detectar problemas concretos y trabajar con constancia para convertirlos en soluciones útiles.

Por eso, cada vez estoy más convencida

de que territorios como Castilla y León no deben contemplar la investigación como algo ajeno o lejano.

Más bien al contrario, aquí existe una enorme capacidad para generar conocimiento con sentido.

Hay universidades que investigan, empresas con experiencia, profesionales muy bien formados y sectores que ofrecen un campo inmenso para mejorar procesos, materiales, productos e infraestructuras.

Además, investigar no va solo de lanzar tecnologías espectaculares. También es conseguir materiales más sostenibles, construir mejor, consumir menos energía, gestionar mejor los recursos hídricos o hacer más seguras y duraderas nuestras infraestructuras.

Muchas de estas cosas no ocupan titulares todos los días, pero tienen un impacto directo en la vida de las personas.



Quizá una de las mayores fortalezas de un territorio como el nuestro sea, precisamente, su cercanía a los problemas reales.

Aquí las necesidades se ven de cerca. Y cuando el conocimiento se conecta con esa realidad, la investigación deja de ser un concepto abstracto

para convertirse en una herramienta de transformación.

Salir fuera enseña mucho. Entre otras cosas, enseña a valorar lo que uno tiene en casa. Yo he aprendido que el futuro no pertenece solo a los grandes polos de la investigación.

También se construye desde lugares donde hay talento, compromiso y voluntad de hacer las cosas mejor. Y de eso, en Castilla y León, sabemos bastante.

Diana Movilla-Quesada es profesora de la USAL en la Escuela Politécnica Superior de Zamora

IGNACIO AMAT-SANTOS, DIRECTOR DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

«Abrir la puerta a una medicina personalizada en la que los pacientes reciben lo que realmente necesitan»

Para el paciente, el uso de balones farmacoactivos en las arterias como alternativa a los estents puede suponer «un cambio importante», ya que «poder tratar una arteria sin dejar un dispositivo permanente reduce ciertas complicaciones y puede simplificar el tratamiento posterior», apunta el director de la Unidad de Cardiología Intervencionista e investigador del Instituto de Ciencias del Corazón del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Ignacio Amat-Santos.

«Cuando se implanta un estent, posteriormente es necesaria la toma de una serie de fármacos que previenen la trombosis, pero también favorecen el sangrado. Gracias a los balones, se podría minimi-

zar el tiempo que esos fármacos se administran a los pacientes, evitando sangrados indeseados.

«Además, esto también abriría la puerta a una medicina más personalizada, en la que no todos los pacientes reciben exactamente lo mismo, sino lo que realmente necesitan».

El proyecto se ve muy marcado por la motivación profesional de Amat-Santos, que lleva 15 años dedicado tanto a la atención de pacientes como a la investigación clínica en enfermedades cardiovasculares.

«A lo largo de mi trayectoria he tenido la oportunidad de cambiar la forma en la que tratamos a muchos pacientes, siempre con la idea de hacer la medicina más eficaz, pero tam-

bién más segura y menos invasiva.

«Mi trabajo es intentar que lo que investigamos no se quede en el laboratorio o en los congresos, sino que llegue realmente al paciente. Esa vocación de impacto real es la que ha guiado gran parte de mi carrera».

Por ello, el doctor asegura que si este proyecto contribuye a que se «pueda tratar mejor, con menos complicaciones y de una manera más respetuosa con el organismo, habrá merecido la pena.

«Pero, sobre todo, si ayuda a cambiar la forma en la que entendemos el tratamiento de la enfermedad coronaria, será un paso importante hacia la medicina del futuro», concluye.

clutación de pacientes.

En dichos hospitales, aquellos pacientes que llegan con un infarto agudo de miocardio y acceden a participar en el estudio son tratados durante la intervención que realizan para desobstruir la arteria con el implante de estent o mediante dilatación con el balón recubierto de fármaco que retiran posteriormente. Formando dos grupos de seguimiento que son elegidos al azar.

Ambos grupos de personas serán estudiados por el equipo de investigadores durante los tres años posteriores a la intervención de cara a «comprobar que este tratamiento alternativo no solo es viable, sino que puede ser superior en eficacia y seguridad al uso convencional de estents en determinados casos, y reduce la mortalidad y los re-infartos. En el fondo,

lo que buscamos es ampliar las opciones terapéuticas y poder elegir mejor qué es lo más adecuado para cada paciente», añade.

En este momento se encuentran en una fase avanzada, con la mitad de los pacientes ya reclutados, unos 700, y esperan completar este grupo de cerca de 1.500 pacientes en 2027 de cara a poder realizar el seguimiento inicial del primer año postintervención en 2028.

Una vez recopilados los datos mediante el seguimiento a largo plazo para entender si esta nueva opción de tratamiento del infarto puede ser comparable o superior al uso de implantes, su siguiente paso será analizar en profundidad toda la información y ver qué resultados han obtenido.

«La evolución de todos los pacientes incluidos en el proyecto es

auditada por una empresa externa y vigilada por un comité internacional de expertos independientes que verifica que no haya ningún problema de seguridad. A partir de ahí, si los resultados se confirman, el objetivo es que esta estrategia pueda incorporarse progresivamente a la práctica clínica y a las recomendaciones de las guías», incide el investigador de Valladolid.

Aunque todavía se encuentran en fase de análisis, Amat-Santos remarca que lo que están viendo «es muy alentador». Esto se debe a que los balones farmacoactivos «están mostrando un buen comportamiento, tanto en eficacia como en seguridad a corto plazo. Algo que refuerza la idea de que, en determinados pacientes, podríamos tratar la enfermedad sin necesidad de implantar un estent».



sar de un proyecto nacional, con la participación de 14 centros españoles, a un proyecto internacional, con la incorporación de otros

seis hospitales nacionales y diez centros provenientes de Italia y Francia, sumando un total de 30 centros que participan en la re-

BLOC OPINIÓN

La universidad pública española

JORGE IZQUIERDO ZUBIATE

Después de varias leyes universitarias desde la transición, el debate sobre el desempeño y la financiación de la universidad pública española sigue siendo constante.

El sistema universitario español cuenta con 1,8 millones de alumnos de los cuales el 74% corresponden a las universidades públicas (1,35 millones), con 78% de alumnos de grado, 11% de máster, 7% de doctorado y 4% de otros estudios.

Los últimos informes reflejan que en España la inversión públicamedia por alumno universitario es de 8.621 anuales, lo

que supone un total de 11.650 M anuales (66% del presupuesto de las universidades públicas).

Mirando a EEUU, aunque sus universidades de mayor prestigio son privadas reciben significativos fondos públicos a través de mecanismos denominados "indirectos". Solo las 8 universidades de la Ivy League (Harvard, Yale, Princeton...), que cuentan con 160.000 alumnos, recibieron 5.555 M en financiación pública federal total durante el año 2024 (10-15% de su presupuesto total).

Esto implica que, siendo universidades privadas, reciben fondos públicos por alumno 4 veces mayores que sus homólogas públicas españolas.

El último informe de la OCDE sitúa a España en el puesto 26 de los 38 países evaluados en inversión pública por alumno universitario, lejos de los líderes (EEUU, Reino Unido, Suecia, Dinamarca y Noruega), con una dedicación del 0,75% de nuestro PIB.

Según Eurostat España se sitúa en el puesto 18 de los 27 países de la UE en inversión pública por alumno universitario, pero mejora al 12 en esfuerzo relativo.

El paradigma de éxito europeo es el sistema universitario público holandés, con 9 universidades en el top 200 a nivel mundial, una inversión pública del 1,15% del PIB, y con esquemas dinámicos y compe-



titivos entre centros y un entorno atractivo de captación de talento internacional.

A pesar de todo España es la 9ª potencia mundial en producción científica, ocupa el puesto ~20 entre el 10% de los artículos más citados y el ~25 entre el 1% de los más citados, con un elevado componente

colaborativo internacional.

Atendiendo a los datos, nuestro sistema universitario público se comporta bastante bien para nuestro nivel de financiación y nuestra estructura de país.

Es necesario plantearse de qué podríamos ser capaces con una inversión del 1% del PIB (objetivo de la LOSU), con un mayor compromiso político y social en el sistema universitario, y con esquemas de funcionamiento más dinámicos y competitivos.

Jorge Izquierdo Zubiata es gerente de la Fundación General de la Universidad de Burgos

> SALAMANCA

Las moléculas clave en el desarrollo cerebral

Investigadores de la USAL, IBSAL y el IBFG descubren el papel de las especies reactivas de oxígeno, relacionadas con el estrés oxidativo, en el correcto desarrollo de la corteza cerebral. Por **María Bausela**

Dentro del área de la neurodegeneración, en patologías como el ictus o el Alzheimer, se ha podido ver en los últimos años que muchas de las alteraciones y los procesos por los que pasan los pacientes adultos cuando están viéndose afectados por una fase neurodegenerativa también son procesos que pueden ocurrir durante los trastornos del neurodesarrollo.

Desde la Universidad de Salamanca (USAL), el Instituto de Biología Funcional y Genómica (IBFG) y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Ángeles Almeida se centra en el estudio de estos trastornos del desarrollo, analizando la corteza cerebral y qué factores pueden alterar su correcto funcionamiento.

«Durante el desarrollo del organismo, el sistema nervioso es muy susceptible, de manera que es uno de los órganos más vulnerables a cualquier tipo de estímulo externo o alteraciones metabólicas. Por ello, para poder darse un contexto en el que el cerebro se forme y funcione de manera correcta, es necesario que se dé un desarrollo durante la gestación normal, ya que cualquier alteración puede

producir una discapacidad intelectual y/o motora», explica la investigadora del IBFG, profesora de la USAL y subdirectora científica del IBSAL.

A través de su equipo de investigación, Almeida lleva más de 15 años identificando aquellas situaciones en las cuales se producen trastornos del desarrollo, así como las mutaciones en humanos que provocan los trastornos relacionados con la epilepsia, discapacidad motora e intelectual y el autismo. Es en este marco que han lanzado un nuevo proyecto acerca del desarrollo del sistema nervioso en relación con las especies reactivas de oxígeno (ROS), un tipo de moléculas inestables que contienen oxígeno y reaccionan con otras células del cuerpo.

Esta producción de ROS, también llamados radicales libres, es importante para el organismo, pero un desequilibrio entre la producción de estas especies y la capacidad de los antioxidantes para neutralizarlas puede desembocar en un estrés oxidativo que conlleva el deterioro de los tejidos y puede desembocar en la aparición de patologías como las enfermedades cardiovasculares o trastornos neurológicos.

Con este estudio se marcaron como objetivo ver cuál es el efecto de estas moléculas durante el desarrollo del cerebro, algo gracias a lo que han observado que «son elementos esenciales para la fisiología y el correcto desarrollo de la corteza cerebral».

«Desde hace años ya se había identificado que el estrés oxidativo, en cuanto a una producción grande de estas especies reactivas de oxígeno, produce un daño cerebral que está muy implicado con el deterioro cognitivo que se produce durante el Alzheimer y el ictus. Partiendo de esta base, lo que planteamos es que, si estas especies tienen un papel durante la neurodegeneración en el adulto, pueden tener también un papel en el desarrollo cerebral y la aparición de trastornos de neurodesarrollo», añade la investigadora y docente.

Así, partiendo de un modelo animal en el cual son capaces de disminuir genéticamente la producción de estas ROS, han podido ver si estaba alterando el desarrollo de la corteza cerebral, sin embargo, la sorpresa ha sido que han visto que la falta de estos radicales libres se relaciona con un mal desarrollo del cerebro.

Por tanto, concluyen que «es una molécula de señalización buena y necesaria para el desarrollo de la corteza cerebral, ya que cuando se disminuye la producción de una de estas moléculas, concretamente del peróxido de hidrógeno, se da una neurogénesis acelerada. La corteza cerebral, que está establecida en capas, y cuando falta este elemento se desorganiza y el cerebro no funciona».

Estos resultados los han obtenido mediante el uso de un modelo de ratón en el cual han llevado a cabo estudios bioquímicos, de imagen y de metabolismo en su corteza cerebral. Un trabajo para el cual han colaborado con el grupo de investigación de Juan Pedro Bolaños de la USAL y un grupo del Instituto de Investigación Biomédica de Lleida, el cual se ha ocupado de determinar el grado de estrés oxidativo que tiene el cerebro.

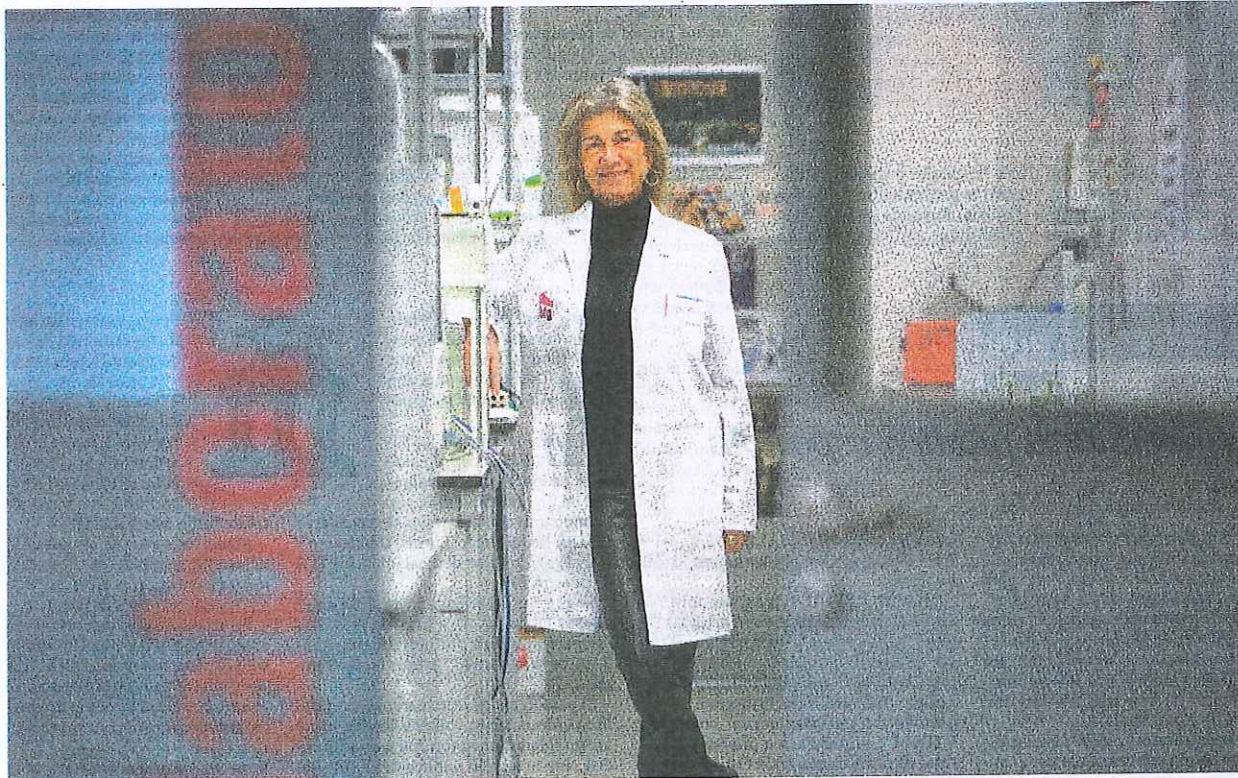
Gracias a esta colaboración han llegado a obtener unas conclusiones «sorprendentes», ya que «haber disminuido la formación de estas moléculas, responsables del estrés oxidativo, en el cerebro de manera endógena ha ido en contra de lo que pensamos y también ha causado una alteración en el metabolismo. Eso se debe a que desco-

ordina la formación de los radicales libres necesarios para que el cerebro funcione».

Esto ha supuesto que su artículo publicado en la revista *Redox Biology* sea la primera vez que se describe que la mitocondria es responsable de esta producción de estas especies reactivas de oxígeno, regula el desarrollo de la corteza cerebral.

De cara al futuro, quieren seguir trabajando para poder ver por qué sucede esa degeneración si se disminuye la producción de ROS y qué genes son responsables de la coordinación entre la generación de radicales de oxígeno y el metabolismo de las células del sistema nervioso.

«Identificando estos genes, seríamos capaces de poder relacionarlos con trastornos del neurodesarrollo, de los cuales todavía en muchos casos no se conoce su origen. E, idealmente, podríamos establecer de alguna manera terapias que puedan impedir que los genes se alteren y el trastorno aparezca, sobre todo en el ámbito de la hipoxia con infecciones durante la gestación. Es muy importante seguir investigando para que esas situaciones se den cada vez menos», incide Ángeles Almeida.



Ángeles Almeida, investigadora del IBFG, profesora de la USAL y subdirectora científica del IBSAL. ENRIQUE CARFASCAL



Blanca Lorente Torres, bióloga e investigadora predoctoral, junto al resto de integrantes del equipo de científicos de la Universidad de León. ULE

> LEÓN

Las bacterias que frenan la listeria

La ULE lidera un estudio en el que han dado con cepas con potencial probiótico capaces de interferir en el proceso de infección por la listeria, una enfermedad de transmisión alimentaria. Por **María Bausela**

La *Listeria monocytogenes*, conocida comúnmente como listeria, es un patógeno responsable de la listeriosis, una enfermedad de transmisión alimentaria que puede dar lugar a brotes con efectos que van desde la fiebre y dolores musculares, hasta la meningitis o sepsis. Los efectos de esta infección resultan especialmente graves en personas mayores, inmunocomprometidas y mujeres embarazadas, grupos de población que cuentan con una tasa de mortalidad relativamente elevada.

Debido a estos efectos, resulta especialmente importante frenar el consumo de alimentos infectados, sin embargo, este proceso no es sencillo, ya que el patógeno presenta características que favorecen su persistencia en la cadena alimentaria, como la capacidad para crecer a temperaturas de refrigeración, tolerar altas concentraciones de sal o su habilidad para desarrollarse en alimentos listos para el consumo.

Desde el mundo de la investigación, diversas iniciativas buscan atajar esta problemática, como es el caso de un estudio impulsado desde León que ha dado con ciertas bacterias que dificultan la infección por listeria.

Este proyecto se centra en la búsqueda de alternativas al uso de antibióticos para el control de infecciones, concretamente en el tratamiento frente a la *Listeria monocytogenes*, mediante la identificación de «cepas con potencial probiótico capaces de interferir en el proceso de infección», explica Blanca Lorente Torres, bióloga y estudiante predoctoral en la Universidad de León (ULE).

Para ello partieron de cepas que tenían en el laboratorio, las cuales el equipo de investigadores de León analizó como parte de varios trabajos de fin de grado, evaluando su reacción frente a algunas bacterias.

Gracias a ese trabajo observaron que tenían mayor actividad frente a bacterias 'Gram' positivas, «algo que nos llevó a ampliar el rango de microorganismos y, en ese proceso, vimos que tenían actividad frente a *Listeria monocytogenes*, algo que nos pareció especialmente interesante y que acabó dando lugar al desarrollo de esta línea de investigación».

A partir de esta experiencia inicial, decidieron evaluar el desarrollo de una estrategia experimental que permita seleccionar bacterias con potencial probiótico capaces de ofrecer protección frente a la

infección causada por este patógeno.

«Con esta estrategia identificamos varias cepas prometedoras en ensayos 'in vitro' y seleccionamos las más eficaces para su evaluación en modelos animales. La cepa que identificamos como más prometedora podría ser una candidata interesante para futuras aplicaciones en seguridad alimentaria o incluso en el ámbito de la salud pública», añade la joven.

Para llegar a este punto, en primer lugar, tomaron todas las cepas con potencial antimicrobiano y probiótico con las que contaban y analizaron su actividad frente a distintos microorganismos. Tras llevar a cabo esos estudios, seleccionaron aquellas con mayor interés en función de su capacidad para soportar condiciones gastrointestinales y las más prometedoras fueron evaluadas en un contexto de infección 'in vitro', utilizando modelos celulares humanos en un contexto de laboratorio. Y, para finalizar, las cepas candidatas más destacadas se validaron en modelos animales.

Gracias a este trabajo han observado que, aunque varias de las cepas evaluadas presentaban potencial probiótico, no todas eran capaces de interferir en la infec-

ción intracelular de esta enfermedad alimentaria.

Concretamente, identificaron una cepa especialmente prometedora de '*Bacillus subtilis*', la cual fue capaz de «reducir los niveles de la bacteria en bazo en los modelos animales utilizados».

Esto sugiere que dicha cepa podría actuar como una estrategia complementaria a los tratamientos actuales y «tener potencial de aplicación tanto en el ámbito de la seguridad alimentaria como en el sanitario», asegura la investigadora.

Los hallazgos «presentan varias ventajas relevantes». Por un lado, identificar estas bacterias que cuentan con un potencial probiótico frente a *Listeria* podría llevar en un futuro a su uso como estrategia complementaria al uso de antibióticos, «contribuyendo así, al menos en teoría, a reducir la presión selectiva asociada a la aparición de resistencias antimicrobianas».

Con el trabajo realizado en este estudio también van a poder abordar el control de infecciones causadas por patógenos intracelulares como la *Listeria monocytogenes*, «frente a los cuales las opciones terapéuticas actuales presentan limitaciones».

Adicionalmente, han propuesto un enfoque que podría facilitar la

identificación de otros candidatos con potencial aplicación real. «Haber identificado una cepa de *Bacillus subtilis* capaz de reducir de forma significativa la carga bacteriana en modelos animales refuerza su interés para futuras aplicaciones en seguridad alimentaria y salud», incide.

Por ello, de cara al futuro quieren seguir trabajando en el proyecto mediante la evaluación del potencial de aplicación de la cepa más prometedora del estudio, ya sea en un contexto sanitario o de seguridad alimentaria.

«Nuestro trabajo es comprender mejor la complejidad que presentan las bacterias intracelulares y su interacción tanto con el huésped como con su entorno. Debido a esto, considero fundamental profundizar en su comportamiento para poder abordar de forma más eficaz las infecciones que causan. En este sentido, este proyecto pone de manifiesto la compleja relación entre el huésped, el patógeno y la microbiota, y cómo el propio entorno puede influir en la evolución de la infección. Y además nos permite aportar nuestro granito de arena al desarrollo de nuevas estrategias que, a largo plazo, puedan tener un impacto positivo en la salud y en la seguridad alimentaria».

> VALLADOLID

Rehabilitación a distancia

La UVa y Sacyl colaboran en un proyecto europeo que busca mejorar la oferta de telerehabilitación con el uso de inteligencia artificial para que sea más personalizada y accesible para los pacientes. Por **María Bausela**

Cuando un paciente presenta ciertos tipos de lesiones en las articulaciones o recibe alguna intervención quirúrgica, es común que necesite recibir sesiones de rehabilitación. Este modelo de asistencia se basa exclusivamente en la atención presencial, un factor por el cual presenta limitaciones importantes en términos de accesibilidad, continuidad y sostenibilidad, dado que el número de horas de atención es muy limitado, los pacientes pueden tener problemas para acudir al centro médico y requiere múltiples desplazamientos. Por el contrario, la telerehabilitación permite trasladar parte de esa atención al domicilio del paciente, «facilitando el seguimiento continuo y reduciendo desplazamientos innecesarios», tal y como apunta Sara García Villanueva, doctora de la Universidad de Valladolid (UVa) y matrona de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

Sin embargo, este modelo de rehabilitación a distancia también cuenta con inconvenientes, ya que los modelos actuales que se siguen para este tipo de servicio «suelen ser poco personalizados o no tienen en cuenta el contexto social del paciente».

Por ello, la UVa y el Servicio Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) se han incorporado al proyecto europeo INTEGRA (INnovative Telerehabilitation Ecosystem accessible on a GRAnd scale to persons with disabilities living in the community), que busca innovar esta oferta de telerehabilitación para que sea más personalizada y comunitaria.

Junto con José María Jiménez Pérez, profesor titular de la UVa y enfermero en Atención Primaria en la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste, García Villanueva lidera la participación vallisoletana en este estudio que tiene como objetivo «desarrollar un ecosistema innovador de telerehabilitación accesible, escalable y centrado en la persona».

INTEGRA introduce tanto la personalización basada en datos clínicos y monitorización como la participación activa de pacientes y cuidadores y la adaptación a los entornos comunitarios y sociales. Algo a lo que se suma el uso de inteligencia artificial para ajustar los programas de rehabilitación. «Este enfoque permite pasar de un modelo asistencial reactivo a uno proactivo, centrado en la persona y en su entorno».

El proyecto colaborativo inter-



Sara García Villanueva, doctora por la UVa y matrona, junto a José María Jiménez Pérez, profesor de la UVa y enfermero. PHOTOGENIC

nacional, cofinanciado por la Comisión Europea, se desarrollará durante los próximos tres años bajo la coordinación de un grupo italiano de investigadores y reúne a siete entidades de cinco países europeos.

En el caso de España, además de Sacyl, que actuará como entorno piloto para la implementación y validación del modelo en el sistema sanitario, se suma al equipo el Instituto de Salud Carlos III de Madrid, que contribuye al desarrollo tecnológico del proyecto.

«INTEGRA no es únicamente una herramienta tecnológica, sino un modelo integral que combina plataformas digitales, terapias personalizadas, monitorización remota, inteligencia artificial y participación activa de pacientes, cuidadores y profesionales. Su enfoque se basa en la co-creación, es decir, en diseñar los servicios junto a los propios usuarios finales, lo que permite adaptar las soluciones a las necesidades reales de la población».

Para llegar a ese objetivo, los equipos van a trabajar en primer lugar en el análisis y mapeo de los ecosistemas locales, identificando necesidades, barreras y oportunidades; seguido por la creación del modelo de telerehabilitación, implicando a pacientes, profesionales y gestores. Posteriormente, darán paso al desarrollo tecnológico, integrando plataformas digitales, sensores y sistemas de inteligencia artificial; y la implementación de pilotos clínicos en varios países europeos.

Finalizarán el proyecto con la evaluación de los resultados clínicos, sociales y económicos, incluyendo indicadores como calidad de vida o retorno social de la inversión, que permitirán establecer su transferencia y escalabilidad, para su integración en sistemas sanitarios.

Con este proceso quieren poder llegar a dar respuesta al aumento de la demanda de rehabilitación asociado al envejecimiento de la población y a la prevalencia de enfermedades

crónicas, frente a unos sistemas sanitarios que, «en muchos casos, no pueden dar respuesta de forma equitativa y accesible», añade.

«En Europa existen importantes desigualdades territoriales, especialmente en zonas rurales, donde el acceso a servicios de rehabilitación es más limitado. A esto se suman barreras tecnológicas, regulatorias y culturales que dificultan la implantación de soluciones digitales en salud. Este proyecto nace precisamente para abordar esas brechas, aprovechando el potencial de la salud digital y la telerehabilitación para ofrecer modelos más flexibles, accesibles y sostenibles».

Sara García Villanueva incide en que el impacto para los pacientes «puede ser muy significativo», ya que va a suponer contar con una mayor accesibilidad a la rehabilitación, especialmente en zonas rurales; la reducción de desplazamientos y costes asociados y una atención más personalizada con seguimiento continuo y una mayor participación de los

pacientes.

Factores que «van a mejorar su calidad de vida, funcionalidad e integración social gracias a la transformación real del modelo asistencial y la manera en la que se prestan los servicios de rehabilitación, especialmente en el ámbito de la atención primaria y comunitaria».

La doctora por la UVa remarca que se ve especialmente motivada por esta iniciativa debido a que considera que «la tecnología debe ser una herramienta al servicio del cuidado, no un fin en sí mismo. INTEGRA representa una oportunidad para avanzar hacia un sistema sanitario más equitativo, accesible y centrado en la persona, donde la innovación tenga un impacto tangible en la vida de los pacientes».

«Como profesional sanitario, el mayor logro sería que este tipo de soluciones se integren de forma natural en la práctica clínica y mejoren realmente la experiencia y los resultados de estas actuaciones en salud de las personas».

ACTUALIDAD ECONÓMICA



Una frutería en el Mercado de las Maravillas en la calle Bravo Murillo (Madrid). BERNARDO DÍAZ

El 'efecto Ozempic' asoma en la cesta de la compra y el gasto baja un 3,1%

También disminuye el peso de productos como el chocolate o la cerveza en la cesta

GABRIELA GALARZA MADRID
El auge de medicamentos adelgazantes como Ozempic, Mounjaro o Wegovy empieza a reflejarse en algo tan cotidiano como el contenido del carrito de la compra en España. La preocupación por el peso, el control del apetito y la adopción de hábitos más saludables influye ya en las decisiones diarias de consumo. En este contexto, estos tratamientos están presentes en aproximadamente el 6% de los hogares, con un volumen de gasto estimado de unos 5.400 millones de euros, según datos de Worldpanel by Numerator. En estos hogares se

observa además un cambio claro en el comportamiento de compra, con una caída del 3,8% en el volumen de la cesta y del 3,1% en el gasto en el último año, lo que sugiere una huella creciente de este fenómeno en el día a día del gran consumo.
Este cambio se refleja también en la composición de la cesta. En los hogares con usuarios de GLP-1 disminuye el peso de categorías asociadas al consumo indulgente, como las tabletas de chocolate (-17,9%), las patatas fritas y otros fritos (-13,5%), el vino (-12,5%) o la cerveza (-11,4%). En paralelo, ganan relevancia productos

más básicos o percibidos como saludables, entre ellos frutas, huevos o aceite de oliva, con incrementos que en algunos casos alcanzan el 24,8%. Este desplazamiento apunta a una sustitución progresiva hacia opciones más equilibradas, en un contexto marcado además por una mayor inclinación general hacia una alimentación más saludable. Según Kantar, el 51% de los españoles señala el control del peso como una de sus principales preocupaciones, el 47% afirma intentar limitar el consumo de ultraprocesados y el 43% reconoce reducir la ingesta de dulces.

Un estudio publicado en la revista *JAMA Network Open*, basado en el análisis de casi dos millones de tickets de compra de más de 1.100 participantes en Dinamarca, muestra que las personas que inician tratamientos con fármacos GLP-1 tienden a comprar productos con menos calorías, azúcares, grasas saturadas y carbohidratos, y algo más de proteína. También se reduce la compra de ultraprocesados. Así, el fenómeno también plantea implicaciones sobre la rentabilidad de determinadas categorías. Según Joan Riera, Client Service Director de Worldpanel by

Numerator, el cambio de hábitos en estos consumidores tiene un impacto directo en la rentabilidad de categorías como los ultraprocesados y las bebidas alcohólicas.
Sin embargo, desde la patronal de distribución Asedas subrayan que el porcentaje de población que utiliza estos tratamientos aún no alcanza

Baja el consumo de patatas y otros fritos, vino o ultraprocesados

Aumenta el de productos con menos calorías, azúcares y grasas

un nivel suficiente como para provocar por sí solo cambios estructurales en los hábitos de compra del conjunto de la población, por lo que su impacto global sigue siendo, por el momento, limitado.

Desde el punto de vista demográfico, estos consumidores se concentran principalmente en la clase media, que representa el 32,1%, y en el tramo de edad entre 50 y 64 años, que alcanza el 35,2%, una proporción superior a la que este grupo tiene en el conjunto de la población española, situada en el 32,4%. A continuación se sitúa la franja de mayores de 65 años, que supone el 31,5% de los usuarios, en línea con el envejecimiento progresivo de la población. En cuanto a la distribución geográfica, casi uno de cada cuatro usuarios se localiza en Andalucía, seguida del área de Levante, con un 16,8%, y el área metropolitana de Barcelona, con un 11,7%.

Desde su llegada a España en 2019, tras su aprobación en Europa un año antes, los tratamientos basados en GLP-1 han pasado de estar vinculados principalmente a la diabetes tipo 2 a consolidarse como un fenómeno en expansión, impulsado por su efecto en la pérdida de peso y por una demanda creciente. Esta evolución se refleja en el aumento del gasto farmacéutico asociado a su principio activo, con crecimientos anuales del 78% en 2021, del 44,5% en 2022, del 42% en 2023 y del 36,2% en 2024.

Puig acelera su fusión con Estée Lauder

Negocian un gigante de 50.000 millones

EL MUNDO MADRID
Puig avanza en la que el mercado ya califica como una operación transformacional con Estée Lauder, que podría alumbrar un gigante mundial de la belleza que alcanzaría una valoración de en torno a 50.000 millones de euros, según un informe de Jefferies remitido a clientes institucionales.

El banco de inversión actualiza su modelo de fusión tras las últimas informaciones y da por hecho un acuerdo «en las próximas semanas», basado mayoritariamente en un canje de acciones. La transacción se estructuraría con un componente del 80% en acciones y un 20% en efectivo para los accionistas de Puig, lo que implicaría una prima del 30% sobre el pre-



Marc Puig, presidente del grupo cosmético Puig. EFE

cio «no alterado» de la compañía catalana y valoraría el nuevo grupo a 11,8 veces el Ebitda y 23 veces el beneficio por acción.

En este escenario, la familia Lauder conservaría un 26,7% de control económico y la familia Puig un 21,7%. El resto se repartiría entre los actuales accionistas de Estée Lauder (43,6%) y los minoritarios de Puig (8%).

Jefferies considera que la operación tiene un carácter «defensivo» para Estée Lauder, al permitirle ganar escala en un momento de intensa actividad de adquisiciones en el sector. El nuevo grupo alcanzaría unas ventas combinadas cercanas a 22.000 millones de dólares en el ejercicio 2027.



El paseo saludable recorrió el trayecto entre la plaza Mayor y el Árbol de la Música, en el parque de la Dehesa. MARINA DE FRANCISCO

Fadiso se compromete con la salud y reclama mejoras sanitarias

'Paseo saludable' para visibilizar la importancia para las personas con discapacidad

SORIA
La Semana de la Salud, organizada por Cocemfe Castilla y León y Fadiso, que este año lleva por lema Comprometidos con la salud, se compone de una serie de actividades divulgativas, saludables, lúdicas y reivindicativas en relación con la salud de las personas con discapacidad física y orgánica.

Fadiso organizó ayer un paseo saludable por las calles más céntricas de la capital, desde la Plaza Mayor hasta el emblemático Árbol de la Música, que contó con la participación de varias de

las asociaciones que componen Padiso: Asoem, Prater, Fibroas y Parkinson Soria, además de otras entidades de discapacidad de la provincia como Aspace o Credef.

En primer lugar, se leyó un manifiesto con sus reivindicaciones en materia de salud, para iniciar a continuación el paseo.

«Nuestro objetivo es visibilizar el compromiso del movimiento asociativo de Fadiso con la salud a través de esta actividad simbólica, de la importancia de los hábitos de vida saludables y sensibilizar a la población de la problemática que sufre mas a nuestro colectivo en materia de salud», indicaron desde Padiso.

Entre sus reivindicaciones, denunció lo que calificó de «grave situación de la atención sanitaria» en la provincia de Soria, especialmente en el medio rural, «donde la falta de consultas médicas obliga a muchas personas —muchas de ellas mayores o con movilidad reducida— a desplazarse largas distancias para recibir atención básica». A esta situación, afirmó Padiso, se

suma «la escasez de especialistas en Soria capital y las largas listas de espera para consultas, pruebas y tratamientos, lo que retrasa diagnósticos y empeora la calidad de vida de los pacientes».

Por ello, reclamaron a las administraciones «un refuerzo urgente de los recursos sanitarios, más especialistas y medidas que garanticen una sanidad pública accesible, cercana y equitativa para todas las personas, especialmente para quienes viven con una discapacidad o enfermedad crónica».

La Junta aporta 135.000 euros al Centro de Tecnificación Deportiva

SORIA

El Centro de Tecnificación Deportiva de Soria recibirá 135.000 euros para financiar su funcionamiento y actividad durante 2026, tras autorizar el Consejo de Gobierno de la Junta la concesión de una subvención a la Fundación del Centro de Alto Entrenamiento y Promoción Deportiva de la provincia. El gobierno y representación de la Fundación se confía a un Patronato constituido por representantes de la Junta de Castilla y León, de la Diputación Provincial y del Ayuntamiento de Soria.

La ayuda permitirá desarrollar programas de perfeccionamiento, concentraciones y competiciones deportivas con el objetivo de impulsar la preparación técnico-deportiva y la detección de talentos en distintas modalidades.

La Fundación encargada de la gestión del centro está participada por la Junta de Castilla y León, la Diputación Provincial y el Ayuntamiento de Soria, dentro de la colaboración institucional para el desarrollo del sistema deportivo en la Comunidad.

Los Centros de Tecnificación Deportiva tienen como finalidad la preparación técnico-deportiva de alto nivel y se dirigen a la búsqueda de nuevos talentos en una o varias modalidades deportivas, a su formación y a alcanzar el alto rendimiento.

Satse gana las elecciones a la junta de personal de Sacyl con seis delegados y reclama mejoras laborales

SORIA
El Sindicato de Enfermería, Satse, ganó las elecciones sindicales celebradas en Sacyl en Soria el pasado jueves al lograr un total de seis delegados del total de 23 en la Junta de Personal. Se consolida como primera fuerza sindical en Sanidad en Soria con más de 300 votos obtenidos. Cesm se hizo con cinco, al igual que CCOO, Csiw consiguió cuatro, y tres UGT.

Tras hacerse públicos los resultados de las elecciones, Satse Soria expresó su agradecimiento a todos los profesionales de Enfermería y Fi-

sioterapia por confiar en la organización dándole su voto y destacó que su apoyo supone «un nuevo impulso para continuar defendiendo aún con más fuerza si cabe a las dos profesiones», señaló en un comunicado.

La secretaria provincial de Satse Soria, Silvia Aceña, aseguró que enfermeras y fisioterapeutas deben contar ya con mejores condiciones laborales y profesionales. «Gracias al respaldo de las personas que nos han dado su voto, tenemos la fuerza para reclamar en los órganos de negociación las mejoras necesarias para unos

profesionales que en muchas ocasiones realizan su actividad bajo una gran presión y condiciones precarias», añadió Aceña. El sindicato subraya que una de sus principales exigencias y prioridades es el aumento de las plantillas de enfermeras y fisioterapeutas para que sean adecuadas a las necesidades de la provincia para garantizar una buena calidad en la asistencia y con contratos estables, ya que todo esto favorecerá la conciliación de la vida familiar y laboral de los profesionales.

Satse Soria también remarca que

va a exigir a la Junta de Castilla y León una retribución adecuada de los profesionales, y que instaure, como han hecho otras autonomías, un complemento de la paga extraordinaria para recuperar los recortes que se aplican desde el año 2010.

En la provincia, la dispersión geográfica de las zonas básicas de salud y el envejecimiento de la población hacen necesario un mayor número de profesionales y una planificación que garantice la continuidad y la seguridad asistencial, insistió el sindicato en el comunicado difundido.

Asimismo, remarca que va a luchar para tener una mejor gestión de la bolsa de trabajo de Sacyl y que se convoque cada año, como marca la normativa.

Continuar con la implementación de las especialidades de Enfermería y contar con una enfermera escolar en cada centro educativo también son prioridades para Satse en los próximos cuatro años. Además, afirma que va a defender que todos los acuerdos que ha conseguido se incluyan en el anteproyecto de Ley del Estatuto Marco, como la nueva clasificación profesional retribuida, la jubilación anticipada con contrato relevo, la exención del turno de noche sin merma retributiva a partir de los 55 años y el disfrute de la excedencia por cuidado de familiares fraccionada.

PAP TODA UNA VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS INFANTILES

**"TRAS 10 AÑOS
DE QUIMIOTERAPIA,
ELEGIMOS VIVIR
SIN DOLOR"**

Iván tenía cinco años cuando
le detectaron cáncer.
A los 12 entró en paliativos
pediátricos y, tras años
de lucha por una cura, a los 16
decidió sólo paliar.
Su historia rompe un prejuicio:
no todos estos niños
están en el final de su vida

*Por María Alcántara
Fotografía de Carlos García Pozo*



PAPEL

Por María Alcántara (Madrid).
Fotografías de Carlos García Pozo

Marilén abre la puerta de su casa en Madrid con una sonrisa. Apenas tiene tiempo de invitarnos a pasar cuando, desde el fondo del pasillo, se escucha a Iván, curioso por saber quiénes son la periodista y el fotógrafo que van a visitarle. En sus 24 años de vida —dos décadas marcadas por tratamientos médicos para intentar curar su cáncer infantil y, más tarde, paliar el dolor— se ha familiarizado con la prensa por su situación clínica y su faceta como escritor cuando publicó su primer libro.

Nada más cruzar el umbral de su dormitorio —mezcla de habitación de UCI y cuarto adolescente, con pósteres en la pared, suvenires de todas partes del mundo, una videoconsola y una colección de latas— una gran sonrisa y unos ojos azules se presentan antes incluso de que pueda saludar con palabras.

Iván nació en 2002. Tras varios ingresos y pruebas, con cinco años fue diagnosticado de histiocitosis de células de Langerhans multisistémica, un tipo de cáncer pediátrico que en su caso daña el sistema nervioso central y le provoca una afectación neurodegenerativa. «Su primer tratamiento fue una quimioterapia pura y dura, muy dolorosa y con efectos secundarios, como todas», recuerda su madre. «Empezamos con los protocolos y, tras varios tratamientos y una neurocirugía a los 15, los dejamos cuando él tenía 16», explica quien este 9 y 10 de abril intervendrá en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos en Tenerife, para dar visibilidad a la historia de su hijo. Por aquel entonces, sus días eran un vaivén constante entre Palma de Mallorca, ciudad natal de la familia, y Barcelona, donde Iván recibía el tratamiento. Con nueve años se trasladaron seis meses a Estados Unidos para participar en una investigación sobre el origen de su cáncer. «Pregunté si había algún lugar en el mundo donde estuvieran investigando la afectación neurodegenerativa. Me dijeron que en Boston había una línea de investigación y que necesitaban pacientes, y decidimos dar el paso».

En aquel momento, cuando aún no existía en Baleares una unidad de cuidados paliativos pediátricos (CPP), Iván ya los necesitaba. «Cuando volvimos ingresamos en Barcelona en Sant Joan de Déu. Le colocaron un botón gástrico para alimentarse. Ahí empezó a tener mucho dolor. Fue nuestro primer contacto con los CPP. Que por entonces era la unidad del dolor la que ayudó a Iván», explica su madre.

«Le trataron para aliviar el dolor, aún buscábamos una cura. Iván toleró muy mal el siguiente protocolo de quimioterapia y sufrió una parálisis parcial, así que tuvimos que suspenderlo», relata Marilén. Mientras, una trabajadora que ayuda a la familia en casa le acerca un té con mucho hielo a Iván. El gesto ilumina el rostro del joven y la conversación se detiene unos segundos antes de que la madre continúe.

Con 12 años empezó a ser atendido por la unidad de CPP del mismo hospital catalán. «Trabajaron mucho tanto el dolor físico como el emocional». En 2013, se inauguró la unidad en Baleares. «Iván fue de los primeros niños en entrar», comenta Marilén, mirándolo con una sonrisa. Fue en Barcelona donde conoció a diferentes amigos y a quien describe como el amor de su vida. Iván no puede evitar interrumpir: señala un dibujo colgado en la pared —una joven de camiseta amarilla, pelo largo y ojos grandes— y pronuncia su nombre con orgullo y ternura: «Delia». «Fueron grandes amigos, tenían la misma edad y se apoyaron muchísimo», explica su madre. Una relación tan especial que terminó convertida en ilustración y formó parte de su libro.



Iván, junto a su madre, Marilén, en su dormitorio de Madrid.

En 2017, con 15 años, le propusieron una biopsia cerebral de alto riesgo para avanzar en la investigación. Iván, que ya podía decidir sobre su propia vida, dejó claro —y grabado por voz— que no quería una reanimación cardiopulmonar si todo salía mal. Solo hizo una pregunta: «¿Esto puede ayudarme a mí o a otros niños?». Cuando el médico le respondió que sí, lo tuvo claro: «Pues solo por los demás ya vale la pena». Lo recuerda su madre mientras él, orgulloso, enseña la cicatriz que le quedó como huella de aquel episodio.

La cirugía salió bien y comenzó un tratamiento muy esperado para la familia: un inhibidor dirigido a su mutación. Sin embargo, a las dos semanas sufrió una sepsis. Fue entonces cuando la familia tomó la decisión más difícil: «Tras 10 años de quimioterapia e intervenciones, dejamos de perseguir la cura para que Iván pudiera vivir sin dolor. Fue él mismo quien nos dijo que no podía más y que quería parar», rememora su madre. A partir de 2018, el enfoque se centró de forma exclusiva en el control del dolor y en lo que ella define como «ensanchar la vida de Iván»: Porque los cuidados paliativos no alargan la vida, pero sí la ensanchan y permiten vivir con la mayor calidad posible.

Varios caminos llevaron a la familia a Madrid, donde se trasladaron por motivos laborales, familiares y médicos. Iván, entusiasmado, interrumpe para recordar su 18 cumpleaños, fecha especial por partida doble: ese

día presentaba *Lycanth-Boy*, una obra autobiográfica ficticia en la que no hay hospitales, sino una historia de superación y espiritualidad, de buscar energía más allá de un cuerpo que duele. «El proceso neurodegenerativo progresivo no me impide imaginar», señala él en el prólogo de su libro. Sin embargo, ambas celebraciones tuvieron que posponerse en 2020 por la pandemia.

Lo que la familia no esperaba era que la mayoría de edad de Iván traería también lo que Marilén llama «un punto de inflexión» en sus vidas. «El sistema lo considera un adulto y, por protocolo, lo trasladaron de paliativos pediátricos a adultos. Tenía 19 años y, sí, por edad lo es, pero por su enfermedad sigue siendo un niño. No fue una transición, fue un estrellazo», enfatiza.

Mientras su madre narra el siguiente episodio, Iván niega con la cabeza, anticipando que no fue una experiencia feliz. Necesitaban un respiro —un servicio temporal de apoyo a los cuidadores en el que el paciente ingresa en un centro especializado para que el cuidador descanse— y fueron al centro de paliativos de adultos en Tres Cantos. «Era un lugar precioso y a Iván le gustó mucho, pero solo duró tres semanas. No paraba de decir que allí todo el mundo se moría. Era comprensible: la mayoría eran personas muy mayores; no habla jóvenes. Muchos de los adultos en paliativos esperan el final de su vida, mientras que para un niño estar en paliativos no significa que necesariamente vaya a morir pronto; son niños que quieren jugar y pasarlo bien. Iván solo quería compartir y divertirse con alguien, y allí no estaba a gusto. Acabamos yéndonos».

«Un adulto joven que enferma es un adulto joven, pero un niño que enferma... siempre será un niño», reclama la madre. Lograron que los respiros se hicieran en la unidad del Hospital Niño Jesús de Madrid, rodeado de otros niños. Sin embargo, para la atención diaria sigue en adultos. «En paliativos infantiles teníamos asistencia todo el día; ahora, en adultos, solo por las mañanas. Y las instalaciones suelen ser antiguas, con solo una cama y una silla. Nada que ver con las instala-

“Los cuidados paliativos no alargan la vida, pero la mejoran; ayudan a los niños a vivirla con la mayor calidad”

“Hace ocho años fue él mismo quien dijo que no podía más, que quería parar”, explica la madre de Iván



ciones de paliativos infantiles», sentencia Marilén.

«Ahora, cuando le hablamos de ir allí, Iván se pone triste y dice que no lo llevemos. Él quiere estar en casa, con su videoconsola, su hermano, sus cosas... lo único que le falta es...». Antes de que termine la frase, mira a su hijo y le pregunta, a lo que él responde con decisión: «Compañía». «No es que no la tenga, mucha gente le quiere, pero como cualquier joven, quiere estar con otros de su edad», aclara.

Por eso, si hace años el sueño de Iván era publicar su libro, ahora lo es inaugurar el primer Centro de Atención Paliativa Pediátrica Integral de España que está construyendo la Fundación porque Viven en Madrid. Un espacio que espera abrir sus puertas este año para que niños como él puedan estar juntos y compartir la vida, atendidos por profesionales CPP.

Situación similar han vivido Andrés y Marta, padres de Pablo, que residen en Galicia. «Para mí, Marilén es un referente; hablamos el mismo idioma. Iván es un poquito mayor que mi hijo Pablo. Hasta que no te toca vivir una situación así, no puedes entenderla por completo», arranca Andrés.

Pablo nació sano, pero un día, con cinco años, salió corriendo del colegio y un coche le atropelló. Quedó en coma profundo y, tras numerosas operaciones y varios meses de evolución, terminó en estado vegetativo persistente.

«Cuando salimos ese día, su habitación era la de cualquier niño: con juguetes, libros... Cuando volvimos, tuvimos que montar algo parecido a una UCI para atenderlo. Yo realmente he tenido dos hijos: tuve a Pablo antes del accidente y, de repente, tuve al nuevo Pablo, que requería unas necesidades absolutamente diferentes», narra Andrés.

«Pablo entró en paliativos pediátricos desde el primer momento, aunque aún no existía la unidad; los recibí en la UCI», narra Andrés. Su hijo tiene ahora 19 años y ese tránsito a los paliativos de adultos también les ha golpeado. «Es necesario que los profesionales valoren que un paciente pediátrico va más allá de que cumpla 18 años».

Como ejemplo de asistencia diferente, explica que Pablo tuvo una operación en la que le colocaron una bomba y tuvieron que cambiarla cuatro veces. «Las tres primeras era menor y las curas las hicieron en el hospital; la cuarta, ya con 18 años, fueron a casa porque se activó el protocolo de adultos, que sí contempla atención domiciliaria. Es el mismo cuerpo, la misma operación y la misma persona», razona, aunque la familia ha conseguido que le sigan tratando en CPP.

«Estos niños siguen siendo niños, no cambian. Cumplen años, sí, pero no crecen en ese sentido. Mantenerlos en equipos pediátricos es un beneficio: es un entorno conocido, más amable, con los mismos profesionales. Carmen, la enfermera que estaba de guardia en la UCI el día del accidente, lo atendió entonces y sigue con él hoy. Eso nos da mucha tranquilidad. Llevábamos más de 12 años con el mismo equipo, y el cambio a adultos ha sido un caos para la familia. Antes, muchos de estos niños no llegaban a la mayoría de edad. Ahora, gracias a los avances médicos, casos como el de Iván o Pablo son posibles. Pero, aunque superen los 18 años, siguen siendo niños. Vivan lo que vivan, un niño de cuidados paliativos pediátricos siempre vivirá como un niño. Han pasado 19 años y nada cambia; para mí, Pablo sigue siendo el mismo. Siguen siendo los mismos hijos», concluye Andrés.

LOS DERMATÓLOGOS RESPONDEN A LLORENTE: "ES UNA ESTUPIDEZ"

Polémica. El futbolista del Atlético de Madrid ha vuelto a cuestionar el impacto del sol y la utilidad de las cremas solares. Pero la evidencia científica es clara, dicen los especialistas: "No proteger la piel supone un riesgo"

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

Esta Semana Santa el futbolista Marcos Llorente ha vuelto a protagonizar una sonada polémica en redes tras compartir en su cuenta de Instagram varias publicaciones en las que cuestiona el uso de las cremas solares y pone en duda la relación entre la radiación ultravioleta y el cáncer de piel. Las críticas y los desmentidos a su discurso por parte de numerosos profesionales de la salud no se han hecho esperar.

Le ha respondido, entre otros profesionales sanitarios, Leandro Martínez, jefe del servicio de Dermatología del Hospital Regional Universitario de Málaga. «La evidencia científica es clara: la radiación ultravioleta es el principal

factor ambiental implicado en el desarrollo del cáncer cutáneo», señala. Se pronuncia en la misma línea Aram Boada, jefe del servicio de Dermatología del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona). «La radiación ultravioleta es un carcinógeno demostrado y es responsable de la gran mayoría de los melanomas cutáneos. De hecho, se ha estimado recientemente que el 83% de los melanomas cutáneos diagnosticados en el mundo son atribuibles a la radiación ultravioleta».

La radiación, aclaran los expertos, «daña directamente el ADN de las células». Y ese impacto genera mutaciones que, en último extremo, pueden conducir a un cáncer de piel. «No hablamos de una hipótesis, sino de uno de los

mecanismos mejor conocidos en carcinogénesis», subrayan.

«Está más que demostrado que los rayos ultravioletas producen daños sobre la piel. Por eso todas las guías clínicas para reducir la incidencia del melanoma recogen la recomendación de protegerse del sol», coincide también Vicente Baos, médico de familia y miembro de la iniciativa Círculo Escéptico.

Los fotoprotectores forman parte de las diferentes estrategias de prevención disponibles y son efectivos y recomendables, indican los especialistas. «No son una varita mágica, pero sí han demostrado ser una herramienta útil dentro del conjunto de medidas que recomendamos los dermatólogos y que tienen como objetivo evitar una exposición solar prolongada», subraya Martínez.

El llamado *callo solar* o la adaptación progresiva a la exposición solar que propone Llorente «no existe como concepto médico válido», expone Martínez. «No existe ningún entrenamiento seguro de la piel frente al sol. El bronceado es una respuesta defensiva de nuestra piel, es la reacción a una agresión y no evita el daño celular profundo ni sirve para reducir el riesgo de cáncer», zanja.

El especialista también critica la gráfica que el futbolista compartió en sus redes y que correlaciona el uso de cremas solares con el aumento del melanoma. Se trata de «una interpretación errónea», señala.

«Es un error clásico: confundir correlación con causalidad», coincide Boada. «Que dos fenómenos aumenten a la vez no significa que uno cause el otro. Sería como decir que los incendios aumentan porque hay más extintores».

Baos va más allá y tacha la asociación de «estupidez propia de ignorantes. Es como si lo relacionamos con el aumento del número de coches o con el aumento en el número de divorcios». Las cremas solares se desarrollaron y empezaron a recomendarse una vez constatado el efecto dañino de la radiación solar, como un intento de contrarrestarlo, subraya el médico de familia. «El incremento en su uso simplemente indica que el mensaje ha calado».

Desde la Asociación Española contra el Cáncer expresan su preocupación por el impacto que discursos como los de Llorente pueden producir. «Consideramos extremadamente peligroso compartir mensajes que pongan en peligro la salud de la población», apunta Laura del Horno, responsable de prevención del organismo. «No se puede engañar a la población con mensajes falsos o sesgados sobre salud», añade. Y concluye: «Minimizar el daño del sol e invitar a la población a no usar fotoprotección, es una conducta de alto riesgo».

Marcos Llorente, disfrazado de crema solar en una imagen compartida en sus redes. EL MUNDO



CASTILLA Y LEÓN

El juez investigará si la sobredosis de 'quimio' en Burgos fue un homicidio

● La Fiscalía mantiene la tesis de la imprudencia profesional tras la muerte de dos pacientes y las graves secuelas que padecen otros tres ● El Defensor del Paciente, que ejercerá la acusación popular, espera que «se haga justicia»

DIEGO SANTAMARÍA BURGOS
La muerte de dos pacientes oncológicos del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) por intoxicación el pasado 18 de diciembre y las graves secuelas sufridas por otros tres ha propiciado la apertura de diligencias previas por parte del Juzgado de Instrucción 1 de la capital burgalesa. De esta forma, se investigarán los hechos denunciados en su día por el Defensor del Paciente, que se personará como acusación popular al considerar que lo ocurrido, lejos de ser un «hecho aislado», constituye un «fallo estructural de seguridad».

Después de que el Ministerio Fiscal incoase diligencias el 9 de marzo para «investigar los hechos denunciados», el juzgado debe valorar ahora la posible existencia de un delito de homicidio por imprudencia profesional en el caso de los dos pacientes que fallecieron tras recibir una dosis seis veces superior a la prescrita del medicamento *Cabazitaxel*. Del mismo modo, tal y como expuso la Fiscalía en su calificación inicial, ha de esclarecerse si los tres supervivientes, con secuelas graves tras someterse al mismo tratamiento, fueron víctimas de lesiones por una mala praxis médica.

El hecho de que esta intoxicación letal en el HUBU salte a los tribunales supone una «alegría inmensa» para los familiares de los pacientes. También para la presidenta del Defensor, Carmen Flores. «Hacemos numerosas peticiones de investigación y las archivamos», declaraba ayer mismo a este periódico citando casos relativamente recientes, como las demoras en el cribado de cáncer de mama en Andalucía, a sabiendas de que «un juzgado son palabras mayores».

Lo importante, de aquí en adelante, es que «se haga justicia». Flores agradece el «interés» y las «ganas de trabajar» por parte de la Fiscalía de Burgos para esclarecer lo sucedido en el HUBU. Sobre todo de cara al futuro, de tal manera que «cuando vayan a hacer un preparado de una medicación pongan los cinco



El director del Hospital Universitario de Burgos, Carlos Cartón. SANTI OTERO

sentidos porque estamos hablando de salud y de vida».

En contacto directo y permanente con los familiares de los tres pacientes que sufrieron secuelas irreversibles y que aún continúan ingresados en el hospital, la presidenta del Defensor del Paciente insiste en que «la magnitud de lo ocurrido es inaceptable». No se trata, a su juicio, de un «simple error humano», tal y como se manifestó desde el complejo asistencial, sino de «una cadena de fallos que ha costado vidas». En este sentido, no está de más recordar que el gerente del HUBU, Carlos Cartón, estaba al tanto de lo sucedido antes de tomar posesión de su cargo, justo un día antes del luctuoso suceso. Y aunque se intentó ocultar lo acontecido para que no trascendiese a la opinión pública, fuentes de la Consejería aseguraron en su día a este diario que se le dio a Cartón la orden expresa de abrir una investigación interna para llegar al fondo del asunto.

Sea como fuere, la investigación inicia ahora un nuevo y -presumiblemente- largo recorrido. A instancias de la Fiscalía, el Juzgado de Instrucción llevará a cabo un ofrecimiento de acciones a los perjudicados directos, sus legítimos herederos y sus representantes legales. Asimismo, se solicitará un informe médico forense sobre las causas del fallecimiento de dos de los pacientes y el alcance de las lesiones y secuelas de los otros tres; todos ellos afectados por cáncer de próstata metastásico. En paralelo, se comprobará la «completa e íntegra trazabilidad» de la ficha del medicamento administrado a través de Informática Médica Farmacéutica (IMF), empresa responsable de *Farmis-Oncofarm*.

Llegado el caso, la responsabilidad penal de esta intoxicación recaerá -según recoge el Ministerio Público en su escrito- sobre los «profesionales implicados y responsables de la grabación errónea en el

sistema informático de la ficha del medicamento *Cabazitaxel* y de quienes lo revisaban», así como la Consejería de Sanidad -y por ende el Sacyl- como «responsable civil subsidiario». A este respecto, la presidenta del Defensor del Paciente considera que el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, debiera ser «el primero en desfilarse» porque, a su juicio, «no le ha dado ninguna importancia a esto».

Sobre la «sospecha de una toxicidad inusual en los tratamientos», detectada el mismo 18 de diciembre, la Fiscalía advierte que el Servicio de Farmacia del HUBU llevó a cabo una «primera revisión» de las últimas sesiones con *Cabazitaxel* desde la implantación de *Oncofarm*. En un primer momento, «no se observó nada inusual». Sin embargo, después se constató que la cantidad de mililitros a cargar en la hoja de medicación era «elevada» en relación a la dosis prescrita. Así las cosas, la investigación del Ministerio Público

pone el foco sobre la «absoluta inobservancia de las normas más mínimas del deber objetivo de cuidado exigido por la Lex Artis». El error, partiendo de esta base, obedecería por tanto a la «falta de observación, supervisión y comprobación exigida por parte de los profesionales que intervinieron».

Recién conocida la decisión adoptada por el juzgado, el portavoz de la Junta de Castilla y León, Carlos Fernández Carriedo, salió a la palestra después del Consejo de Gobierno para expresar el «respeto» del Ejecutivo hacia la acción de los tribunales, máxime al tratarse de un caso tan sonado con dos muertes y tres afectados graves sobre la mesa.

Dicho esto, Carriedo lanzó un mensaje de «apoyo» a los profesionales sanitarios con el fin de manifestar la plena «confianza» del Sacyl para con ellos. No en vano, volvió a hacer hincapié en que se cometió un «error humano» que desembocó en la administración indebida de un fármaco concreto.

Según recoge Ical, el portavoz del Gobierno autonómico apeló a la prudencia para que la investigación avance, siguiendo los cauces que dicta la Justicia, con el fin de determinar si existe algún tipo de «responsabilidad adicional». En cualquier caso, dejó claro que la Junta tiene intención de asumir la responsabilidad patrimonial que le corresponde de forma «completa» y con carácter previo, aunque por ahora no se haya abonado cantidad a los afectados ni a sus familiares.

FALLO EN CADENA

A pesar de que la Gerencia del HUBU intentó tapar el asunto, acabó saliendo a la luz a mediados de enero. Casi de inmediato, la versión oficial que se lanzó desde el centro fue la de un fallo en cadena que se originó en Farmacia por un «problema de la dilución» a la hora de preparar la medicación quimioterápica que posteriormente se administró a los cinco pacientes afectados. Al mismo tiempo, el propio Cartón aseveró pú-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

esRadio
Castilla y León

SI LO BUSCAS
LO ENCUENTRAS

SORIA 88.1 FM ÁGREDÁ 93.2 FM EL BURGO 105.9 FM

www.esradiocastillayleon.es/soria

@soriaesradio

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
blicamente que también se había producido un «error numérico» en la ficha de elaboración del fármaco que propició que la dosis se multiplicase por seis.

Tal fue el escándalo tras conocerse la muerte de dos pacientes que la dirección del HUBU se vio obligada a convocar una rueda de prensa sobre la marcha. Arrojado por el jefe de Oncología, Enrique Lastra, Cartón dio la cara ante los medios para subrayar de nuevo que el fatal desenlace de los cinco hombres afectados se debió a un error humano.

Durante su comparecencia, el gerente del complejo asistencial burgalés afirmó que, nada más tener constancia de lo que había ocurrido, se contactó con los familiares de los pacientes para hacerles partícipes de la situación. Ya en enero, uno de ellos permanecía en la UCI con «pronóstico reservado», otro en planta y el tercero había sido dado de alta tras constatar su «estabilidad clínica».

Por aquel entonces, Cartón dijo desconocer si las familias de los afectados tenían intención alguna de denunciar. Tan solo un día después, la Fiscalía de Burgos confirmaba su intención de incoar diligencias preprocesales a raíz de la petición formulada por el Defensor del Paciente para que actuara de oficio. Básicamente, tal y como desliza la presidenta de dicha entidad a este periódico, porque se trataba «claramente» de una «causa penal».

Antes de conocerse el paso dado por la Fiscalía, tampoco se llegó a aclarar desde el HUBU si se depurarían responsabilidades una vez finalizada la investigación que permitió determinar cómo y cuándo se produjo el fallo. «Nos hacemos cargo del error del hospital», replicó Cartón mientras hacía hincapié en que se comprobaban todas las fichas y se reforzaron los protocolos para evitar que esta «situación inédita» volviese a repetirse.

Aparte de desmentir que el error hubiese sido consecuencia de la falta de personal, el gerente del HUBU se refirió a la apertura de reclamaciones patrimoniales. En respuesta, Flores lamentó que lo único que se pretendía era «comprar con cuatro reales a las familias de los pacientes que han muerto» en lugar de «dilucidar responsabilidades».

Por su parte, el abogado del Defensor del Paciente en Castilla y León, Santiago Díez, tuvo claro desde el primer momento que este «error humano» era, a todas luces, un «homicidio por imprudencia profesional» que el hospital de la capital burgalesa intentó ocultar con el objetivo de proteger al responsable o responsables materiales de los hechos. «Sin éxito», eso sí, porque al final la Fiscalía decidió investigar lo sucedido.

Castilla y León rechaza las 833 plazas de menas asignadas por el Gobierno

Carriedo justifica el plantón a Rego porque ya se había votado antes contra el aumento de cupo: «Lo impuso en contra de la opinión de la mayor parte de las comunidades»

RICARDO GARCÍA VALLADOLID
Castilla y León fue una de las muchas comunidades gobernadas por el PP -con las únicas excepciones de Canarias y Ceuta- que este miércoles plantaron a la ministra de Juventud e Infancia, Sira Rego, en la Conferencia Sectorial de Infancia. Una decisión motivada, según explicó este jueves la Junta, por la decisión de la ministra de incluir en el orden del día un aumento de las plazas para la acogida de menores extranjeros no acompañados, elevando el cupo hasta 833 en Castilla y León, y que ya se había rechazado en las reuniones preparatorias previas.

El portavoz de la Junta de Castilla y León y consejero de Economía y Hacienda en funciones, Carlos Fernández Carriedo, aclaró en la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno que el plantón vino motivado por la decisión de Rego de insistir en el aumento de las plazas de acogida. Unas cifras que tanto Castilla y León como otras comunidades autónomas con gobiernos 'populares' habían rechazado ya en las reuniones preparatorias de la Conferencia Sectorial y que, sin embargo, la ministra insistió en incorporar al orden del día.

En este sentido, Carriedo expresó que la petición de la Junta para evitar estas situaciones en el futuro es que «antes de incluir nuevo punto en el orden del día de esa conferencia de sectorial, se hubiera hablado, dialogado por las comunidades autónomas, que buscáramos un punto de consenso y de acuerdo».

«El Ministerio se negó», insistió el portavoz del Ejecutivo autonómico, «e impuso ese punto en el orden del día en contra de la opinión de la mayor parte de las comunidades autónomas, lo que hizo que no pudiéramos asistir a la reunión».

Así, Fernández Carriedo aclaró cuál es la postura de la Junta a este respecto. «Respetamos la ley, por tanto, garantizamos el incumplimiento de la ley, pero recurriremos la aplicación de la misma en aquellas condiciones o circunstancias que creemos que perjudica a los intereses de Castilla y León. Es lo que hemos hecho y lo que seguiremos defendiendo». «Cumplimos la ley porque la ley está en vigor, pero nuestra idea es recurrir cualquier acto administrativo que contravenga los intereses de nuestra comunidad autónoma y esto es lo que hacemos también en este ámbito», finalizó.

Toda esta polémica, que surge en medio de las negociaciones que el PP y Vox están manteniendo en algunas comunidades autónomas pa-

ra configurar pactos de gobierno, y al igual que ocurrirá en próximas fechas en Castilla y León, tiene su origen en la decisión del Ministerio de Juventud e Infancia de incrementar de 14.142 a 17.081, 833 en Castilla y León, la capacidad ordinaria del sistema de acogida de menores migrantes no acompañados en las comunidades autónomas, según el borrador de real decreto que este miércoles iba a presentarse a las comunidades autónomas en la Conferencia Sectorial de Infancia.

En el documento, consultado por Europa Press, se actualiza la capacidad ordinaria de los sistemas de protección de menores extranjeros no acompañados de cada comunidad. Este mismo, según aseguró la ministra de Juventud e Infancia, será elevado «de manera inminente» al Consejo de Ministros.

Así, según el texto, las comunidades con mayor capacidad ordinaria son Andalucía (3.009 plazas), Cataluña (2.829) y la Comunidad de Madrid (2.477). Les siguen la Comunidad Valenciana (1.903), Galicia (940) y Castilla y León (833).

En un segundo nivel se sitúan territorios como Canarias (783 plazas), Euskadi (776) y Castilla-La Mancha (742), mientras que regiones con menor población presentan cifras más reducidas, como Navarra (237), Cantabria (206) o La Rioja (114). Mientras, las ciudades autónomas de Ceuta (29 plazas) y Melilla (30) aparecen con las capacidades más bajas del sistema.

El cálculo de estas cifras se basa en la capacidad ordinaria del sistema de protección y tutela de las personas menores de edad extranjeras no acompañadas de las comunidades y ciudades autónomas resultante de dividir la población to-

AMPLIADA A 15,9M€ LA INVERSIÓN EN ZAMORA PARA EL CONSERVATORIO

La Consejería de Educación comunicó ayer al Consejo de Gobierno la modificación del contrato de las obras de construcción de nuevo Conservatorio Profesional de Música en Zamora por una cuantía de algo más de 1,4 millones de euros, atendiendo la petición de la dirección facultativa, por lo que la inversión total prevista roza los 16 millones.

El nuevo centro se está levantando en el solar de la antigua Universidad Laboral y a finales del pasado año, la dirección facultativa de la obra solicitó un proyecto modificado debido a los cambios surgidos durante la ejecución, ya que las condiciones reales del antiguo teatro de la Universidad Laboral, un edificio de casi 70 años, no coincidían con los datos utilizados para el proyecto inicial.

El borrador también establece que las declaraciones de contingencia

migratoria ya vigentes seguirán aplicándose mientras los sistemas autonómicos continúen excediendo tres veces su capacidad ordinaria.

Este miércoles estaba previsto que se celebrase la Conferencia Sectorial de Infancia para abordar Gobierno y comunidades autónomas la actualización de plazas de menores migrantes no acompañados, entre otros asuntos. Si bien, el encuentro no ha podido llevarse a cabo por falta de «quórum» tras la ausencia de autonomías gobernadas por el PP, a excepción de Ceuta y Canarias.

Según explicaron fuentes del departamento que dirige Sira Rego, la reunión se iba a celebrar en el Ministerio de Trabajo y Economía Social y habían acudido de manera presencial Canarias y Castilla-La Mancha. Mientras, de forma telemática se habían conectado Euskadi, Asturias, Navarra, Cataluña y Ceuta.

Por su parte, las comunidades autónomas gobernadas por el PP que se ausentaron de la reunión justificaron su decisión alegando «irregularidades» en la convocatoria, al haberse incluido en el orden del día un punto que ya había sido previamente rechazado por mayoría en el seno del órgano.

El año pasado el Gobierno fijó la capacidad ordinaria de acogida total en España en 14.142. En concreto, estableció 2.827 en Andalucía, 2.650 en Cataluña, 2.325 en la Comunidad de Madrid, 886 en Galicia, 783 en Castilla y León, 737 en Canarias, 731 en País Vasco, 692 en Castilla-La Mancha, 517 en Murcia, 441 en Aragón, 406 en Baleares, 344 en Extremadura, 331 en Asturias, 223 en Navarra, 194 en Cantabria, 27 en Ceuta y 28 en Melilla.

Diez no coge la puerta de Cendón: «No me voy a ir de mi partido. Punto»

LEÓN
Nuevo capítulo en el enfrentamiento entre el secretario general del PSOE de León, Javier Alfonso Cendón, y el alcalde de la capital leonesa, José Antonio Díez. El regidor socialista no coge la puerta que hace unos días le abrió el líder del partido en la provincia. «Yo no me voy a ir de mi partido. Punto», afirmada Díez en declaraciones a los medios en León, durante un acto con la Universidad.

Una afirmación con la que el alcalde de León venía a querer zanjarse este jueves el cruce de reproches y

acusaciones que mantiene con el secretario provincial del PSOE leonés y diputado nacional desde hace días, en un nuevo capítulo de los frecuentes y duraderos enfrentamientos y desavenencias entre ambos.

Diez, según informa lcal, al ser preguntado al respecto en una comparecencia pública después de que Cendón dijese que «la puerta del PSOE está abierta para fuera para quienes llevan demasiado tiempo dedicados a meter bulla y atacar al partido», replicaba con brevedad y contundencia el que no se iba a ir de su partido.

Eso sí, no sin antes comentar que «honestamente el asunto -en referencia a la polémica que mantienen Díez y Cendón- interesa bastante poco a la gente».

«Quizá a algunos de vosotros os puede interesar más, pero a la gente de verdad que le interesa bastante poco», finalizaba el alcalde socialista de la capital leonesa, en esa idea de querer zanjar ya este asunto.

Habrà que ver si lo consigue y si sus declaraciones servirán para lo que pretende, el cierre de la polémica que mantiene abierta con Cendón.



La paciente gallega María Varela a la entrada del Ministerio de Sanidad, ayer. CEDIDA POR CHANGE.ORG

Sanidad bajará la edad de los cribados de mama

María Valera, paciente, pide que se hagan a partir de los 45 años

JUAN B. CANELLAS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
Sanidad se ha comprometido a adelantar la edad de inicio de los cribados de cáncer de mama hasta los 45 años y a ampliarlos hasta los 74, con la previsión de aprobar el cambio antes de que termine 2026. El giro se produce tras la presión ejercida por María Varela, paciente con cáncer de mama metastásico, cuya campaña *Mamografías a los 40* suma ya más de 86.000 firmas.

El compromiso se ha concretado tras la reunión mantenida este jueves en el ministerio entre Varela y el director general de Salud Pública y Equidad, Pedro Gullón, junto a la subdirectora general de Promoción, Prevención y Equidad en Salud, Estefanía García Camiño. Según trasladaron a la paciente, el departamento activará desde este mismo mes el proceso para revisar el protocolo, alineándolo con la evidencia científica internacional y las recomendaciones europeas.

«Muchísimas mujeres me han contado que ellas también han sido diagnosticadas muy jóvenes. Vengo al ministerio por mí, pero también por ellas y por todas las que vendrán», explicó Varela.

El programa de cribado de cáncer de mama en España se dirige en la actualidad a mujeres de entre 50 y 69 años. La ministra, Mónica García, admitió que ya existe «mucho reflexión» sobre el adelanto de la edad de inicio y mostró la disposición del Ministerio a revisar los cri-

terios para mejorar su alcance. «Somos un ministerio que va de la mano de la evidencia científica y los protocolos tienen que adaptarse a la población en la que sean más eficaces», señaló antes de entrar en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Aun así, ha advertido de que cualquier modificación se abordará junto a expertos, sociedades científicas y responsables de las comunidades autónomas. La propuesta deberá pasar por el grupo de trabajo ya en marcha y superar el filtro de la Comisión de Salud Pública, la Comisión de Prestaciones y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Si supera estos trámites, Sanidad sitúa su aprobación antes de finales de 2026.

«Estoy contenta con que vaya a

Los programas actuales van desde los 50 a los 69 años

«Si tienes dinero, te haces la prueba antes. Si no, te toca esperar»

salir adelante antes de terminar el año, pero triste al saber que es necesaria tanta burocracia, porque nos estamos muriendo y para nosotras no hay tiempo que perder», añadió Varela.

Esta paciente ha hecho de su experiencia personal una lucha colectiva. Varela registró el pasado 11 de marzo más de 65.000 firmas en el Ministerio y acudió ayer acompañada simbólicamente por cerca de 200 testimonios de mujeres diagnosticadas a edades tempranas.

La interlocución, sin embargo, no fue sencilla. En una entrevista con EL MUNDO, Varela denunció que desde Sanidad le llegaron a prometer una reunión hasta «cinco o seis veces», sin que llegara a concretarse ninguna fecha, lo que acabó llevándola a acudir personalmente al Ministerio en una primera ocasión el pasado marzo, cuando tampoco obtuvo respuesta.

La gallega denuncia que en la actualidad «hay gente que llega justa a fin de mes y no puede elegir entre comer o ir al médico. Si tienes dinero, te haces la prueba antes. Si no, te toca esperar».

Más allá del adelanto a los 45 años, el Ministerio ha puesto sobre la mesa la revisión de los protocolos de Atención Primaria para afinar la detección en mujeres jóvenes y el análisis de la incidencia real de la enfermedad en España. «Van a empezar a estudiar cuántas pacientes somos, que es un dato que a día de hoy no se sabe», concluyó.



De izquierda a derecha, las investigadoras Aida Ripoll-Cladellas, Marta Melé y María Sopena. BSCI

EL SISTEMA INMUNE DE HOMBRES Y MUJERES NO ENVEJECE IGUAL

Investigación. Un estudio del Barcelona Supercomputing Center muestra que, con el paso del tiempo, las mujeres experimentan cambios mucho más pronunciados que los hombres en su sistema de defensas

Por C. G. Lucio (Madrid)

Por qué los hombres son más susceptibles a las infecciones y algunos tipos de cáncer y las mujeres sufren más enfermedades autoinmunes? ¿Cómo cambia su sistema inmunitario con la edad? ¿Sigue un mismo patrón?

Con esas preguntas en mente un equipo del Barcelona Supercomputing Center-Centro Nacional de Supercomputación (BSC-CNS) se embarcó en una ambiciosa investigación cuyas conclusiones publicaron ayer en la revista *Nature Aging*. Los resultados muestran que hombres y mujeres no envejecen igual, sino que el sistema inmunitario de ellas cambia mucho más con el paso del tiempo.

Tras analizar la actividad de 20.000 genes en más de un millón de células con una altísima resolución, los investigadores han podido demostrar, por primera vez, que el envejecimiento inmunológico sigue dinámicas diferentes en hombres y mujeres. Sus datos muestran que, con la edad, las

mujeres experimentan cambios mucho más pronunciados que los hombres en su sistema inmunitario. En ese sentido, han observado que presentan un aumento significativo de células inmunitarias inflamatorias.

Esta alteración podría ayudar a explicar que las enfermedades autoinmunes las desarrollen principalmente las mujeres, especialmente en edades avanzadas. Además, este dato también podría estar relacionado con que, tras la menopausia, muchas mujeres padezcan un empeoramiento de ciertas patologías inflamatorias.

En el caso de los hombres, el trabajo ha mostrado que los cambios asociados al envejecimiento en el sistema inmunitario son globalmente menos extensos, si bien se ha observado un aumento de determinadas células sanguíneas que presentan alteraciones previas a la leucemia. Esto podría explicar por qué algunos tumores de la sangre son más frecuentes en varones de edad avanzada.

Para llegar a estas conclusiones, el equipo ha analizado muestras

sanguíneas de casi 1.000 personas de diferentes edades. Entre otros procedimientos, han utilizado una tecnología que es capaz de analizar de forma individualizada cada célula. En total, se ha analizado la actividad de 20.000 genes, lo que ha permitido elaborar una panorámica de cómo cambia el sistema inmunitario con el paso de los años y detectar diferencias claras entre sexos.

«Hasta ahora la mayoría de estudios analizaban el sistema inmune a partir de la media de muchas células a la vez, lo que dificulta captar los efectos progresivos del envejecimiento. Con el análisis célula a célula y una muestra mucho más grande, hemos podido detectar estos patrones y compararlos de manera robusta entre sexos biológicos», ha explicado en un comunicado María Sopena-Ríos, investigadora del BSC y primera coautora del estudio.

La investigación ha sido posible gracias al uso de métodos computacionales avanzados que no se habían aplicado nunca a conjuntos de datos tan complejos, aseguran desde el BSC-CNS. Así, el superordenador MareNostrum 5 del que dispone el centro ha sido una pieza clave para hacer posible la investigación.

Los datos obtenidos en este trabajo, subrayan, sientan las bases para incorporar el sexo biológico como variable clave en la medicina de precisión del envejecimiento, abriendo la puerta al desarrollo de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas. «Entender mejor el envejecimiento del sistema inmune puede ayudarnos a entender procesos que van más allá de la sangre y afectan a múltiples tejidos», añadió Aida Ripoll-Cladellas, investigadora del BSC y primera coautora del estudio.



LA PENÚLTIMA NACHO VIGALONDO

COLUMNA PARA TONTOS

Vamos a hablar en 2026 del final de la serie *Perdidos*, por qué no. Hay muchas posibilidades de que no te gustara nada. Pero también de que lo describas de forma errónea (no, no estaban todos muertos y no, la isla no era un purgatorio). Juntando estos dos síntomas parece que deberíamos reabrir el caso. Si el final de *Perdidos* que desencantó a tantos es una interpretación equivocada del que realmente se emitió, ¿falló la serie o falló el público?

Esta semana vimos *Eddington* (2025), una comedia inspirada en la psicosis colectiva provocada por las redes sociales en épocas de tensión política, en el vendaval de acusaciones, fanatismos y bulos online desatado por una tragedia global (la última pandemia) y una puntual (el asesinato de George Floyd). Al comienzo hipnotiza sin problemas, no es habitual que un director de la estatura de Ari Aster le dedique atención a los titulares de antes de ayer. Pero comete la imprudencia de convertirse en una película distinta cada 20 minutos, cada vez más enrarecida y violenta.

En su tramo final las mentiras y las revelaciones se multiplican y amontonan, el relato se desequilibra tanto como sus protagonistas y parece querer conven-



Joaquín Phoenix y Pedro Pascal, en una escena de *Eddington*. A24

cernos de una cosa y la contraria a la vez. *Eddington* me dejó confundido, con la sensación de que la película se había perdido dentro de sí misma, sin saber exactamente qué me acababan de contar, con la sospecha de que Ari Aster tampoco lo tenía muy claro. Días después, gracias a Anxo Couceiro, cuyos mensajes en WhatsApp son más didácticos y están mejor redactados que la mayoría de artículos que leo por ahí, me quedó claro que no estuve a la altura. Fui más tonto que *Eddington*.

La crítica, profesional o aficionada, nunca afirmaría algo así. El espectro de opiniones que genera toda película va del entusiasmo al desprecio. De las cinco estrellas al tomate podrido. Del abrazo, que se hace de frente, a la mirada despectiva, desde arriba. ¿Cómo se encajan en esas coordenadas las opiniones de los que sienten que la película les viene grande, de los que, como yo, se pierden por el camino? ¿Cómo se puntúa una película que miramos desde abajo?

En nuestros entornos está prohibido parecer idiota. Los críticos nunca han dicho «no entiendo», sino «no se entiende». Si tus carencias y límites son los mismos años tras años tendrá que ver el que, cada vez que una obra es más grande que tú, tu respuesta inmediata sea despreciarla y tacharla de pretenciosa, torpe o vacía. Si siempre te sientes más listo que la película, será que sólo ves películas para tontos. Y si te enfadas con las que son más listas que tú... esta columna es para ti.

PAPEL | SALUD



VÍNCULOS QUE SOSTIENEN A LOS MAYORES FRENTE A LA SOLEDAD Y EL SUICIDIO

Once vidas. Los ancianos, sobre todo los hombres, sufren tasas altas de suicidio. Las redes de acompañamiento del Parc Sanitari Sant Joan de Déu y la asociación 'Te necesitas' muestran el valor de la prevención comunitaria

Por Santiago Satz (Madrid)

La calle de Isla Soledad, en Madrid, desemboca cuesta abajo en una clínica psiquiátrica. Pero a la soledad no deseada conducen numerosas circunstancias. «Sientes a veces que es como una muerte en vida», dice Loli sobre esa soledad asfixiante. Ha cumplido los 64 años y vive en Cataluña. Hace ocho se integró en los grupos *Acompañando a la soledad*, impulsados por Jordi Ramón en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu. «Venía mucha gente mayor con diagnósticos de depresiones, de trastornos de ánimo, que tenía un problema de soledad», explica este enfermero

especializado en salud mental. Su iniciativa reúne a unas 350 personas en Cornellà (Barcelona). «Cuando estamos arriba no pensamos que vamos a caer», cuenta Veva, 61 años, desde Andalucía. «Tenía una vida supercómoda y de la noche a la mañana se rompió», añade. Encontró un asidero en la asociación *Te necesitas*, fundada por el sacerdote Joaquín Sánchez y la escritora Magdalena Sánchez Blesa en Murcia en 2023. Hoy despliega unos 400 voluntarios que atienden telemáticamente a miles de personas dentro y fuera de España. «La soledad en la masa es un drama del siglo XXI», define

Joaquín Sánchez. Magdalena, diputada socialista en la Asamblea Regional, había tomado conciencia del problema al compartir su teléfono en las redes sociales. «Llamaban con depresiones, ansiedad, mucho miedo».

Pero hay muchas soledades que ni llaman por teléfono ni pisan la calle. Según el Barómetro de la Soledad No Deseada (2024), un 20% de la población española la sufre. En febrero el Gobierno aprobó una Estrategia Nacional para detectarla y combatirla.

«Nacemos con una necesidad de conectar. Sin ese vínculo no podemos desarrollar nuestro sistema nervioso y no podemos mantener la supervivencia». Son palabras del psiquiatra Rafael Benito, coautor del libro *El cerebro solitario* (Editorial Sentir). Al envejecer, señala, muchas personas tienden a retraerse.

A esa evolución se suman factores que erosionan la salud mental. Los enumera Alicia Míguez, doctora en Psicología, del Colegio Oficial de Vizcaya y colaboradora de la asociación Zahartzaroa: enfermedades, aislamiento social, problemas económicos, diferencias culturales y un bajo nivel educativo.

Las personas mayores presentan de forma prevalente «síndromes depresivos, ansiosos, depresiones muy mantenidas en el tiempo», especifica Luis Fernández-Pacheco, coordinador de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Cuando en consulta indaga en la esfera emocional emergen «conflictos personales o familiares, y la sensación de quedarse descolgados».

Tanto el médico de familia como la psicóloga remarcan la estrecha relación entre la evolución física y la psíquica. Y agravando todo, la soledad. «La degeneración de las conexiones neuronales es más temprana y acelerada en las personas que la han vivido durante largo tiempo», explica el psiquiatra Rafael Benito. Bse deterioro, certifica, alimenta a su vez el aislamiento. La soledad no deseada se convierte entonces en callejón sin salida. «Duele mucho más cuando te haces mayor», recapitula Veva tras años con depresión. «Sentía que no era nadie», dice Loli, con idéntica enfermedad. El dolor de ambas confluye. «Había pensado en quitarme la vida», admite una. «Intenté suicidarme», reconoce la otra.

Los datos del INE recogen una media de 8,1 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes en

España en 2024, con una tasa masculina (12,1) que triplica a la femenina (4,2). La tasa más alta en mujeres se sitúa entre los 50 y 59 años, con más de 7 muertes por 100.000 habitantes; en hombres, sube al 23,9 entre 80 y 84 años, y a partir de los 85 supera las 40 muertes por 100.000 habitantes.

«He sabido de varones en edad geriátrica que han hecho un intento de suicidio, incluso consumado, y en muchas ocasiones nadie sospechaba nada», comenta el médico de familia Luis Fernández-Pacheco. «Dan menos señas previas y utilizan métodos más letales», completa la psicóloga Alicia Míguez. Lo cierto es que en los grupos *Acompañando a la soledad* y en la asociación *Te necesitas* participan sobre todo mujeres.

«Siempre me he comido el mundo y ahora el mundo me come», lamenta Veva. La asociación *Te necesitas* la sostuvo a distancia con cuatro «ángeles» voluntarias y un psicólogo. Hoy se conecta a talleres de lectura, de escritura creativa, de habilidades. «Me da la vida», confirma Loli sobre el grupo al que se unió, como parte del tratamiento, en Cornellà. Desarrollan actividades como alfabetización, pintura fácil o cine fórum. Prolongan las clases con un café y se juntan a comer los viernes. «Hemos creado como una familia», describe sonriendo.

Alicia Míguez, psicóloga, apela a la empatía. «Que todas las personas sientan que podemos estar en esa situación». El médico de familia Luis Fernández-Pacheco subraya el valor de la atención comunitaria. «Que las personas mayores no se sientan un mueble en el desván, sino realmente útiles». El psiquiatra Rafael Benito destaca la importancia de mostrarles que tienen un lugar en nuestra cabeza y nuestro corazón. «Si conseguimos que tengan un acompañamiento, vamos a tener oportunidades de monitorizar su estado».

Loli, en una imagen tomada hace unos días en Cornellà (Barcelona).
VICTÒRIA ROVIRA
| ARABA PRESS

“Nacemos con una necesidad de conectar. Sin esos lazos no podemos sobrevivir”

“A veces la mejor pastilla es un beso o una llamada. Son pequeños gestos que protegen”

La calle de la Esperanza, en Madrid, es empinada pero en ella irrumpe la luz desde la contigua calle de la Primavera. «Lo que más necesita la gente es compañía», subraya Magdalena Sánchez Blesa. Pone el punto final Jordi Ramón. «A veces la pastilla es un beso, un abrazo, una llamada, cualquier pequeño gesto funciona como un protector».

SALUD

HOSPITAL LATORRE, 5º ANIVERSARIO EN CONTINUO PROGRESO

El centro dispone de 41 unidades asistenciales consolidadas y de equipos innovadores

REDACCIÓN/SORIA

Hospital Latorre, que abrió sus puertas en 2021 con el reto de crear un centro hospitalario desde cero, celebra su quinto aniversario con 41 unidades asistenciales ya consolidadas y una apuesta firme por la especialización médica. Lo que empezó como un proyecto escalonado, es hoy un centro de referencia plenamente afianzado que, tras consolidar sus servicios básicos y quirúrgicos, da un paso más incorporando equipamiento médico innovador y unidades de diagnóstico avanzado únicas en la provincia.

El hospital se ha convertido en referente asistencial de la medicina privada en Soria. Puede presumir de tener disponibles todos los servicios a pleno rendimiento para cubrir las necesidades de sus pacientes. No solo ha logrado dar continuidad a unidades asistenciales consolidadas como la unidad del dolor, sino que se han incorporado especialistas y unidades nuevas ya aprobadas por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León hasta contar con 41 en la actualidad.

NUEVAS UNIDADES. Una de las novedades es la *Consulta de evaluación de riesgo de padecer cáncer de mama hereditario*, donde se analizan antecedentes familiares para estimar el riesgo de padecer esta dolencia, realizando una exploración física y distintas pruebas de imagen para completar el estudio. Con toda la información, se calcula el riesgo individual y se define la estrategia a seguir.

A ello se suma el área de *Medicina estética*, que se centra en restaurar y mantener la estética, la salud y el bienestar mediante técnicas no invasi-

vas o mínimamente invasivas. Su finalidad principal es preventiva, ya que la mejora del aspecto físico se asocia a una mayor calidad de vida. Además, se responde a una demanda social en constante crecimiento. Igualmente, en la *Unidad asistencial de neurofisiología clínica* el médico especialista realiza exploración funcional del sistema nervioso central y periférico, poligrafía, estudio de potenciales evocados... con fines diagnósticos, pronóstico u orientación terapéutica. Actualmente, se realizan electromiogramas, potenciales evocados y poligrafía de la apnea obstructiva del sueño.

La *Unidad de rehabilitación de suelo pélvico* trata disfunciones como incontinencia, prolapso, estreñimiento o dolor pélvico. Estas alteraciones pueden aparecer tras partos, cirugías, tratamientos oncológicos o con la edad. La rehabilitación busca aliviar síntomas y mejorar la calidad de vida de cada paciente. Por otro lado, la *Consulta de logopedia* se ocupa de las alteraciones en la habilidad para expresarse de forma oral, escrita y gestual. Concretamente, trabaja trastornos del desarrollo del lenguaje, retrasos en el habla o dificultades de comprensión.

SOLUCIONES ASISTENCIALES. El complejo también funciona como *Hospital de día*, entendido como estructura sanitaria asistencial en la que el paciente recibe las técnicas terapéuticas y los tratamientos necesarios sin precisar ingreso convencional. Al finalizar la atención, el paciente vuelve a su domicilio. La *Unidad de recuperación asistencial* ofrece habitaciones para pacientes que necesitan recuperación sin ingreso hospitalario, permitiendo el acceso a todos los servicios hospitalarios y un seguimiento cercano tras intervenciones. Esto facilita la rehabilitación inmediata y personalizada, mejorando el pronóstico y la calidad de vida.

Hospital Latorre también cuenta con la *Unidad de matrona*, que se encarga de realizar el nuevo servicio de colocación de pendientes, con un sistema de tecnología avanzada que garantiza la esterilidad en todo momento, e imparte educación materna en clases presenciales, ofreciendo todo tipo de información y documenta-

DECLARACIONES

LUIS PELLICER
DIRECTOR GERENTE DE HOSPITAL LATORRE

«Nuestra mayor satisfacción tras estos cinco años es haber transformado un reto de gestión en una infraestructura sanitaria clave para Soria. Hemos crecido en instalaciones y tecnología y contamos con un equipo de más de 100 profesionales para ofrecer una asistencia de calidad, cercana y eficiente, evitando que el paciente tenga que salir de la provincia.»

DOMINGO MACHUCA
DIRECTOR MÉDICO DE HOSPITAL LATORRE

«El punto de inflexión en el Hospital Latorre ha sido la especialización. Hemos pasado de cubrir las necesidades básicas a ofrecer tecnología puntera, como el láser HoLEP o el diagnóstico genético prenatal. Ya no somos solo un apoyo, somos un referente en atención médica integral y especializada.»

CRECIMIENTO EN CIFRAS

114

Hospital Latorre ha pasado de contar con una plantilla mínima a un equipo de 114 profesionales. En 2025 se superaron las 50.000 consultas y en 2026 se prevé un crecimiento superior al 40%, estimando llegar a las 72.000 citas anuales. El bloque quirúrgico también ha crecido, con más de 1.700 intervenciones el año pasado, con especial demanda en dermatología; y se mantiene el ritmo en 2026 con 165 cirugías al mes, destacando traumatología, digestivo, urología, ginecología y cirugía general. El centro consolida la colaboración con Sacyl, con mil intervenciones de cataratas, a las que se suman procedimientos de septoplastias.

GESTIÓN Y ACCESIBILIDAD. El crecimiento del hospital también ha sido digital, implementando herramientas que facilitan el acceso del paciente: cita online, Portal del Paciente para consulta de pruebas diagnósticas y comunicación vía WhatsApp. Actualmente, el centro gestiona una media de 6.000 citas mensuales y colabora con la práctica totalidad de aseguradoras, mutuas laborales y de prevención, consolidando su papel como referente asistencial en Soria.



Hospital Latorre, un centro de referencia en la provincia. | EUGENIO GUTIÉRREZ



ción a los futuros padres. En *Estomatología*, se realizan valoraciones iniciales sin compromiso, limpiezas, implantes, bruxismo, extracciones cordales, ortodoncia. Otra de las unidades claves es la de *Psicología clínica*, con una primera atención para realizar una evaluación exhaustiva previa para entender la situación del paciente. El profesional puede identificar depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, entre otros.

Por último, el *Servicio de podología* trata desde problemas comunes del pie hasta afecciones complejas como infecciones o complicaciones por diabetes. La clave es detectar a tiempo problemas que podrían pasar desapercibidos y prevenir futuras complicaciones. También orientan en el cuidado diario para mantener la salud de pies y tobillos.

ESPECIALIZACIÓN. Este último año ha marcado un cambio de paradigma en el Hospital Latorre, ya que su compromiso no es solo asistencial, sino de especialización técnica, para consolidarse como referente en la atención médica integral. Así, hablamos de técnicas diagnósticas y terapéuticas recientemente incorporadas como la *Técnica HoLEP*, un procedimiento con láser para tratar la hiperplasia benigna de próstata que ofrece resultados duraderos; y la elastografía hepática, que evalúa la rigidez del hígado para detectar fibrosis. Se realizan pruebas novedosas de laboratorio, como *Test genético prenatal no invasivo* y el *Cribado precoz de cáncer de mama*. También ofrece la determinación de *PTAU 217* para apoyar el diagnóstico temprano de Alzheimer.

SALUD



La fachada del Centro Médico PAMA, en la Ronda Eloy Sanz Villa de Soria. / CEDIDA



Uno de los quirófanos de las instalaciones, dotadas de nuevas tecnologías. / CEDIDA

PAMA, EN LAS MEJORES MANOS

El centro médico incorpora la consulta de una neurofisióloga con muy diversas funciones

REDACCIÓN/SORIA

Centro Médico PAMA es un referente en el cuidado de la salud en la provincia de Soria, tanto para chequeos generales y analíticas como para consultas generales y de médicos especialistas. La principal novedad es que se incorpora a la plantilla una neurofisióloga, que realizará exploraciones de músculos, así como de nervios (motores y sensitivos) y de raíces nerviosas cervicales y lumbares (túnel de carpo, atrapamiento de nervio periférico, cervicalgias, ciáticas...); tratamiento de polineuropatía en pacientes diabéticos y oncológicos; valoración de vía larga sensitiva; evaluación de suelo pélvico y valoración de la vía auditiva.

Y es que el Centro Médico PAMA pone a disposición de los ciudadanos,

a través de una aseguradora o de forma privada, una amplia cartera de servicios, unas modernas instalaciones y técnicas punteras en el centro de la capital soriana, en la Ronda Eloy Sanz Villa.

ASISTENCIA DE CALIDAD. Destacan áreas como la fisioterapia, en la que se realizan tratamientos generales para los cuidados de la espalda (cervicalgias, dorsalgias o lumbalgias); del hombro (fracturas, luxaciones, tendinopatía, artrosis, bursitis, capsulitis retráctil...); del codo; de las manos (esguinces de muñeca, artritis traumáticas, túnel carpiano, tendinopatía...); tratamientos de cadera, de rodilla y tobillo-pie; o lesiones generales (contracturas, edemas óseos, o tendinitis, presoterapia y magnetoterapia). Hay que hacer

hincapié en las ondas de choque para calcificaciones, espón de calcáreo y tendinitis crónicas.

Este centro médico también ofrece el tratamiento de Plasma Rico en Plaquetas en el área de traumatología, técnica de regeneración tisular en lesiones del aparato locomotor. Por la experiencia y el saber hacer de los profesionales de PAMA, varios clubes deportivos de la provincia de Soria mantienen un acuerdo con el centro para realizar reconocimientos médicos. Al mismo tiempo, ofrece orientación en fisioterapia para aquellos que se preparan para pruebas físicas. En cuanto al resto de especialidades que pueden encontrarse en centro, tenemos que hablar de medicina general, enfermería, psicología sanitaria, urología, cardiología, oftalmología, psiquiatría y certificados médicos.

ACTUALIZACIÓN

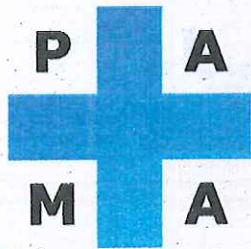
TECNOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA AVANZADA

Centro Médico PAMA dispone de la más moderna y avanzada tecnología médico-quirúrgica para ofrecer la mejor atención a los pacientes. Hay que destacar el área quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) con la que, entre otras intervenciones, se realizan de dedo en resorte, túnel carpiano, cirugía menor de partes blandas, enfermedad de Dupuytren, cubital, el citado Plasma Rico en Plaquetas (inyección intratendinosa o intraarticular), fimosis, vasectomía y lesión palpebral.

Centro Médico PAMA es una institución con una trayectoria de cuatro décadas dedicada a la medicina al servicio de los sorianos. Ofrece una asistencia de calidad sin listas de espera; diagnóstico y prevención con rapidez y profesionalidad; trato humano y personalizado en unas instalaciones relajantes, acogedoras y tranquilas; y sobresale por la innovación e inversión continua para dar cobertura a las necesidades de todos a un precio asequible. Igualmente, cuenta con unos sólidos valores éticos forjados durante los años dedicados al ejercicio de la medicina privada; y hay que reseñar la profesionalidad de su plantilla, especialistas altamente cualificados.

En síntesis, Centro Médico PAMA está definido por una dotación humana y material de primer nivel, poniendo el máximo esfuerzo en ofrecer a sus pacientes las mayores garantías de éxito a través de sus servicios, e intentando proporcionar siempre al usuario la mejor atención técnica y profesional posible.

Más de 35 años cuidando a los sorianos



- Más de 1.200 m²
- Sala de cirugía menor y quirófano de cirugía mayor ambulatoria
- Medicina general y especializada

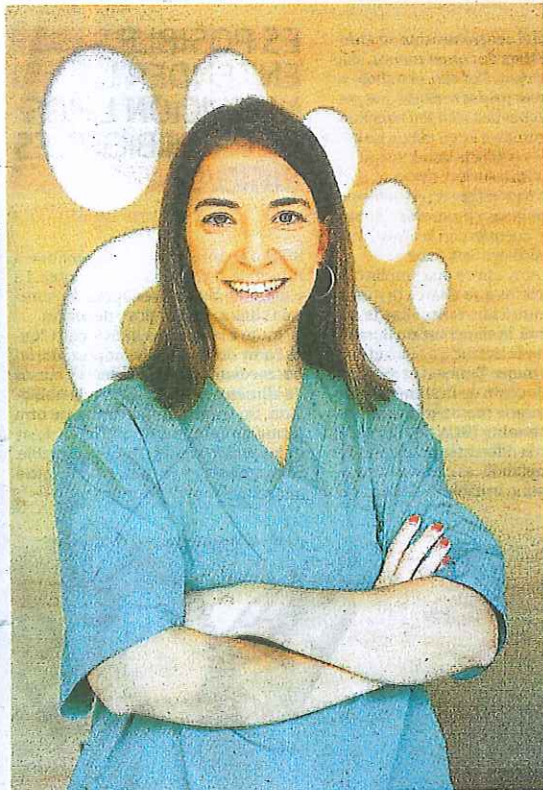
En el centro de Soria

Ronda Eloy Sanz Villa, 2 • Tfn. 975 22 80 52



Nº Registro Sanitario 42-C24-0001

CUIDADO PERSONAL



La podóloga Silvia López en su clínica especializada. / CEDIDA



Por prevención se debería ir al podólogo al menos una vez al año. / CEDIDA

LA SALUD COMIENZA EN LOS PIES

Clínica Silvia López da solución a todo tipo de problemas o patologías podológicas

REDACCIÓN / SORIA

Ir al podólogo tiene muchos beneficios y no importa la edad o si se sufre o no alguna patología. La mejor razón para acudir a una consulta de podología pasa por la prevención pues, a través de la exploración y las distintas pruebas, es posible detectar y evitar posibles problemas a corto y largo plazo. La salud comienza por los pies porque no sólo estos se ven afectados. Cuando se encuentran en malas condiciones pueden darse otras patologías en otras partes del cuerpo, como las rodillas, la cadera o incluso la columna vertebral.

Los pies son los grandes olvidados, pero, de su constante cuidado depende no sólo una buena movilidad para evitar posibles dolores y molestias que pueden ir a peor y degenerar en problemas más graves que pueden llegar a ser incapacitantes. Por eso, al igual que se acude a revisiones periódicas al

dentista o al oculista, es necesario ir al podólogo al menos una vez al año, insiste la profesional de esta especialidad, Silvia López.

Aunque, a veces, con sentido común y siguiendo una serie de consejos simples para aplicar en el día a día se pueden prevenir problemas en esta parte del cuerpo. Una de las recomendaciones de básicas se centra en realizar una buena higiene de los pies. Es importante secarse muy bien con la toalla entre los dedos para evitar la proliferación de hongos o bacterias que puedan degenerar en picores, mal olor o incluso infecciones.

Nunca debe emplearse crema hidratante entre los dedos de los pies (solo bajo la planta y en el talón para evitar la sequedad y posibles grietas a consecuencia de la falta de hidratación) dado que la piel de esta zona no la absorbe. También es importante cortarse bien las uñas. En el caso de los pies, deben quedar rectas para pre-

POR PREVENCIÓN, SE DEBERÍA IR AL PODÓLOGO AL MENOS UNA VEZ AL AÑO

PARA EVITAR PROBLEMAS HAY QUE ESTAR ÁTENTO Y REVISAR TUS PIES

venir que los extremos puedan clavar-se en la piel y derivar posteriormente en posibles infecciones en esa zona. Junto a la higiene, por supuesto es también muy importante llevar un calzado correcto, que sea de nuestro número, pero también que no sea demasiado estrecho en la zona de los dedos para evitar roces y la aparición de helomas, los dolorosos callos u ojos de gallo. Éstos se genera por presión o roce, de ahí que sea importante llevar siempre zapatos adecuados.

Los callicidas u otros remedios para acabar con estos problemas sin la intervención y consulta de un profesional de la podología no son una buena idea, porque en ocasiones pueden tener efectos indeseados como quemaduras en la piel, especialmente en el caso de personas diabéticas.

Hay muchas creencias falsas en torno a cómo acabar con los callos, como que tienen raíz, por ejemplo. Cada caso es particular y es importante hacer un diagnóstico individualizado para dar la mejor alternativa a los pacientes. En la consulta de podología podemos tratar multitud de patologías y alteraciones de distintas formas valorando diferentes factores de cada paciente, como por ejemplo en el caso de las silliconas a nivel infantil podemos usarlas para corregir deformidades digitales o para personas más adultas y mayores para evitar la aparición de durezas, callos y roces. Cada paso importa, la salud comienza por los pies

Del mismo modo es importante acudir a la consulta de podología cuando se hace deporte y prestarle especial atención a la aparición de alteraciones dérmicas tipo callos, durezas, ampollas o rozaduras y la parte biomecánica para evitar compensaciones, sobrecargas y posibles lesiones.



SERVICIOS DE PODOLOGÍA

PREVENCIÓN TRATAMIENTOS Y CUIDADOS

- QUIROPODIA (TRATAMIENTO DE UÑAS, CALLOS Y DUREZAS)
- UÑAS ENCARNADAS

- PODOLOGÍA GERIÁTRICA
- ÓRTESIS DE SILICONA
- PAPILOMAS (VERRUGAS PLANTARES)

- TRATAMIENTO DE HONGOS EN UÑAS Y PIEL
- PIE DIABÉTICO

RONDA SAN FRANCISCO 3, ALMAZÁN ☎ 683 656 532 citas@podologiasilvalopez.es www.podologiasilvalopez.es



CLÍNICA PODOLÓGICA
Silvia López Bartolomé

TEMA DEL DÍA | MORBILIDAD HOSPITALARIA

Los sorianos enferman más que la media, sobre todo por patologías respiratorias

La avanzada edad de la población de Soria provoca que las patologías que padecen sean cada vez más graves y recurrentes. Por otro lado, el aumento de las consultas hospitalarias revela que la esperanza de vida en la provincia continúa alargándose

EVA BORJA/SORIA

La calidad de vida que ofrece la provincia de Soria implica que sus habitantes se hagan cada vez más mayores. Es una ventaja que alarga la longevidad de los sorianos, pero que supone una cronificación más intensa de las enfermedades que padecen. En el marco del Día Mundial de la Salud, los últimos datos de morbilidad hospitalaria ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística revelan que 12.077 pacientes por 100.000 habitantes han enfermado en el periodo de un año; un dato muy por encima de la media nacional, situada en 10.189 casos, o la regional de Castilla y León, que ha registrado 11.778 pacientes por 100.000 habitantes. «Teniendo en cuenta nuestra pirámide de población, esto es poco significativo. La situación en realidad

hecho, la demencia entra en la ecuación. «No es una causa de mortalidad en sí misma, pero predispone». Las personas mayores pierden la capacidad de percibir el malestar físico y terminan empeorando su estado de salud indirectamente. Por eso, una vez entran al hospital, sus «polipatologías» ya han empeorado antes de poner ningún remedio y se añaden otras, como la neumonía, que sigue siendo una de las principales causas de muerte en personas mayores. En Soria, las atenciones por esta enfermedad han sido 434 según los registros del INE.

Los problemas respiratorios son los más numerosos en la provincia y también superan las atenciones medias nacionales: se han cubierto 1.779 casos; son 500 más que en toda España. Hay otros factores sociales y ambientales que llevan a las

provincia que está, mayoritariamente, por encima de los mil metros. Y aunque «parece que tiene algunos aspectos ventajosos», señala Huerta, como los efectos sobre el corazón y la sangre que «apenas percibimos» pero son beneficiosos, tiene por ejemplo otros en el sistema respiratorio. «Hace años, se daban más casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y patologías respiratorias, incluso crónicas en la zona de la sierra» por la relación directa con la altura y la presión, que resulta negativa y peor si se mezcla con el tabaco. «Afortunadamente, el tabaco es cada vez menos importante», añade José Ramón Huerta, pero es un efecto que tardará en percibirse. Los cánceres de pulmón incluso se reducen en comparación con años anteriores, con 83 casos por 100.000 habitan-

tes, y a partir de ahí, se repiten

que se ve acortada hasta en cinco años en fumadores habituales, sino que existen otros factores como el alcohol que siguen causando un problema de salud pública. También sobre el cáncer, el de mama continúa con una alta incidencia. Se trata de un problema que afecta a una de cada diez mujeres a lo largo de su vida. En Soria, 109 han acudido al médico en estos términos según los últimos datos registrados por el Instituto Nacional de Estadística. Los programas de prevención que se realizan en materia de salud pública están «muy estudiados» y funcionan, ya que según Sácy, con una detección temprana, se pueden curar el 80% de los casos. Actualmente las primeras mamografías se realizan a todas las mujeres que cumplen 45 años, y a partir de ahí, se repiten

de las estadísticas anuales, añade, también tendría que tenerse en cuenta un aumento de casos en esos grupos de edad menores de 40 años: «Desde luego, habría que actuar por ahí».

EL FUTURO DE LA SALUD. La problemática va más allá. Las enfermedades crónicas siguen azotando la salud a nivel provincial, pero poco a poco llegan más complicaciones globales. «En el 2050 podrían morir más de 50 millones de personas en el mundo debido a la resistencia a los antibióticos». Una alerta que emite la Organización Mundial de la Salud y sobre la que la sociedad debe concienciarse. La fuerza que ganan las infecciones bacterianas contra los medicamentos se ha desarrollado por el abuso de recetas, no solo por parte de los profesionales médicos, sino del uso que ha hecho la población de ellas. Huerta repara en que «hay enfermedades, sobre todo respiratorias con gérmenes complicados, como las que se cogen en hospital, que son inevitables y aumentan la mortalidad». Aunque existen programas de medicina preventiva en todos los hospitales para erradicarlas, es «imposible» y se ha convertido en «un problema de salud pública de primer orden»: «Antes creíamos que con los antibióticos teníamos todo resuelto, pero se ha visto que no», lamenta el doctor.

Afortunadamente, las ciencias de la salud han avanzado hacia un uso más racional de estos medicamentos, tanto por parte de médicos y enfermeras, como de veterinarios y farmacéuticos. Sin embargo, son componentes que ya están

MÁS TIEMPO

10

DÍAS DE INGRESO

Los últimos datos reflejan que los sorianos y sorianas han pasado una media de 9,84 días en el hospital, superando en casi dos puntos a la nacional, de 7,87 días de hospitalización.

MÁS MAYORES

63,24

AÑOS DE MEDIA. La edad sigue aumentando al ritmo de los ingresos que se producen.

MÁS HOSPITALIZACIONES

414

CONSULTAS MÁS

Los datos del año anterior apuntan que los habitantes de Soria van cada vez más al médico por la cronificación y desestacionalización de las enfermedades.

es peor por una cuestión de edad, sin embargo, nuestros datos demográficos son bastante buenos», explica el presidente del Colegio de Médicos, José Ramón Huerta. «Hay muchas hospitalizaciones, pero son enfermedades crónicas, muchos de los cuales reinciden y vuelven a entrar. Entonces, el que salga a la calle es que ha mejorado». La edad media de las personas que más acuden al médico se sitúa en los 63,24 años, y la franja más azotada por el deterioro de la salud está entre los 75 y 84 años: 1.984 altas hospitalarias absolutas de las 10.885 totales, y tiene un porqué: «La inmunidad disminuye con la edad». De

personas al médico y que se extrapolan a la edad avanzada que tiene la población. La movilidad geográfica del siglo XXI supone que los procesos catarrales o cuadros víricos, es decir, afecciones respiratorias leves, se hayan desestacionalizado. No solo aparecen los resfriados en invierno, sino que la globalización y el aumento del turismo ha supuesto esparcir los virus más allá de los meses más fríos. Sobre todo los de tipo epidémico, como la gripe, que cada año se adelanta más.

LA ALTITUD COMO RIESGO. Soria es un territorio de gran altitud. Una

tes, aunque ha crecido en mujeres porque ellas fuman más que antes. Esto también está directamente relacionado con el cáncer de vejiga: «Prácticamente hay escasísimos cánceres de vejiga en no fumadores», incide Huerta. Los últimos datos del INE dictaminan que se han observado 120 casos por 100.000 habitantes; sin embargo, es una de las patologías menos conocida de los fumadores y que tiene más mortalidad que el que afecta a los pulmones. Eso sí, apunta Huerta, no solo el tabaco es un abuso que afecta directamente a la reducción de la calidad y esperanza de vida,

cada dos hasta los 74. Es una manera de «hacer hincapié» y ser «eficientes, eficaces y efectivos», señala Huerta. Existen reivindicaciones por parte del colectivo de mujeres afectadas por este tipo de cáncer que piden reducir todavía más la edad de entrada al programa de detección precoz hasta los 40 años, pero José Ramón Huerta es prudente, porque no solo tiene costos económicos, sino que las propias pruebas emiten una radiación que tiene efectos en el cuerpo humano. «Tienen algún riesgo por lo que es necesario medirlo, hay que ajustarlo y ser efectivos». Dependiendo

presentes en la comida que tomamos los humanos. Los animales también se tratan con antibióticos e incluso ya existen en las aguas bajo la influencia de la mano del hombre, explica Huerta. Esto hace todavía más difícil controlar su uso y consumo. Aun así, la medicina está totalmente preparada para afrontar problemas futuros y abordarlos para continuar protegiendo a la población. Soria es una provincia que cuida su salud, concluye Huerta, gracias al poco impacto medioambiental de la contaminación, el predominio del mundo rural y el estilo de vida que presenta.

SEGÚN EL INE

6 SEXTA PROVINCIA

Soria se encuentra en la sexta posición de las provincias con más tasa de morbilidad hospitalaria por 100.000 habitantes. Palencia presenta peores datos, con 13.629 casos.

Un escáner de las principales dolencias

VAMOS MÁS AL MÉDICO. «Cada vez nos hacemos más mayores y al final crecen las patologías». El aumento de las hospitalizaciones tiene una relación muy directa con la edad, explica el presidente del Colegio de Médicos, José Ramón Huerta. Por otro lado, también se dan procesos de los que que «antes se trataba menos la gente», es decir, pequeñas lesiones o sintomatologías que no pasaban por consulta, ahora entran en las preocupaciones de las personas. El aumento de casos, con casi 500 atenciones más que el año anterior, es porque «prácticamente todo pasa por la medicina», concluye.

LOS MÁS PELIGROSOS

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

ICTUS Y DERRAMES. Aunque estas cifras entran en el apartado de sistema circulatorio, cabe destacar los 287 accidentes cerebrovasculares que han llevado a los habitantes de la provincia al hospital. Los hombres los han sufrido más, con 154 visitas, pero no se aleja mucho de los 133 casos en mujeres.

LOS MÁS RECURRENTES

SISTEMA RESPIRATORIO

NEUMONÍAS Y BRONQUITIS. Las dolencias que corresponden al sistema respiratorio ascienden a los 1.603 casos y se colocan como la problemática más común. Los más numerosos son las neumonías, con 434 consultas.

TAMBIÉN SUBEN

SISTEMA CIRCULATORIO

INFARTOS. Es el segundo grupo más numeroso en altas hospitalarias. Ascienden a 1.473, con gran hincapié en los infartos agudos de miocardio que afectan doblemente a los hombres, con 99 registros, en comparación con los 54 que se han visto en mujeres.

MENOS INCIDENCIA

DIGESTIVO/URINARIO

PIEDRAS EN EL RIÑÓN. Las sorianas sufren de coleditiásis en mayor medida que los hombres. 108 mujeres han presentado molestias por este motivo, mientras que han sido 77 hombres en la provincia.

10.885

ALTAS HOSPITALARIAS

ENTENDIDAS COMO MORBILIDAD HOSPITALARIA. Durante el año estudiado, 10.885 personas enfermaron en la provincia de Soria en términos absolutos. Los más afectados, los habitantes entre 75 y 84 años. La población envejecida se hace notar en los hospitales con enfermedades cada vez más complicadas por la edad a la que llegan los sorianos y sorianas. Pero las altas hospitalarias también significan superar un cuadro infeccioso, aunque muchos vuelven al médico y también son contabilizados. Actualmente, Sacyl utiliza las últimas herramientas informáticas para el registro de casos en el sistema de salud, como el programa Jimena.

TUMORES

VEJIGA, COLON Y MAMA. Las neoplasias, o tumores, vuelven a superar los números registrados en el año anterior. En total, han sido 1.081 casos observados: 587 en hombres y 494 en mujeres.

Las enfermedades crónicas empeoran los cuadros de infecciones agudas en mayores

Los habitantes de Soria continúan envejeciendo más gracias a la calidad de vida

POR 100.000 HABITANTES

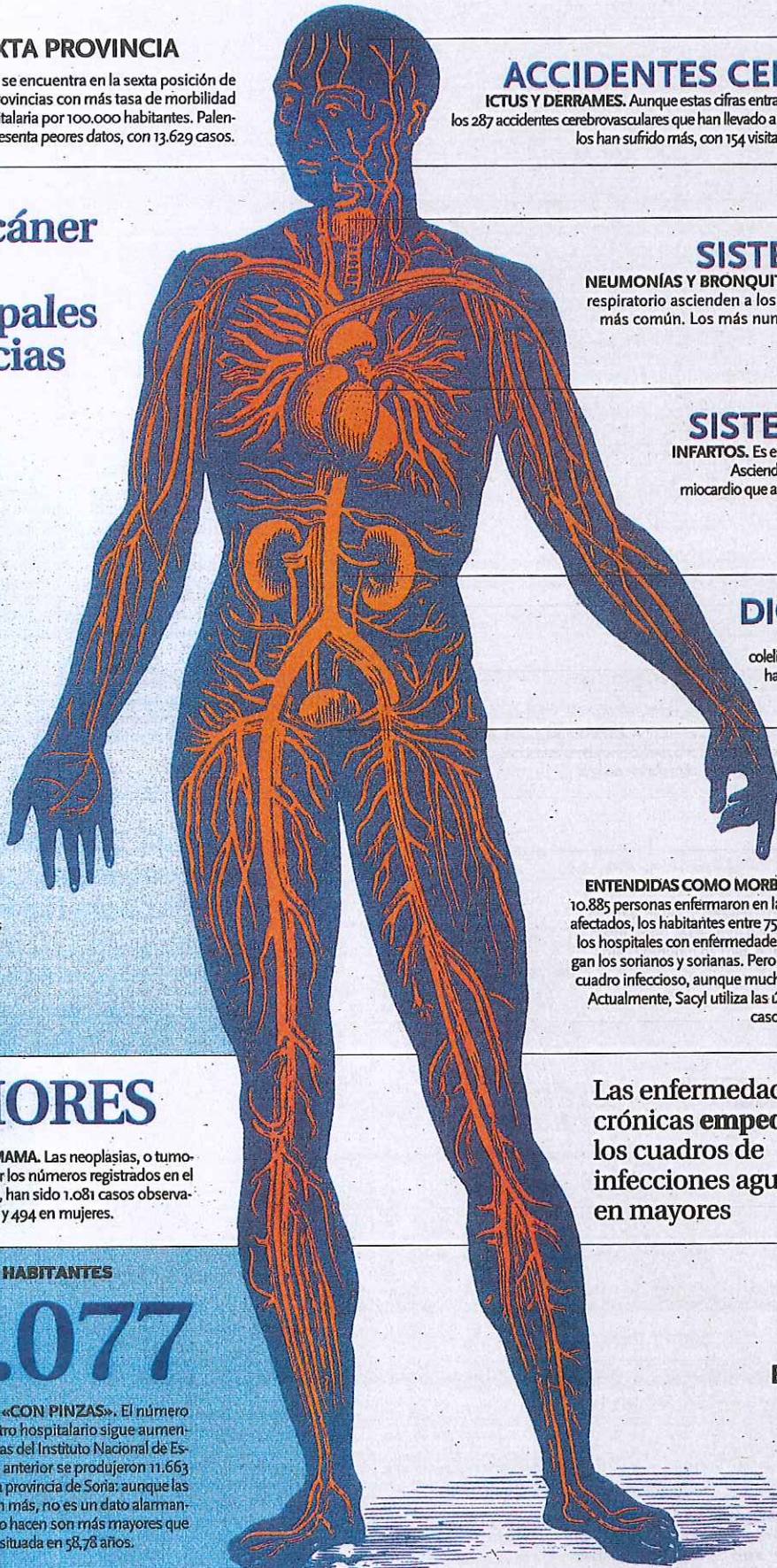
12.077

UN INDICADOR «CON PINZAS». El número de visitas a un centro hospitalario sigue aumentando según las cifras del Instituto Nacional de Estadística. En el año anterior se produjeron 11.663 enfermedades en la provincia de Soria: aunque las personas enferman más, no es un dato alarmante, ya que quienes lo hacen son más mayores que la media española, situada en 58,73 años.

ELLOS

ENFERMAN MÁS QUE ELLAS

REGISTRAN 820 CASOS MÁS. Las mujeres han acudido al médico en 5.053 ocasiones en comparación con las 5.833 que lo han hecho los hombres. Una cifra que es generalizada en la mayoría de patologías que afectan a ambos sexos, excepto en trastornos mentales. Ellas han padecido 185 enfermedades de este tipo, mientras los hombres han registrado 164 afecciones.





EL SÍNDROME RARO DE ROCÍO: "UN FÁRMACO NO PUEDE VALER MÁS QUE MI VIDA"

Lipodistrofias. Esta onubense padece una enfermedad caracterizada por la ausencia de tejido adiposo que está minando sus órganos y la hace tener un apetito voraz. Aunque existe un fármaco, ni Sanidad ni Andalucía lo financian

Por Rocío R. García-Abadillo. Fotografías de Antonio Pozo / Araba Press

Rocío Pérez tiene 42 años y lleva desde los tres luchando contra su enfermedad, lipodistrofia generalizada adquirida, también llamada síndrome de Lawrence. Es una enfermedad rara o, mejor dicho, ultrarrara (0,2 casos por millón de habitantes) que provoca una serie de complicaciones metabólicas y hepáticas que pueden ser mortales. Los últimos cinco años, esta mujer de Palma del Condado (Huelva) está luchando también contra la Administración andaluza que le deniega un tratamiento —que no cura este síndrome, pero sí controla esas complicaciones y mejora calidad de vida y supervivencia— porque no está financiado por el Ministerio de Sanidad.

Según datos de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder), solo el 6% de las más de 6.500 enfermedades raras que hay identificadas disponen de un medicamento huérfano (los tratamientos para estas patologías). «Hay muchísimas enfermedades y no es que yo me crea más importante que el resto. Hay realidades horribles que te condenan a un final y lo único que te queda es aceptarlo, pero es que esa no es mi situación. Existe un medicamento, si no existiera no me quedaría otra, pero existe y eso lo cambia todo», reclama Rocío.

Su calvario empezó con una varicela «muy, muy grave» tras la que perdió prácticamente la grasa «en

cuestión de días». Tenía tres años y, tras muchas pruebas, le pusieron nombre a lo que le pasaba: lipodistrofia. Su niñez, en realidad, fue feliz. Reconoce que todo recayó en su madre, que a causa de este problema ha estado «depresiva toda la vida». En la adolescencia comenzó lo peor para ella: «Empiezo a tener problemas de resistencia a la insulina y, con ella, *acantosis nigricans*, que son unas manchas en los pliegues de la piel; un aumento de la musculatura, me sobresalen las venas... No puedo imaginar lo que tiene que ser una lipodistrofia en la adolescencia de hoy con redes sociales y una exposición pública tremenda porque es una enfermedad muy física y es un estigma», explica.

Ella lo define como «una mezcla entre una anoréxica y una culturista». Pero en términos técnicos, la lipodistrofia es un conjunto de trastornos con un denominador común, que es la ausencia de tejido adiposo o grasa. Puede ser genética o adquirida, y generalizada —si afecta a la práctica totalidad del tejido adiposo— o parcial —si afecta a algunas zonas—. La pérdida de grasa es progresiva (pueden ser semanas, meses e incluso años) y una vez que se pierde, el tejido adiposo no se recupera nunca.

Pero más allá de eso, lo que sucede es que al no tener adipocitos, que es el tejido que almacena el exceso de aporte calórico que consumimos, esa grasa va hacia otro lado: corazón, páncreas, riñones y, sobre todo, músculos e hígado. El almacenamiento de grasa fuera



Rocío Pérez, paciente de lipodistrofia generalizada adquirida, en Palma del Condado.

Enfermedad ultrarrara. La lipodistrofia es un conjunto de trastornos con un denominador común, que es la ausencia de tejido adiposo o graso. El tejido adiposo no se recupera nunca una vez que se pierde

Traatamiento. Aunque la leptina recombinante humana o metreleptina no cura el síndrome, reduce la resistencia a la insulina y controla la diabetes, los triglicéridos, el depósito de grasa en el hígado y el apetito

Afectación. Además de problemas como diabetes resistente a la insulina, aumento de triglicéridos en sangre e hígado graso, la falta de leptina provoca un apetito voraz al no indicarle al cerebro que no coma más

Prohibitivo. El fármaco aprobado es muy caro: la dosis media de 5 miligramos al día cuesta un promedio de más de 400.000 euros anuales y la dosis de 10 miligramos al día son 980.000 euros al año

de donde corresponde da lugar a tres grandes complicaciones, que son la diabetes *mellitus* resistente a la insulina; el aumento de triglicéridos en sangre, que puede producir una pancreatitis aguda que es potencialmente mortal; e hígado graso, que puede llegar a evolucionar a cirrosis e incluso aumenta el riesgo de cáncer de hígado.

Asimismo, a estos pacientes les falta una hormona fundamental para vivir, que es la leptina. Se fabrica en ese tejido adiposo que a ellos les falta y le indica al cerebro que no siga comiendo porque ya es suficiente. Al no tener leptina, las personas con lipodistrofia tienen un apetito voraz y nunca se sacian. Esa hormona tiene tres funciones más: favorece la acción de la insulina, estimula el sistema inmune y ayuda a regular el ciclo menstrual, por lo que las mujeres sin leptina a veces no tienen menstruación. Además, al no tener estrógenos ven perjudicada su salud ósea.

El síndrome de Lawrence de Rocío no tiene causa genética y afecta a la práctica totalidad de su cuerpo. Tiene la diabetes resistente a la insulina propia de esta enfermedad y, además, desarrolló una diabetes tipo 1, que es autoinmune, lo que complica más su manejo. «Es lo que peor llevo», asegura. También el tener que luchar 24/7 contra las ganas de comer. «Eso a mí me aturulla porque es una pescadilla que se muerde la cola», dice. Se prohíbe a sí misma comer porque cuando lo hace le sube mucho el azúcar, pero muchas veces sucumbe al hambre y siente culpabilidad.

Ella sí ha tenido hijos, dos, de 16 y 12 años. Cuando el primero tenía unos dos años, en 2012, hubo un punto de inflexión en su vida al conocer a la Asociación Internacional de Familiares y Afectados de Lipodistrofias (Aelip). Allí encontró con David Araújo, catedrático de Medicina y responsable de la Unidad de Lipodistrofias del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (centro de referencia nacional en esta enfermedad), el mayor experto de España en estos trastornos y actualmente presidente del Consorcio Europeo de Lipodistrofias (ECLIP). Rocío fue a Santiago, donde le hicieron estudios genéticos y le pusieron, por fin, apellido a su lipodistrofia: generalizada adquirida o síndrome de Lawrence.

Hasta ese momento ella había actuado siempre como si no tuviera ninguna enfermedad. «Tenía un tabú y decía: 'Yo soy así y esto es lo que hay', ni mis amigos lo sabían». Pero al conocer el tipo exacto de lipodistrofia tuvo que digerir todo lo que suponía, lo que le estaba pasando y su «futuro tan desesperanzador». «Iba por la calle con mi hijo muy pequeño y las vecinas del pueblo me decían mucho: 'Salud para criarlo, y yo pensaba: 'No voy a llegar a ver al niño hacer

la comunión'». Entró en un proceso depresivo que ha ido arrastrando hasta hoy, viendo cómo su salud mental empeoraba. De hecho, para centrarse en mejorar este aspecto, en 2021 incluso dejó su trabajo como educadora social.

La historia de Rocío podría ser muy diferente porque existe un tratamiento que actúa como terapia de reemplazo para suplir aquello que no tiene. La leptina recombinante humana o metreleptina es un análogo de esa hormona que fabrica el cuerpo, pero un poco modificada. Reduce la resistencia a la insulina y con ella se controlan la diabetes, los triglicéridos y el depósito de grasa en el hígado, además del apetito. La Agencia del Medicamento estadounidense (FDA) lo aprobó en 2014 para las formas generalizadas de la enfermedad. En 2018 lo aprobó la agencia europea, la EMA. Y a partir de ahí cada país empezó a negociar el precio con el laboratorio. En España el proceso comenzó en 2018-19.

«La Agencia Española del Medicamento (Aemps) elaboró el informe de posicionamiento terapéutico (IPT), en el que en las indicaciones se apuntaba que era un fármaco de primera línea, es decir, lo primero que se pone. Cuando pasó a la Comisión Interministerial de Precios del Medicamento, donde hay otros ministerios como Hacienda y Economía, emitieron un informe con el que no estuvo en absoluto de acuerdo. Decía que en España no se iba a financiar por dos razones: el impacto económico, algo en lo que no tengo nada que decir, y porque había dudas sobre la eficacia terapéutica, donde obviamente sí tengo mucho que apuntar. Se lo devolvieron a la Aemps, que modificó el IPT señalando que el fármaco podría ser una indicación opcional. Quizá consultaron a otras entidades, pero a mí, desde luego, no, y somos centro de referencia. Ese cambio de primera línea a fármaco opcional cambia completamente el panorama», recalca Araújo.

Antes de la aprobación por la FDA, el laboratorio farmacéutico que producía la metreleptina estableció un programa llamado acceso expandido a pacientes. «Si tenías candidatos, te la regalaban y yo en 2010 llegué a tener 14 pacientes en España». Cinco de ellos estaban siendo tratados en EEUU y los empezó a tratar Araújo junto a otros pacientes suyos. «En 2018 cuando la EMA la aprobó ya había que pagarla y es un fármaco muy caro: la dosis media de 5 mg al día cuesta un promedio de más de 400.000 euros anuales y la dosis de 10 mg al día son 980.000 euros al año. Yo me quedé con un paciente y luego incorporé otro más. El resto hicieron los trámites en sus respectivas CCAA, que son las que tienen las competencias y deben financiarlo».

A pesar del giro en el IPT y de que Sanidad decidiera no financiar el fármaco, las CCAA siguen pagando el tratamiento a los pacientes que lo recibían cuando era gratis y lo suministraba el equipo de Araújo. «En este caso, Andalucía, Canarias, Madrid y Galicia porque había un paciente en Murcia, pero falleció», apunta. El especialista explica que en Europa está financiado, entre otros, en Francia, Alemania, Italia, Holanda, Portugal o el Reino Unido, cuyo organismo regulador NICE consultó con Araújo «como presidente de ECLIP». Este profesional hace hincapié en que, si la Comisión Interministerial de Precios del Medicamento considera que no hay evidencia de eficacia, «entonces las CCAA que siguen financiando el fármaco tendrían que retirarlo». En este sentido, denuncia una clara falta de

«Iba por la calle con mi hijo muy pequeño y las vecinas del pueblo me decían: 'Salud para criarlo'. Y yo pensaba: 'No voy a llegar a ver al niño hacer la Comunión'»

«En España no hay equidad ni igualdad en el acceso a un medicamento huérfano. Se supedita al código postal de residencia del paciente»

equidad. «¿Por qué unos pacientes sí y otros, como Rocío, no?», sostiene.

Inequidad en el acceso es lo que subraya Juan Carrión, director de Aelip y presidente de Feder. «Son realidades que están ocurriendo en España que ponen de manifiesto que el acceso a un medicamento huérfano se supedita al código postal de residencia del paciente», remarca. «No solo tenemos que vivir con una enfermedad rara o ultrarrara, sino que tenemos que sentarnos delante de un juez a defender el acceso a un tratamiento. Es que es el mundo al revés», añade.

Carrión explica que cuando en España un medicamento huérfano no está financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS), el paciente puede acceder al fármaco como medicación en situación especial o extranjera (RD 1015/2009). En el caso de Rocío, su médico le prescribió la metreleptina en junio de 2021, pero «la Comisión Regional de Farmacia de Andalucía le deniega el acceso y pone como argumento que no está financiado por el SNS, obviando justo ese real decreto». Curiosamente, en el mismo hospital donde era atendida Rocío Pérez, el Virgen del Rocío de Sevilla, es donde dan este mismo tratamiento a la otra paciente andaluza que existe, que formaba parte del grupo originario de Araújo.

Rocío se cambió al Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, donde el fármaco de nuevo fue denegado. En 2025 finalmente se inició un procedimiento judicial por posible vulneración de derechos fundamentales, admitido a trámite por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº2 de Huelva. Ahora tiene un precedente que sirve como esperanza: una sentencia de un tribunal vasco ha dictaminado, en un caso idéntico al de Rocío, que la actividad del servicio de salud vasco vulneraba los derechos fundamentales a la vida y la integridad física recogidos en el artículo 15 de la Constitución.

Aelip remitió hace tres semanas de nuevo toda la información del caso de Rocío a la Consejería de Sanidad andaluza, al nuevo equipo de Antonio Sanz. Poco después, la asociación y Rocío fueron convocadas a una reunión con Silvia Maraver, secretaria general de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencia. «Qué curioso que la han llamado, ahora que hay elecciones el 17 de mayo en Andalucía», replica Araújo, y recuerda el caso de Leo, el niño de 13 años con Piel de mariposa que a primeros de marzo compartió su testimonio ante el Parlamento Europeo para visibilizar su enfermedad. «A Bonilla le faltó tiempo para hacerse la foto con el chaval, que seguramente si en vez de él hubiera sido otro de otro partido, habría hecho lo mismo», agrega.

Antes de la reunión, Rocío no quería hacerse ilusiones: «No creo que sea para darme excusas, o por lo menos quiero pensar así». Habrá que ver si la Consejería le financia la metreleptina o se la vuelve a denegar—tras la reunión, Rocío confirmó a este periódico que les habían dicho que iban a estudiar el caso—. Mientras, ella se pregunta de qué sirve la investigación «si después no va a llegar a los pacientes que la necesitan». «No podemos permitir que el dinero prime. Un botecito no puede suponer más que la vida de una persona. Que le pongan un precio normal, como a cualquier otro medicamento», pide como un grito desesperado para ella y otros en su situación.

SALTARSE COMIDAS, BAJA INGESTA CALÓRICA Y POCOS NUTRIENTES EN EL PLATO, ERRORES COMUNES AL TOMAR FÁRMACOS 'OZEMPIC'

Alerta. Por primera vez, un trabajo analiza cómo los pacientes toman los GLP-1. "Sin una adecuada pauta nutricional, se pueden dar graves deficiencias, como la sarcopenia"

Por Pilar Pérez

Echar mano de los fármacos de la familia Ozempic no es sinónimo de adelgazar con salud. Los médicos repiten que «estos medicamentos no funcionan si no se come adecuadamente y se hace el ejercicio necesario». Ahora, ve la luz uno de los primeros trabajos que examinan el comportamiento alimentario de las personas que utilizan los GLP-1. Las conclusiones de un equipo de investigadoras de la Universidad de Milán y el Hospital IRCCS San Raffaele, que se presentarán en el próximo Congreso Europeo sobre Obesidad (ECO), subrayan que «prescribir los GLP-1 sin abordar una adecuación nutricional puede dejar a los pacientes vulnerables a deficiencias clínicamente relevantes», explica una de las autoras principales, Rebecca De Lorenzo, de la Unidad de Medicina Interna especializada en Salud Metabólica y Envejecimiento del Centro de Salud Metabólica del hospital italiano.

Mediante el uso de una aplicación con inteligencia artificial, las investigadoras han determinado que quienes emplean estos medicamentos consumen significativamente menos calorías y proteínas, con un 88% de los usuarios por debajo de los niveles recomendados. Los resultados indican que la supresión del apetito es proporcional en todos los nutrientes, lo que genera una ingesta proteica críticamente baja que pone en riesgo la masa muscular. Mientras que los expertos recomiendan entre 1,0 y 1,2 g/kg/día durante la pérdida de peso activa, los usuarios analizados consumían solo 0,6

g/kg/día, aproximadamente la mitad de lo necesario para preservar la masa magra.

Además, se observó una tendencia marcada a saltarse comidas. En concreto, se saltan la cena en un 40,4% de los días, el desayuno en un 31,3% y el almuerzo en un 30,5%. Esto reduce las oportunidades de alcanzar los umbrales de proteína necesarios para la síntesis muscular, que se estima en unos 20-30 gramos por comida.

Uno de los errores es «usar» el fármaco sin una prescripción médica. «Hay que integrar una guía nutricional personalizada y un seguimiento activo para evitar complicaciones como la sarcopenia durante el tratamiento», subraya otra de las responsables del trabajo, Patrizia Rovere Querini, directora de la Unidad de Medicina Interna. Muchos pacientes utilizan los fármacos GLP-1 sin adaptar sus hábitos dietéticos a su nueva realidad de apetito reducido o sin buscar una guía nutricional personalizada. Al consumir muy pocas calorías (una media de 1.100 kcal/día), es logísticamente muy difícil obtener los nutrientes necesarios solo con alimentos integrales sin una planificación deliberada, señala el trabajo. Esa restricción calórica o de alimentos no es ordenada; los pacientes tienden a comer menos cantidad de todo de forma proporcional, en lugar de mejorar la calidad de la dieta. «Esto significa que no priorizan alimentos densos en nutrientes, lo que puede derivar en deficiencias de micronutrientes como hierro, vitamina B12, calcio, vitamina D y fibra», añade la bióloga especializada en nutrición Valentina Vinelli.

A esa carencia nutricional se suma que no se incrementa la actividad física que precisa esta terapia antiobesidad. Y este es otro error común: no combinar el medicamento con ejercicio de resistencia. La falta de este estímulo, sumada a la baja ingesta de proteínas, aumenta significativamente el riesgo de sarcopenia (pérdida de masa y función muscular). «Esto justifica una intervención temprana y proactiva en lugar de esperar a que aparezcan signos clínicos de pérdida muscular», afirma De Lorenzo.

«Aunque estos medicamentos producen una pérdida de peso notable, la cuestión de si la pérdida de grasa con estas terapias va en detrimento del músculo es objeto de un fuerte debate. Mientras, el consenso general es que la protección del tejido muscular debe ser una meta fundamental de cualquier programa de pérdida de peso», insisten las tres investigadoras.

El enfoque más eficaz y seguro requiere no solo la medicación «siempre bajo control clínico», sino «una priorización de las proteínas en cada comida, evitar saltarse comidas y mantener un programa estructurado de actividad física», remachan.

SALUD



ENFERMERA SATURADA

ASÍ AFECTA EL VIAJE ESPACIAL AL CUERPO DE LOS ASTRONAUTAS

Secuelas transitorias. Uno de los cambios que más preocupan a los médicos está en la masa muscular, que disminuye hasta un 20% en 15 días. También vigilan el descenso drástico de la tensión arterial

La misión Artemis II ha tocado a su fin, y los cuatro astronautas han regresado a la Tierra tras su viaje alrededor de la Luna y una estancia de 10 días en el espacio, pocos teniendo en cuenta que los que están en la Estación Espacial Internacional suelen pasar unos 180 días de media, pero que ya serán suficientes para que elementos como la falta de gravedad o las fuerzas de aceleración y desaceleración dejen huella en sus cuerpos.

Sistema musculoesquelético

Los cambios que afectan a huesos y músculos son, probablemente, unos de los que más preocupan a los médicos de la NASA. Y es que por lo que sabemos por misiones anteriores, se calcula que la masa muscular de un astronauta disminuiría hasta en un 20% en tan solo 15 días en el espacio. La columna vertebral tampoco se va a ver presionada por el peso corporal y la gravedad terrestre, así que los discos intervertebrales se expandirán provocando que la estatura aumente entre cinco y siete centímetros.

Cambios neurológicos y sensoriales

En la Tierra todos tenemos claro lo que está arriba y lo que

está abajo, pero cuando flotas en el espacio todo cambia. Los terrícolas lo sabemos gracias al oído interno, que contiene unas pequeñas piedras llamadas otolitos que se mueven cuando nosotros caminamos, saltamos, nos tumbamos o giramos y nos ayudan a mantener el equilibrio y nos informan en todo momento de nuestra posición. En el espacio esa parte del oído deja de funcionar y empiezan síntomas como náuseas, dolor de cabeza, mareo y desorientación, algo que los astronautas han bautizado como síndrome de adaptación espacial y que puede durar hasta tres días.

Huella cardiovascular

Seguro que alguna vez has estado bocabajo jugando o en algún parque de atracciones, y seguro que recuerdas cómo parecía que toda la sangre se te iba a la cabeza y que hasta se te hinchaba. Algo parecido les ocurre a los astronautas en cuanto llegan al espacio: la sangre y los fluidos corporales se redistribuyen por la falta de gravedad, incluso se produce un pequeño edema facial y por eso parece que tienen la cara hinchada en las retransmisiones en directo. Las cifras de tensión arterial también bajan drásticamente.



El Foro por la Memoria de León recuerda a las víctimas del franquismo

VALLADOLID

El antiguo campo de tiro del barrio de Puente Castro, donde más de un millar de republicanos fueron fusilados durante los años de la dictadura franquista, y la capilla laica del cementerio de León acogieron ayer sendos homenajes a los represaliados de la dictadura. Todos ellos organizados por el grupo de Foro por la Memoria de León, con el motivo del aniversario de la Segunda República, como informa Ical.

Intervenciones reivindicativas realizadas por decenas de personas, canciones y música ambiental protagonizaron los actos programados por un colectivo que subraya que «en las cunetas del silencio aún late la historia que quisieron borrar, pero hay manos que escarban la tierra no solo para hallar huesos, sino para devolver nombres, dignidad y memoria», haciendo referencia a la dictadura.

Añaden que estos actos «transforman el olvido y no memoria propiciada por la dictadura, en un lugar de la memoria, que recuerda la verdad de lo que ocurrió durante esos años del franquismo y los motivos que siguen impulsando actualmente a seguir luchando por una tercera república de la justicia social, el trabajo digno y la solidaridad».

Los donantes de órganos aumentan un 17% en lo que va de año en Castilla y León

La solidaridad de 41 pacientes fallecidos generó 129 órganos con 71 riñones, 28 hígados, tres corazones, 22 pulmones y cinco páncreas

VALLADOLID

La Coordinación de Trasplantes de la Junta de Castilla y León registró un incremento del 17% en el número de donantes de órganos durante el primer trimestre del año. En su último informe refleja que el número de donantes de órganos en los primeros tres meses del año se ha situado en 41, frente a 35 en el mismo periodo del año anterior. Un dato que resalta de nuevo la gran solidaridad y el apoyo de los castellanos y leoneses, conscientes de que los órganos de un donante -se han generado 129 gracias a esos 41 donantes, con 71 riñones, 28 hígados, tres corazones, 22 pulmones y cinco páncreas- pueden salvar las vidas o mejorar el bienestar de un amplio número de pacientes que sufren en los centros repartidos por toda la Comunidad.

Según los hospitales en Castilla y León, el número de donantes de órganos entre los meses de enero y marzo de 2025 ha sido el siguiente: Ávila tres, Burgos cuatro, León nueve, El Bierzo dos, Palencia uno, Salamanca siete, Segovia cuatro, Hospital Clínico Universitario de Valladolid cinco, Hospital Universitario Río Hortega cinco y por último, Complejo Asistencial de Zamora uno. (Así pues, Soria no ha

registrado ningún donante en este periodo).

En cuanto a la actividad trasplantadora registrada en el primer trimestre del año, esta indica que se han realizado 45 trasplantes renales en la Comunidad, de los que 27 se llevaron a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y 18 de ellos en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Por su parte, cabe destacar que el centro localizado en la capital salmantina, realizó, además de los anteriormente mencionados, cinco trasplantes renales de vivo/cruzado y dos de páncreas/riñón, así como nueve pulmonares, según ha detallado el Ejecutivo autonómico a través de un comunicado recogido por Europa Press.

El balance de la Coordinación de Trasplantes de la Junta de Castilla y León refleja también la realización de otro número de demás intervenciones. Estas constan de siete trasplantes hepáticos realizados en el Hospital Universitario Río Hortega y dos trasplantes cardíacos, en este caso realizados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Otro bloque de actividad relacionado con los trasplantes se re-

firió a las corneas implantadas en los centros autorizados. Estas han sumado el número de 47 a lo largo del primer trimestre del presente año.

Los datos obtenidos durante los meses de enero, febrero y marzo, refuerzan del mismo modo, la capacidad del sistema sanitario de Castilla y León para gestionar con eficacia tanto la donación de órganos como los procesos de trasplante de los mismos, garantizando la seguridad y la calidad asistencial de cada una de las fases que se llevan a cabo durante el proceso.

Este incremento en un ámbito tan importante como la donación se enmarca en una tendencia positiva que mantiene Castilla y León durante el transcurso de los últimos años, que gracias a ello, le permite situarse entre las comunidades españolas con mayores tasas de donación de órganos a nivel nacional.

La coordinación entre los equipos médicos, las unidades de cuidados intensivos y de profesionales de trasplantes, resulta clave y primordial para consolidar estos resultados en el tiempo, y que no sean solamente un momento aislado y puntual en el tiempo.

Tierra de Sabor llega a Madrid para enseñar cocina a 800 escolares

VALLADOLID

'Tierra de Sabor', la Marca de Garantía de la Junta de Castilla y León, realizará más de 20 demostraciones de cocina en vivo y talleres demostrativos para 800 escolares durante la nueva edición del Salón Gourmets, que se celebrará en Madrid entre los días 13 y 16 de abril.

La feria, considerada como el principal evento europeo de productos delicatessen, acogerá diferentes 'showcooking' -cocina en directo- con la participación de chefs reconocidos con Estrellas Michelin y/o Soles Repsol como Roberto Fuentes de 'El Bar' (Valladolid), Víctor Gutiérrez de 'Victor' (Salamanca); Mario Gómez de 'Kamini' (León) e Ignacio Maroto de 'Casa Taberna' (Segovia).

Los cocineros ofrecerán 22 pases con elaboraciones realizadas a partir de productos presentes en la feria de 'Tierra de Sabor', como informa Europa Press.

Otra actividad prevista es una nueva edición de los talleres infantiles de la Escuela Tierra de Sabor, en los que la nutricionista Gloria Hernández mostrará a 800 escolares madrileños entre los 8 y los 12 años, cuáles son las claves para llevar una alimentación saludable y equilibrada, y las posibilidades de los productos de calidad de Castilla y León.

Asimismo, por octavo año y en colaboración con la Unión de Asociaciones Españolas de Sumilleres (UAES), se celebrarán las semifinales y la final del Campeonato de España de Sumilleres, patrocinado por Tierra de Sabor.

El certamen determinará al Mejor Sumiller de España, y representará a España en el Campeonato Mundial de Sumilleres organizado por la Asociación de Sumilleres Internacional (ASI).

Como novedad en la oferta que 'Tierra de Sabor' presenta en esta edición del Salón Gourmet, incorpora un área específica destinada a la promoción del patrocinio con la Real Federación Española de Fútbol (RFEF). Los asistentes podrán obtener un cromograma personalizado, así como observar y fotografiarse con una camiseta oficial de la selección conmemorativa del acuerdo alcanzado entre Junta y RFEF.

UPL exige «garantías» en la sanidad pública tras cerrar una planta del Monte San Isidro

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Martes 7 de abril 2026

LEÓN

La Secretaría de Sanidad Unión del Pueblo Leonés exigió ayer «garantías» en la sanidad pública tras conocer el cierre de una planta en el Hospital Monte San Isidro, en León, debido a la aparición de problemas derivados de picaduras de chinches, una situación que «no puede producirse en centros sanitarios públicos, donde deben de garantizarse en todo momento unas condiciones adecuadas tanto para los pacientes como para los profesionales».

La secretaria de Sanidad, Rosa M. Quintanilla consideró «inaceptable» que se den circunstancias que obliguen al cierre de unidades hospitalarias, lo que «pone en evidencia las posibles deficiencias en la gestión, mantenimiento e inspección de las instalaciones sani-

tarias». Por eso reclamó que se depuren responsabilidades y se actúe «con la máxima celeridad» para evitar que situaciones similares se vuelvan a repetir.

Asimismo, Quintanilla insistió en la necesidad de garantizar unas «condiciones laborales dignas» para los trabajadores del sistema sanitario, así como una atención «segura y de calidad» para los pacientes y recordó que estos episodios «generan alarma social y deterioran la confianza en el sistema público de salud».

Para la secretaria de Sanidad, sucesos como el ocurrido «son el reflejo de una situación más amplia de deterioro del sistema sanitario», sobre la que UPL «advirtió a través de distintas iniciativas en las Cortes» con las que denunció «las carencias existentes».

CASTILLA Y LEÓN

Las muertes por ahogamientos en la Comunidad se duplican en cinco años

● Castilla y León encara la nueva temporada de baño con 30 víctimas el año pasado y es el territorio no costero con más fallecidos ● Protección Civil considera que «el reto es lograr un cambio en el comportamiento del ciudadano»

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
En los calendarios, primavera; en el ambiente, verano. Y cuando el sol acecha, las aguas se convierten en el refugio ante el abrasante calor, desde las piscinas hasta los ríos y embalses. Aunque la temporada de baño aún no ha comenzado oficialmente —con junio aún en el horizonte—, Castilla y León ya encara esos meses de chapuzones con una constante que no cambia: ser la región no costera con mayor número de ahogamientos mortales.

Si esa etiqueta no cambió en el último año fue porque registró hasta 30 muertes, más del triple que hace cinco años (9) y muy distanciada de comunidades como Extremadura (2), La Rioja (4), Navarra (4), Madrid (5), Aragón (7) o Castilla-La Mancha (10), todas ellas con el rasgo común de que no tienen litoral. Es más, sus cifras son superiores a territorios que sí tienen costa, como Cantabria (13), País Vasco (14), Asturias (15) o Murcia (20), mientras se queda lejos de otros como Baleares (35), Cataluña (59), Comunidad Valenciana (61), Galicia y Andalucía (98), los líderes nacionales.

La treintena de fallecimientos por ahogamientos ocurridos en Castilla y León suponen la tercera cifra más alta registrada por la Escuela Segoviana de Socorrismo, cuyo último proyecto de investigación se enfocó en un recopilatorio de los incidentes y muertes acontecidos desde el 2013 hasta el 2025. Así, en este prolongada línea temporal, la Comunidad también se coloca en la misma posición que la del verano pasado, es decir, como la región no costera con el mayor número de personas fallecidas en el agua, con un total de 253. O lo que es lo mismo, con 19 víctimas mortales por cada año analizado.

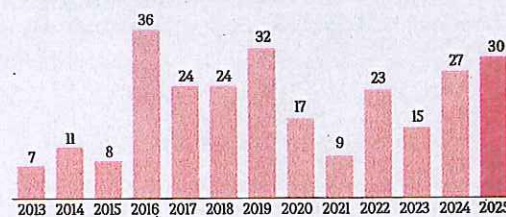
En una detallada radiografía del trabajo de investigación del que se hace eco este periódico, sólo los años 2016 y 2019 superan los trágicos números registrados el año pasado, con 36 y 32 muertes, respectivamente. De hecho, pese a «cier-

ta variabilidad anual, probablemente asociada a factores ambientales, climáticos y de exposición», no hay año en el que no se registre un caso de ahogamiento mortal, por lo que se descarta que «se traten de episodios excepcionales o anecdóticos». Y en 2026 la casilla ya está tachada, después de que un niño de tres años cayese a una piscina de la vivienda familiar en la que se encontraba en la localidad de Villalarbo, en Zamora, sin lograr su reanimación por parte de los equipos sanitarios desplazados.

«Este comportamiento indica que el riesgo no se concentra en un único episodio o en un año en concreto, sino que responde a patrones estructurales de uso del medio acuático interior», destaca el informe elaborado por expertos en ahogamientos en España. Este fenómeno, según explican, se debe al propio contexto territorial de Castilla y León, con más 45 embalses, una extensa red fluvial y numerosos afluentes, lo que convierte el ahogamiento en un riesgo estructural, no circunstancial. «No es que la situación sea curiosa, en realidad, es que no hay ninguna conciencia del problema del ahogamiento, en general, y, en particular, en Castilla y León, ya que la sensación es que los ahogamientos se producen principalmente en las zonas costeras y en las playas», afirma Luis Miguel Pascual Gómez, profesor de salvamento acuático y responsable de la investigación en ahogamiento.

Por localización de las muertes por ahogamiento en la Comunidad desde 2013 y hasta 2025, más del 86% se produjeron en ríos (68,1%), especialmente en zonas de baño no reguladas o de uso recreativo informal; embalses (12,2%), caracterizados por grandes láminas de agua, orillas irregulares, cambios bruscos de profundidad y ausencia frecuente de vigilancia; y otros sistemas de manejo del agua (6,1%). El resto se distribuyeron por piscinas públicas con vigilancia (4,5%), piscinas domésticas (3,6%), conte-

VICTIMAS FALLECIDAS POR AHOGAMIENTO EVOLUCIÓN EN CASTILLA Y LEÓN



COMUNIDADES

Comunidad	2013	2025	Diferencia
Andalucía	46	98	52
Galicia	26	62	36
Cataluña	26	59	33
Canarias	47	76	29
Cdad Valenciana	34	61	27
Baleares	11	35	24
Castilla y León	7	30	23
Murcia	11	20	9
Asturias	8	15	7
Cantabria	6	13	7
Castilla La Mancha	6	10	4
La Rioja		4	4
Buskadi	12	14	2
Navarra	3	4	1
Madrid	5	5	0
Aragón	9	7	-2
Extremadura	7	2	-5
TOTAL	264	517	253

LOCALIZACIÓN AHOGAMIENTOS EN CASTILLA Y LEÓN 2013-2025



FUENTE: Escuela Segoviana de Socorrismo.

EL MUNDO

nedores de agua o fuentes (1,6%), piscinas privadas no vigiladas (1,6%), aguas interiores sin vigilancia (0,8%), puertos y embarcaderos (0,4%), y bañeras (0,4%).

En cuanto al perfil de edad de las víctimas mortales, el análisis extrae que el ahogamiento no afecta

de forma homogénea a todas las edades, con una parte significativa de casos concentrados en el rango entre los 70 y 79 años, como también entre los 50 y 54. Ante ello, la Escuela Segoviana de Socorrismo explica que esa circunstancia en la población adulta y de mayor edad

resulta coherente con el envejecimiento progresivo, el uso recreativo de entornos acuáticos naturales y la posible concurrencia de factores de riesgo personales. Así, es en los ríos donde se concentran las víctimas adultas y, en muchos casos, sin vigilancia; mientras en los embalses destaca la mortalidad de la población de mayor edad, por las actividades de ocio y pesca que allí se suelen realizar.

«Muchas personas se bañan en lugares que no conocen, sin información sobre profundidad, corrientes o posibles obstáculos. Al mismo tiempo, el exceso de confianza —especialmente entre quienes saben nadar o han visitado previamente la zona— lleva a subestimar peligros reales. No olvidemos que los entornos naturales sufren variaciones continuas por lo que conocer una zona previamente, no exime de hacer una valoración basada en las condiciones actuales en la zona. Esta combinación incrementa notablemente el riesgo», explica Irene Cortés, directora general de Protección Civil y Emergencias de la Junta de Castilla y León.

A la vista, el agua aparentemente inmóvil de un río y de un embalse puede parecer la mejor opción para buscar el alivio ante las temporadas calurosas, pero hay reside el riesgo, en su sobreestimación. «Los ríos presentan corrientes variables, fondos irregulares y obstáculos ocultos, mientras que los embalses añaden gran profundidad, temperaturas muy bajas en capas inferiores y dificultades para salir del agua», afirma Cortés, que apunta «un riesgo especialmente elevado» en los segundos entornos mencionados debido a su cambio de escenario entre una campaña de baño y otra por las variaciones durante el año hidrometeorológico.

En el análisis de los factores de riesgo también se concluye que en las víctimas de los grupos de mayor edad es más frecuente la pre-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

Todos los martes...

INNOVADORES



EL MUNDO

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

sencia de antecedentes médicos, limitaciones físicas o circunstancias que reducen la capacidad de reacción ante una emergencia acuática, como son los accidentes fortuitos o las pérdidas de equilibrio; mientras que en los jóvenes se asocian más con las conductas de riesgo y con la sobreestimación de las propias capacidades. «Los expertos recomiendan informarse previamente sobre la idoneidad de la zona para el baño, seleccionar las zonas habilitadas para el baño, evitar hacerlo en solitario, entrar al agua de forma progresiva, no consumir alcohol y respetar cualquier señalización existente», señala la directora general de Protección Civil y Emergencias de la Junta, sin olvidarse de la evaluación de las condiciones del entorno, las propias físicas y la utilización de elementos de protección adecuados y homologados.

MAYOR FORMACIÓN

Uno de los hallazgos más relevantes del informe resalta que la primera intervención en la mayoría de los casos de ahogamiento no es profesional, con un 63% de primeras ayudas prestadas por ciudadanos corrientes y un 28% por familiares o amigos, mientras que la cifra cae al 5% en el caso de socorristas. Al no saber intervenir los primeros intervinientes, el fallecimiento se potencia, también debido a la inexistencia de recursos materiales para utilizar en esa primera intervención y por el alto el tiempo de respuesta de los servicios de emergencia.

El informe de la Escuela Segoviana de Socorrismo incluye toda una serie de recomendaciones y medidas sencillas y factibles, como implementar un sistema permanente de gestión del riesgo, un 'semáforo de seguridad' para ríos y embalses, o un mapeo y refuerzo del equipamiento y del uso del DEA en zonas acuáticas.

Para Luis Miguel Pascual Gómez «no se está haciendo nada en el ámbito del ahogamiento» en Castilla y León, por lo que también ve una solución a la reversión de los ahogamientos a través de la formación «desde las edades más tempranas para crear una conciencia ciudadana de que el ahogamiento es un problema prevenible, evitable y en el que tenemos que aprender a realizar una intervención del 'primer minuto', que es la que salva vidas si se hace eficazmente». Un hecho, el de la formación, en el que coincide Irene Cortés, que traslada a su vez que «el principal reto, sin embargo, sigue siendo lograr un cambio real en el comportamiento de los ciudadanos».

Sacyl suma la exploración de cáncer de baja radiación a embarazadas y niños

Con una inversión de 4,5 millones, realiza el seguimiento oncológico con el análisis de la actividad metabólica de los tejidos al que se suma la resonancia magnética

VALLADOLID

La Gerencia Regional de Salud agorará las partidas del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) 2021-2027 destinado a reducir la obsolescencia del parque tecnológico de sus hospitales con una técnica complementaria del PET-TAC que implica menor radiación para el paciente, lo que la hace más adecuada para el seguimiento oncológico de niños y embarazadas.

Para la adquisición de esta tecnología, denominada PET-RM, la Consejería de Sanidad prevé una inversión de 4,54 millones de euros, y la idea es que el contrato pueda salir en los próximos meses, para que pueda incorporarse a la cartera de servicios el próximo año, en 2027, según ha podido saber Ical.

La tecnología PET-RM (Tomografía por Emisión de Positrones combinada con Resonancia Magnética) es un sistema de diagnóstico avanzado que integra en un único equipo dos técnicas de imagen. Por un lado, el PET, que permite analizar la actividad metabólica de los tejidos, lo que resulta clave para detectar tumores, evaluar su evolución o comprobar la respuesta a tratamientos. Por otro, la resonancia magnética que ofrece imágenes anatómicas de alta resolución sin emplear radiación ionizante.

DOS TECNOLOGÍAS EN UNA

La combinación de ambas tecnologías permite obtener información más precisa y completa, mejora la detección precoz y refuerza el seguimiento de enfermedades oncológicas. Además, frente al PET-TAC, reduce de forma significativa la exposición a radiación, lo que la convierte en una opción especialmente indicada para pacientes pediátricos



Operación de urología con el robot Da Vinci en el Hospital El Bierzo de Ponferrada. ICAI.

cos y mujeres embarazadas.

El nuevo equipo se instalará en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, provincia para la que también está prevista, en 2027, la compra de una nueva resonancia magnética para el Hospital Universitario Río Hortega, que se unirá a otra adquirida con estos fondos hace dos años, por un valor de 1,39 millones de euros.

A lo largo de los dos últimos años, la Consejería de Sanidad ha impulsado la renovación tecnológica de sus hospitales con financiación FEDER, con una inversión cofinanciada de 22,5 millones. Así, ha adquirido un acelerador lineal, con una inversión de 3,29 millones de euros;

tres resonancias magnéticas que suman una inversión global de 4,21 millones de euros; y se han implantado siete robots quirúrgicos, con una inversión conjunta de 11,91 millones de euros, cuyo uso se está extendiendo como una mancha de aceite en los hospitales y sus especialidades, por las ventajas que implican, en precisión en las intervenciones y recuperación de los pacientes.

RENOVACIÓN DEL PARQUE

Por centros, en 2024 se adquirió una resonancia magnética para el Hospital Universitario Río Hortega (1,39 millones de euros) y se incorporaron cinco robots quirúrgicos en los

complejos asistenciales de Segovia, Palencia, Zamora, en el Hospital de El Bierzo, y el Clínico Universitario de Valladolid, con inversiones que oscilaron entre los 1,6 y 2,27 millones de euros.

En 2025, las inversiones se centran en la adquisición de una resonancia magnética para el Complejo Asistencial Universitario de León (1,42 millones), dos robots quirúrgicos para los complejos asistenciales de Ávila y Soria, que implicaron un desembolso de 1,6 y 1,59 millones, y el acelerador lineal destinado al Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con una inversión de 3,29 millones de euros.

El TSJ reconoce los mismos complementos a los temporales de las universidades que a los fijos

VALLADOLID

El Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (TSJCYL) reconoce el derecho del personal docente e investigador (PDI) con contrato temporal en las universidades públicas de la Comunidad a cobrar los mismos complementos retributivos autonómicos en igualdad de condiciones que el personal fijo, con efectos retroactivos. De esta manera, el TSJCYL ha dado la razón a la Federación de Enseñanza de Comisiones Obreras (CCOO) de Castilla y León en una demanda de conflicto colectivo que denunciaba la discriminación salarial

del PDI con contrato temporal.

El fallo obliga a las universidades a aplicar el artículo 47.1 del convenio colectivo vigente y a abonar las cantidades correspondientes con carácter retroactivo de hasta un año antes de la presentación de la demanda. De este modo, según un comunicado del sindicato recogido por Ical, la resolución corrige una diferencia retributiva que afectaba a quienes desempeñaban las mismas funciones en condiciones laborales distintas, informa Ical.

El tribunal concluye que no existía justificación para excluir a este

colectivo de los complementos, rechazando los argumentos basados en limitaciones presupuestarias. No en vano, la sentencia establece que las restricciones económicas no pueden amparar un trato desigual entre personas trabajadoras que realizan las mismas funciones, reforzando el principio de igualdad retributiva en el ámbito universitario.

«La decisión judicial supone un nuevo respaldo a las reivindicaciones de CCOO, que acumula siete sentencias favorables frente a las universidades públicas de Castilla y León en relación con los derechos del

PDI temporal», subrayó la organización sindical.

Antes de recurrir a la vía judicial, la Federación de Enseñanza de CCOO recordó que activó distintos mecanismos de negociación. En enero de 2025 llevó el asunto a la Comisión Paritaria del convenio colectivo y, posteriormente, en marzo, promovió un procedimiento de mediación ante el Serla. En ambos casos, precisó, las universidades mantuvieron su negativa a reconocer este derecho.

CCOO insta a las universidades afectadas, a cumplir la resolución judicial, evitar su recurso ante el Supremo y proceder al pago de los complementos reconocidos una vez la sentencia sea firme. El sindicato realizará un seguimiento del cumplimiento y que adoptará las medidas necesarias en caso de incumplimiento.

SORIA

Sanidad analiza 304 muestras de garrapatas extraídas a sorianos

De ellas, 13 fueron positivas a algún patógeno por lo que los infectados fueron sometidos a tratamiento / En 2024 se realizaron 297 análisis en el laboratorio hallando 18 positivos

VERÓNICA REGLERO SORIA

Las autoridades sanitarias recuerdan a la población la importancia de acudir al centro de salud ante la detección de una garrapata. El protocolo establece que sea el personal sanitario quien realice la extracción para garantizar la seguridad del paciente y permitir el posterior análisis de los ejemplares. Durante 2025, según la información facilitada por el Servicio Territorial de Sanidad de Soria, «se analizaron 304 muestras de garrapatas extraídas a pacientes de las que 13 resultaron positivas a Rickettsia (1), a Borrelia (1) y a Anaplasma (1)», tal y como explica Elena del Vado, jefa del Servicio de Sanidad de Soria.

Los servicios sanitarios, una vez extraída la muestra, coordinan su envío a la Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca. Allí, indica Del Vado, «expertos proceden a la identificación de la especie y a la determinación de posibles patógenos que puedan transmitir enfermedades». En 2025 se localizaron 13 patógenos por lo que los pacientes fueron sometidos a tratamiento.

Del Vado asegura que «ante una picadura, se debe acudir al Centro de Salud para una extracción profesional y evitar remedios caseros que aumentan el riesgo de infección». Y es que, asegura la jefa del servicio, «la extracción debe realizarla un profesional utilizando pinzas de punta fina y borde romo».

En este sentido, «es vital evitar remedios tradicionales como aplicar algodón con alcohol, aceite, vaselina, petróleo, anestésicos o calor. Tampoco se deben cortar con tijeras ni tirar de ellas con los dedos. Estos métodos pueden provocar que el pará-



Si el laboratorio confirma que la garrapata portaba algún patógeno, el paciente debe acudir al médico. HDS

sito regurgite, facilitando la transmisión de enfermedades al torrente sanguíneo del paciente».

Tras la retirada, «no es necesario tratamiento si no hay síntomas». Sin embargo, «si aparece alguna manifestación clínica o si el análisis de laboratorio confirma que la garrapata era portadora de un patógeno, el paciente debe acudir al médico para la prescripción del tratamiento adecuado».

El estudio exhaustivo de estas muestras «permite identificar la especie y determinar si son portadoras de agentes infecciosos». En comparación con las 297 muestras de 2024 (donde se hallaron 18 positivos a Rickettsia), los datos de 2025 revelan una mayor di-

CONSEJOS

Alerta. Es importante prevenir las picaduras por garrapatas cuando se sale a pasear por el campo, especialmente en los meses de primavera y verano que es cuando están más activas. En los meses fríos su presencia disminuye. Usa manga larga y pantalón largo, evita sandalias o calzado abierto, camina por la zona central de los caminos y evita la vegetación. Utiliza repelentes.

versidad de patógenos al hallarse, además de Rickettsia, también Borrelia y Anaplasma. La comparativa arroja un crecimiento del 2,36% en el muestreo.

Hay que tener en cuenta que las garrapatas «son artrópodos, parásitos de un gran número de animales silvestres. También parasitan a los animales domésticos y de forma accidental pueden picar a los humanos. Todas las garrapatas se alimentan de sangre». En general, «las picaduras de garrapata no son dolorosas y pueden pasar desapercibidas. Por eso es importante si hemos estado en zonas que pueda haber presencia de garrapatas, revisarnos bien», concluye Del Vado.

El torero Rubén Sanz vuelve en un tentadero benéfico en Calahorra

SORIA

El torero soriano Rubén Sanz regresará a la arena el 2 de mayo dentro de un tentadero benéfico en Calahorra (La Rioja). La cita tendrá lugar a las 17.00 horas y la recaudación se destinará a la asociación Daño Cerebral.

Las entradas generales tienen un precio de cinco euros, reducido a tres euros para socios de las peñas y del Club Taurino. Los menores de cuatro años podrán acceder gratis acompañados de un adulto.

Junto al soriano Rubén Sanz participarán también en el festejo Frascuelo, Ruiz Muñoz, Fernández de la Puebla y Alberto Donaire. Se soltarán cinco vacas bravas.

Por otro lado, y en la plaza de toros de Utrera (Sevilla) interpondrá el también soriano David Espejón, en una novillada mixta sin picadores, a beneficio de Cáncer Infantil Andex. Será en la tarde del 6 de junio, a las 20.00 horas, y se lidiarán cuatro erales y un afojo de la ganadería Yerbabuena, de Castillanillo de los Arroyos (Sevilla).

Junto a David Espejón, estarán en la plaza de toros de Utrera para participar en esta novillada mixta sin picadores y con carácter benéfico Javier Torres 'Bombita', Ignacio Sabater, Manuel Troncoso y el becerrista Curro Sierra.

El precio de la entrada a la plaza de toros en tendido general será de 20 euros, en la barrera primera fila sombra a 30 euros y barrera primera fila sol a 25 euros.

Homenaje póstumo en la plaza a Rodolfo de Marco

SORIA

Emotivo homenaje póstumo al que fuera director de campo del festejo de La Saca Rodolfo de Marco Benito, ayer en la plaza de toros, con la colocación de una placa por parte del Ayuntamiento de Soria en recuerdo a su persona y su trabajo. Familia y amigos estuvieron acompañados por integrantes de la Asociación Amigos de La Saca y la Comisión de Festejos municipal, que preside el alcalde Carlos Martínez, quien tuvo palabras de cariño para todos los familiares allí reunidos para rendir tributo a una figura fundamental en el desarrollo de La Saca durante los últimos años.

También el presidente de la asociación, Raúl González, recordó el buen hacer de Rodolfo de Marco Benito e instó a todos a seguir su ejemplo «para continuar con el espíritu sanjuanero».

De Marco Benito falleció el 12 de agosto de 2025 a los 52 años de edad, de lo que deja constancia la placa conmemorativa descubierta en la entrada de la plaza de toros, que quedará ya para recordarle siempre, como destacó Martínez ante la presencia de los padres, hermanos e hijo, así como numerosos amigos que quisieron estar presentes en este momento tan emotivo.



Homenaje al que fuera director de campo de La Saca con la colocación de una placa en su recuerdo. HDS

'EL PACIENTE OSLO': NUEVA CURACIÓN DEL VIH TRAS UN TRASPLANTE

Investigación. Cuatro años después de la intervención, el paciente, que recibió las células madre de su hermano, sigue sin rastro del virus del sida en su organismo. Un equipo español ha participado en la terapia

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

Ya son 10 las personas que han conseguido librarse del VIH tras someterse a un particular trasplante de células madre. El llamado *paciente Oslo*, cuyos detalles publicó ayer la revista *Nature Microbiology*, es el último caso en unirse a esta nómina que demuestra que el VIH se puede curar.

El paciente, de 63 años, llevaba casi 15 años viviendo con el virus del sida cuando, en 2020, le diagnosticaron una enfermedad de la sangre —un síndrome mielodisplásico— que le hacía candidato a un trasplante de células madre.

Conocedores de la experiencia previa existente, los médicos e investigadores del Hospital Universitario de Oslo (Noruega) que le atendieron empezaron a buscar entre los posibles donantes compatibles un caso que presentara una característica muy particular: dos copias de una mutación muy poco frecuente, —denominada CCR5Delta 32—, que confiere una especie de *escudo* frente al virus. Para su sorpresa, el donante estaba más cerca de lo que esperaban, ya que el propio hermano del pacien-

te tenía el perfil que buscaban. El trasplante se llevó a cabo con éxito y dos años después de la intervención, los investigadores decidieron suspender el tratamiento con fármacos antirretrovirales.

Todas las pruebas realizadas posteriormente demostraron que no quedaba rastro del VIH en su organismo. Ni había virus con capacidad de replicación en sangre ni tampoco en el tracto digestivo, uno de los principales reservorios del patógeno.

Cuatro años después de haber dejado la medicación sin la que la mayoría de pacientes no pueden evitar que el virus reaparezca, el paciente continúa sin mostrar señales del patógeno, señalan en la revista científica.

«Hitos como este nos hacen avanzar hacia estrategias que permitan alcanzar una curación del VIH aplicable a todos los afectados», señala Javier Martínez-Picado, investigador ICREA en IrsiCaixa y coordinador de IciStem 2.0, el consorcio internacional dedicado al estudio de la curación del VIH mediante trasplantes de células madre, que también ha participado en el caso del *paciente Oslo*.

Los trasplantes de células madre

son abordajes muy complejos y que acarrean elevados riesgos, por lo que su generalización como terapia para curar el VIH no se plantea. Pero experiencias como esta sí permite extraer muchas lecciones para entender cómo hacer frente al virus y tratar de emular los efectos del abordaje de una forma menos invasiva, explica el investigador. Su equipo ya trabaja en estrategias para tratar de emular los efectos del trasplante, como el empleo de células CAR-T o terapia génica.

El *paciente Oslo* presenta algunas características que le diferencian de otros pacientes, señala Martínez-Picado.

La primera de ellas es su edad, más avanzada que otros pacientes tratados y que aumentaba el riesgo de la intervención. Además, es la primera vez que el abordaje se realiza en un caso de síndrome mielodisplásico y con donante procedente de un familiar directo.

Desde su puesta en marcha, el consorcio IciStem ha llevado a cabo un seguimiento a 40 personas con VIH sometidas a un trasplante de células madre. El *paciente Oslo* no será el último en presentar una remisión completa frente a la infección. Hay varios casos en seguimiento cuya evolución todavía está por confirmar pero que dan muestras de eliminación del virus.

Lamentablemente, la viabilidad de la investigación corre peligro por falta de financiación. «BEUU ha sido el principal financiador estos años pero hace unos meses la administración Trump nos dejó sin fondos», explica Martínez-Picado. Desde entonces, el proyecto se encuentra en «una situación muy difícil» y pese a las peticiones realizadas tanto a organismos europeos como estatales o autonómicos no ha recibido respuesta en forma de financiación, siente el investigador.



Los investigadores J. Martínez-Picado y M. Salgado, en el laboratorio. IRISCAIXA



Teléfono de atención al cliente: 91 650 16 29.

MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033. Madrid. Tel.: 91 443 50 00. © Unidad Editorial Información General, Madrid 2026. Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser ni en parte reproducida, distribuida, comunicada públicamente, utilizada o registrada

a través de ningún soporte o mecanismo, ni modificada o almacenada sin la previa autorización escrita de la sociedad

editora. Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Propiedad Intelectual, queda expresamente prohibida la

reproducción de los contenidos de esta publicación con fines comerciales a través de recopilaciones de artículos periodísticos.



Este periódico se imprime diariamente en papel reciclado y procedente de bosques sostenibles.



Impreso: Herveo Print, Polígono San Miguel, Sector 4-CV Albert Erstein, 44, 92830 Villaverde de Gállego (Zaragoza) Dep. Legat. 50-95-2006



DAVID GONZÁLEZ / ARABA PRESS

ENTREVISTA NO VISTA

QUIÉN. Hace 12 años abrió un blog para dar consejos y ya ha publicado ocho libros, tiene más de un millón de seguidores en redes y ofrece conferencias en todo el mundo. **QUÉ.** Presenta nuevo cuento, 'La tribu del respeto', contra el acoso escolar

LUCÍA GALÁN

PEDIATRA Y DIVULGADORA

«Instagram me bloqueó por hablar de vacunas»

Pregunta. Hay más conciencia contra el bullying, más protocolos, más medidas, y sigue aumentando el número de casos. Respuesta. Las cifras son espeluznantes, pero hace 20, 30 o 40 años no teníamos datos reales. No creo que haya más casos que antes; es más, creo que vamos en el buen camino. Pero es un problema tan complejo que harán falta varias generaciones para erradicarlo. Es muy importante cuidar la salud mental de los niños. Cerca del 75% de los trastornos mentales debutan en la infancia o en la adolescencia. Como pediatra, le doy la misma importancia a una crisis de migraña de una niña que a un signo de ansiedad.



JAVIER SÁNCHEZ
BARCELONA

P. Empezó a divulgar por que ser madre le cambió como pediatra. ¿Le ha pasado lo mismo con la adolescencia de sus hijos? **R.** Totalmente. Mis dos hijos han ido a terapia. Lo digo así, abiertamente y sin vergüenza. Igual que llevan su calendario vacunal completo y han hecho sus revisiones periódicas, en momentos puntuales han necesitado esa ayuda. Cuando eres pediatra y no eres madre, estudias mucho y estás muy al día, pero es distinto. Mi próximo libro tratará precisamente sobre la adolescencia desde el punto de vista de las madres y los padres. Me gustaría darles herramientas reales: qué hago con los portazos, con las primeras

relaciones sexuales, con los móviles, con los suspensos... Todo desde un punto de vista optimista. Siempre se trata la adolescencia con un miedo que no tiene sentido.

P. La adicción a las pantallas asusta, no me lo negará.

R. Pero tenemos que abordarlo y hacerlo directamente, sin tapujos, con los datos en la mano. Llevamos ya 20 años analizando los efectos de las pantallas y hemos comprobado que producen retraso en el lenguaje y en el neurodesarrollo; hacen a los niños más impulsivos; afectan a la memoria y la concentración, y aumentan los trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida. Darle a un niño o a un adolescente una pantalla es más que una elección personal. He visto niños con sospecha de trastorno del espectro autista que, cuando retiráramos completamente las pantallas durante dos meses, florecían: empezaban a hablar, a conectar, a mirarte a los ojos. Era una falsa alarma. Así que sí, es un tema de salud y, como pediatra, tengo la obligación de informar.

P. Hablando de salud mental infantil, ¿creo que se está sobrediagnosticando? Hay muchos más casos de TDAH, de altas capacidades...

R. Los padres sobrepensamos, eso es cierto. Con tanta información alrededor, si tienes un hijo inquieto y te han salido cien vídeos sobre TDAH, ya empiezas a verlo todo a través de ese prisma. Pero quiero pensar que, cuando esos casos llegan al profesional, es el quien aplica los criterios diagnósticos. Un niño no es celoso porque tú lo creas; hay criterios clínicos. ¿Que se diagnostica más? Sí, porque las familias consultan antes y mejor. Antes, el TDAH llegaba al bachillerato sin diagnóstico: era el niño conflictivo. Ahora, con seis años, ya no se nos escapa. Y la diferencia es que

luego esos jóvenes con TDAH llegan a la universidad y acaban llevando una vida plena.

P. ¿El movimiento antivacunas crece en España?

R. Antivacunas han existido siempre, desde la primera vacuna. Pero van creciendo en número por dos cosas: las redes sociales y la COVID. Las vacunas contra la COVID se desarrollaron en tiempo récord, en un contexto traumático, y eso disparó conspiraciones que se amplificaron de forma masiva. Y luego está el sesgo de confirmación en las redes sociales: tu cerebro acaba creyéndose esa realidad porque no escucha la

«He visto florecer a niños con indicios de TEA al dejar las pantallas»

«El efecto de la moda de tomar el sol sin crema se verá en 50 años»

otra parte, aunque tenga todo el rigor científico. A mí Instagram me ha bloqueado varias veces por hablar de vacunas con fuentes oficiales, etiquetándolo como 'contenido inapropiado'. Mientras tanto, cuentas con cientos de miles de seguidores diciendo barbaridades siguen circulando. Es desesperante.

P. ¿Lo debe abordar en consulta?

R. Sí, y normalmente con los mismos dos argumentos: que las vacunas tienen metales pesados que envenenan a los niños—no los tienen—y que provocan autismo. El año pasado estuve en Miami, en una gira de presentación, y un periodista me preguntó, con curiosidad genuina, si las vacunas eran buenas o malas. Volví al hotel pensando: ¿en qué momento un periodista de un medio nacional de Estados Unidos le pregunta eso a una médica? Hay que seguir explicándolo.

P. ¿Cuál es el mito más resistente más allá de las vacunas?

R. Sigue habiendo muchos. El del frío es un clásico: que caminar descalzo o acostarse con el pelo húmedo te va a provocar un resfriado. No es así. El virus habita en nuestra orofaringe y se transmite de boca a boca o a través de las manos. Nunca va del suelo al pie y del pie a la garganta. Pero hay más: la manzanilla, que cura todo, cuando no tiene efecto curativo demostrado; la miel, que 'sube las defensas', aunque no hay evidencia, y además es un 85% azúcar; o la Coca-Cola para la gastroenteritis, que puede empeorar el cuadro. Últimamente me encuentro el del sol: que las cremas tienen disruptores endocrinos y es mejor 'hacer callo'. Sabemos que el 80% de los melanomas se podría prevenir protegiendo a los niños desde la infancia. No tiene sentido no hacerlo. Dentro de cincuenta años veremos las consecuencias.



BAJAD LAS ARMAS
JORGE BUSTOS

Ardió Güler, pero no bastó

El brazalete negro que anillaba las mangas blancas no era solo un ejercicio de gratitud a la memoria de Santamaría: era una invocación a la leyenda europea del Real Madrid. Una plegaria pronto atendida. Porque el finado respondió a la cita entorpeciendo el despeje de Neuer, héroe en la ida y villano antes de cumplirse el primer minuto de la vuelta. Su despeje garraful llegó a la zurda de Güler, que no había viajado a Baviera a perdonar a nadie.

Lo más difícil se había hecho demasiado pronto. Pero no todo lo podía lograr Santamaría. En cuanto se dispersaron los espíritus, 30 segundos después, la defensa de Lunin se durmió en un córner y concedió el gol del Bayern. Está visto que administrar la facilidad no es lo propio del Madrid en Champions.

La tensión reventó las pizarras. La alineación racionalmente kamikaze de Arbeloa, juntando en el medio la delicadeza del turco y la electricidad de Brahim con el liderazgo guadianesco de Bellingham, era una declaración de intenciones: «No sabemos sobrevivir en el cálculo: atacado». Se trataba de soltar a las fieras. De convertir a los créditos en jabales. Y por momentos parecía funcionar: los alemanes parecían intimidados en su propia casa. Y el que más Neuer, condenado a recoger de sus redes por segunda vez un dron enviado por Güler. En el corazón otomano de este chico arde un imperio que no ha caído.

¿Quién dijo que la potencia sin control no sirve de nada? A falta de sistema, el Madrid se amigó con el caos. Se jugaba con la visera del compromiso, que no es el cerebro, teóricamente el órgano favorito de un alemán. No era un partido para enseñar a los niños, ciertamente. Poco pedagógico, demasiado violento, una hermoso intercambio de pufietazos sin guardia. Al picotazo de Kane—el último victoriano, ese jugador que parece escapado del reparto de Carros de fuego—le replicó Mbappé a pase de Vinícius, aunque los que saben aseguran que no pueden jugar juntos.

El descanso no cumplió su función. «Ya descansaré cuando os toque», susurró Santamaría. Todos obedecieron, aunque el cansancio matizaba la locura. El Madrid se compactaba, solidario y racial, confiado en una cabalgada redentora de Mbappé. Para conjurar la tentación del orden, Arbeloa sacó a Camavinga. Que decidió autoexpulsarse para salvar la posibilidad de una épica aún mayor. Pero hay un límite poroso entre la leyenda y la estupidéz. El Bayern trazó esa raya. Cayó el Madrid, pero su orgullo permanece intacto.

CRÓNICA

Le dan nolotil aunque es alérgico, le dejan parapléjico y ahora no le quieren rehabilitar

LA FAMILIA DE AGAPITO DORADO PIDE AYUDA MIENTRAS EL ESTADO LE DISCUTE LA INDEMNIZACIÓN

Aunque en sus informes médicos constaba «en rojo» que no se le podía administrar metanzol, ese analgésico se le administró para una pancreatitis en 2024 en el hospital público Montecelo y este pontevedrés de 48 años quedó con daño cerebral grave. «Me dijeron un montón de veces que lo desconectara y no le han dado estimulación ninguna», dice su hijo, que ha iniciado una campaña



Agapito Dorado y su hijo Daniel, antes del error que dejó al padre parapléjico, en una foto del álbum familiar.

QUICO ALSEDO
La última vez que Daniel Dorado, de 33 años, pudo conversar con su padre, Agapito, de 48, estaba «fastidiado». Pero no sólo por la pancreatitis aguda con que había ingresado en el Hospital Montecelo de Pontevedra, sino porque seguía en el box de urgencias, no tenía televisión y se estaba perdiendo la final de la Eurocopa que España le ganó a Inglaterra en julio de 2024.

«Me dijo: 'Mañana tráeme el cargador del móvil, por favor'. Ya había tenido pancreatitis otra vez, así que la verdad es que él estaba tranquilo, y yo también», cuenta Daniel. «No pasé la noche con él en el hospital porque tenía que cuidar de mi hija, y mi mujer estaba embarazada».

A la mañana siguiente Dani estaba «apurando un café» en el bar de su tía, «a las 9,30, sin darme mucha prisa antes de ir al hospital», cuando recibió una llamada del médico. «Me dijo: 'Ven corriendo, tu padre está en parada cardiorrespiratoria, es muy grave, venid ya'».

Se asustó tanto que, cuenta, «le pedí al médico que me dejara medio segundo para respirar, para poder asumirlo, pero me dijo que no podía, que tenía que colgarme porque debía hacer otras cosas». Cuando llegó al hospital y vio a su padre en la UCI, «rojo y con los ojos muy hinchados», Daniel sólo preguntó: «Pero, ¿qué ha pasado?».

El médico confesó en cuanto el hijo del perjudicado preguntó

«Me decían que le desconectara, pero dije que no», cuenta Daniel

«El médico de la UCI me dijo: 'Mira, yo no voy a cargar con algo que no he hecho: a tu padre, en planta, le dieron un nolotil'. La voz de Daniel se corta al otro lado del teléfono. «Justo lo que ponía en rojo en su historial clínico que no se podía hacer: darle nolotil, es alérgico al metanzol y era imposible no verlo en los papeles». Agapito había sufrido un shock anafiláctico y a consecuencia de ello había estado 15 minutos en parada cardiorrespiratoria.

En otras dos ocasiones a Agapito le habían dado metanzol en hospitales públicos. «La primera fue en 2020, que estubo 24 horas intubado, pero salió sin problema. La segunda fue en 2022, y apenas se puso un poco rojo. El problema es que esas dos veces se lo habían dado por vía oral. En el Hospital Montecelo se lo administraron por vía intravenosa».

Hoy, 20 meses después, Agapito sonríe mínimamente, casi con los ojos, cuando Daniel entra en su habitación, postrado en la cama. Está tetrapléjico y con un daño cerebral severo, con un 100% de discapacidad. La Sanidad Pública, que cometió el

definitivo error, admitido por los informes médicos, en cambio no le da rehabilitación ninguna. «Es como si le dieran por muerto», dice Daniel.

Mientras la batalla legal para indemnizar a la familia arranca -Daniel pide, a través de las letradas Isabel Bonilla y Clara Lozano, del despacho Bley Abogados, una indemnización cercana a 1,5 millones de euros para los cuidados de por vida y sus secuelas, pero la aseguradora del Servicio Gallego de Salud sólo cuantifica el daño en 200.000, porque mantiene que Agapito morirá aproximadamente en cinco años-, Daniel ha

dejado su trabajo de entrenador de fútbol para dedicarse a su padre.

Sube vídeos a Instagram (en el perfil @luchandopormilsonsismisademi-papa), y a Facebook. Escribe en todos los sitios que puede. Vende pulseras solidarias. Ha montado un *crowdfunding*: intenta recaudar dinero para darle la mejor vida posible a Agapito, cuya pensión paga la residencia en la que está. «Lo han dado por imposible. Sin estímulos no va a poder recuperar nada, y la sanidad pública no le da estímulo ninguno».

Daniel, lamentablemente, vio esa situación desde el minuto uno, des-

de que su padre quedó varado en la UCI con «daño cerebral grave»: «A los dos o tres días los médicos ya empezaron a decirme: 'Igual lo adecuado sería desconectarlo, porque es muy probable que no pueda respirar por sí mismo'. Pero me informé y vi que en los casos de hipoxia hay que tener paciencia a la hora de ver los daños. Y les dije que mejor esperábamos».

Ahí empezaron nueve meses de pesadilla, los que Agapito pasó en el hospital. «Hubo algún médico y alguna enfermera que actuaron bien, pero... Lo dejaban ahí sin atención

ninguna, le pinchaban lo que fuera y ni le hablaban, sin humanidad ninguna y estimulándole muy poco. Yo llegaba, le ponía el termómetro, tenía 42 grados y ni le ponían nada. Llamaba al timbre y no venían. Iba a buscarles y estaban mirando el móvil».

Uno de los sanitarios que debía colaborar en la estimulación de Agapito para tratar de encender en él pequeñas chispas de vida se dirigió al hijo un día «en la escalera»: «Me dijo: 'Qué pasa con tu padre, que me dicen que ni suba a verle'. Daniel no quiere ir tan lejos, pero admite que «es como si estuvieran esperando a que se muriera».

Varios doctores se lo dijeron textualmente. «Hubo uno que me dijo: 'Cuidado con agarrarte a un clavo ardiendo, porque te puedes quemar'».

En otro momento, a Agapito se le hizo una resonancia magnética «determinante», cuando llevaba varias semanas ingresado, que «en principio arrojó resultados positivos. Un médico vino y me dijo: 'Su padre va a poder vivir'. Al día siguiente vino otro médico, que me dijo lo contrario. Le contesté: 'Pero si ayer me dijeron que sí podrá vivir, gracias a la resonancia'. Y el médico me dice: 'Ah, pero ¿le han hecho ya la resonancia?'. Se va a buscarla y me dice: 'Bueno, es que cada médico lo verá de una manera'. El descontrol era casi absoluto».

Un facultativo llegó a admitir que le pedían que no le tratara

Solamente recibió terapia de logopedia «estando en UCI»

La terapia con logopedia, por ejemplo, «sólo la tuvo cuando estaba en la UCI. Luego, en todos los meses que se pasó en planta, no vinieron ni una sola vez, nada». Tampoco tuvo más suerte Agapito con el alta: «Justo en día en que íbamos a salir tuvo un poco de fiebre, así que le dejaron dentro. Perdimos la posibilidad de una plaza que teníamos en una unidad de neurorehabilitación de Quirón, y ya no la recuperamos».

«En más de un año y medio», sigue Daniel, «nunca pude mantener una conversación directa con un neurólogo sobre la evolución de mi padre, hay una desatención total».

La disyuntiva legal, a la hora de la indemnización, está en sí el padre fallecerá en cinco años o no, según cuenta Daniel. «En realidad, la aseguradora del Sergas hizo el informe sin venir a valorarlo, diciendo que el pronóstico de estos pacientes es malo en el corto plazo porque suelen presentar complicaciones, cuando en realidad desde hace un año no ha presentado complicaciones». Ahora el tribunal de Instancia 82 de Madrid deberá decidir.

ESTIMULACION CEREBRAL NO INVASIVA (ECNI)

REMITIDO

"Avanzamos hacia una neuromodulación de precisión, más personalizada y eficaz"

DRA. MARÍA ÁNGELES IDIAZABAL

Especialista en Neurofisiología Clínica y CEO del Instituto Neurocognitivo Incia. Barcelona

La Dra. María Ángeles Idiazabal explica cómo la estimulación cerebral no invasiva actúa sobre circuitos concretos del cerebro y amplía las opciones terapéuticas en neurología y salud mental.

En un momento en el que la salud cerebral gana cada vez más protagonismo, el Instituto Neurocognitivo INCIA se posiciona como un centro especializado en el abordaje integral del sistema nervioso, combinando neurología, neuropsicología y tecnología avanzada. Entre sus principales líneas de trabajo destaca la estimulación cerebral no invasiva, una herramienta terapéutica en plena expansión que abre nuevas vías en el tratamiento de trastornos neurológicos y de salud mental. En esta entrevista con la Dra. María Ángeles Idiazabal profundizamos en qué consiste esta técnica, cómo actúa sobre el cerebro y qué papel puede jugar en la medicina del presente y del futuro.

Para situarnos, ¿qué es exactamente la estimulación cerebral no invasiva y en qué se diferencia de otros tratamientos neurológicos o psiquiátricos más tradicionales?

La estimulación cerebral no invasiva agrupa técnicas terapéuticas como la estimulación magnética transcranial repetitiva (EMTr) y la estimulación transcranial por corriente continua (tDCS), capaces de modular la actividad cerebral de forma segura, indolora y no invasiva. Ambas técnicas nos permiten actuar de forma controlada sobre los circuitos neuronales que están alterados y favorecer su recuperación funcional, gracias a cambios en la plasticidad neuronal que sabemos que perduran en el tiempo.

Se emplea en depresión, ansiedad, TOC, dolor crónico o en la rehabilitación tras un ictus. A diferencia de los fármacos, que actúan de forma sistémica y pueden producir

efectos secundarios, la estimulación cerebral no invasiva actúa directamente sobre redes cerebrales específicas implicadas en el trastorno que queremos tratar, sin afectar al resto del organismo. Esto no significa que un tratamiento sustituya al otro, sino que ambos representan enfoques distintos y complementarios.

Como comentas, una de las técnicas más conocidas es la estimulación magnética transcranial repetitiva (EMTr). ¿Cómo actúa sobre el cerebro y qué cambios provoca a nivel neuronal?

La EMTr permite modular la actividad de la corteza cerebral a través de pulsos magnéticos que se generan en una bobina colocada sobre el cuero cabelludo. Esos pulsos atraviesan el cráneo e inducen pequeñas corrientes eléctricas en la corteza cerebral superficial, modificando la excitabilidad de determinadas neuronas y de las redes neuronales a las que pertenecen.

Con el tratamiento nosotros podemos facilitar o inhibir la actividad de ciertos



"La neuromodulación permite intervenir sobre redes cerebrales específicas; su aplicación clínica debe ser siempre precisa, individualizada y bien indicada"

circuitos según el protocolo que utilizamos. Cuando aplicamos sesiones repetidas inducimos cambios duraderos en la plasticidad cerebral, es decir, cambios en la forma en que las neuronas se comunican entre sí.

¿En qué patologías está demostrando mayor eficacia la estimulación cerebral no invasiva y qué perfil de paciente puede beneficiarse más?

Actualmente, la principal indicación es la depresión resistente al tratamiento, que representa un 40 % de los pacientes con depresión. En estos pacientes se obtiene una tasa de respuesta del 60-70 %, mejorando su calidad de vida sin los efectos secundarios de los fármacos.

También se utiliza en trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, deshabitación tabáquica y adicciones como alcohol o cocaína.

Otra aplicación de la EMTr es el tratamiento del dolor crónico y la rehabilitación de pacientes que han sufrido un ictus para facilitar tanto su recuperación motora como del lenguaje. El dolor crónico afecta al 25 % de la población española, pero sólo un 30-40 % de los pacientes con dolor crónico responde al tratamiento farmacológico. La EMTr ofrece una alternativa terapéutica

cuando los fármacos no logran controlar adecuadamente el dolor.

La EMTr puede beneficiar especialmente a pacientes con un diagnóstico claro, una indicación bien establecida y una valoración individualizada, ya sea como tratamiento de primera línea en algunas indicaciones o como parte de un abordaje terapéutico más amplio.

Desde fuera puede generar cierta inquietud. ¿Es un tratamiento seguro?

Es normal que, visto desde fuera, pueda generar cierta inquietud. Sin embargo, la EMTr es un tratamiento con un perfil de seguridad alto cuando se aplica en un entorno clínico y por profesionales especializados. No requiere una preparación previa compleja, se realiza de forma ambulatoria y no precisa anestesia ni sedación, por lo que el paciente puede retomar su actividad habitual tras la sesión. Los efectos adversos suelen ser leves y transitorios, como dolor de cabeza, molestias locales en el cuero cabelludo, sensación de golpeteo o pequeñas contracciones faciales durante la sesión.

Mirando al futuro, ¿hasta dónde puede llegar la estimulación cerebral no invasiva? ¿Estamos ante una herramienta puntual o ante un cambio de paradigma en el abordaje del cerebro?

La estimulación cerebral no invasiva supone un cambio importante en la forma de tratar estos trastornos, porque nos permite actuar sobre circuitos cerebrales específicos, y avanzar hacia tratamientos cada vez más individualizados. El futuro es la "neuromodulación de precisión", con tratamientos cada vez más personalizados, más eficaces y mejor ajustados a las necesidades de cada paciente. Además, creo que será clave combinarla con herramientas como la neuroimagen, el electroencefalograma y los biomarcadores clínicos para ajustar mejor la indicación y el tratamiento en cada paciente.

www.institutoincia.es

