



# DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y  
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

---

MARZO - ABRIL

---

2026



## LA POSADA

**PUERTA GRANDE DEL VACUNO.** De ser una carnicería familiar a una gran industria. Puerta Grande vende sus productos en toda España y exporta a Francia, Bélgica, Italia y

Grecia. Empresa familiar de tres generaciones, asentada en Villabragima, es un referente de la industria cárnica con un objetivo claro: dignificar el producto desde el origen

# HERALDO-DIARIO DE SORIA

## EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Viernes 17 de Abril de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXIII. Número: 1956

## Ruptura de las negociaciones del metal y FOES alerta de una huelga

La patronal, que ofrece un 3%, dice que es «inasumible» un incremento salarial del 4% y no descarta un procedimiento de mediación ante el Serla y movilizaciones de los trabajadores

Pág. 3

### LA HISTÓRICA GASOLINERA DEL CICA BORRA SU HUELLA Y DEJA PASO A VIVIENDAS

La gasolinera del Cica, frente a la estación de autobuses, deja ya paso a las viviendas, nueve plantas, que en un futuro lucirán en la zona. Los operarios han comenzado el desmontaje de los elementos de la antigua estación de servicio. La gasolinera fue parte del paisaje de la ciudad desde la década de 1960, según recuerda el historiador Joaquín Alcalde. «Seguimos con lo que dio de sí el 1960. Aquel año también fue inaugurada la estación de servicio conocida como CICA (Ciriaco Caballero) en la confluencia de la avenida de Valladolid con la carretera de Madrid, en las traseras de las Casas de los Camineros, frente a la Estación de Autobuses, o lo que es lo mismo, en la actual Plaza de la Constitución».

Pág. 7



MARIO TEJEDOR

### CASTILLA Y LEÓN

## La lista de espera para operarse en la región se sitúa 34 días por debajo de la media del país

Castilla y León se sitúa entre las comunidades con menor demora y tasa de pacientes en espera

**VALLADOLID**  
A la cabeza de las comunidades con menor tiempo de espera y tasa de pacientes para ser operado. Ahí es donde se si-

túa Castilla y León, según los datos del Ministerio de Sanidad, que señalan que la demora quirúrgica se sitúa 34 días por debajo de la media del país. Págs. 9 y 10



## La Junta apoyará la mejora de la competitividad en la planta de Huf

**SORIA**  
La Junta de Castilla y León apoyará la competitividad de la planta de Huf. Así se desprende de la reunión mantenida ayer entre el viceconsejero de Economía y Competitividad, Carlos Martín Tobalina, la delegada territorial, Yolanda de Gregorio, y el alcalde de El Burgo de Osma, Antonio Pardo.

Pág. 8

## La capital espera a la Junta Electoral para la elección del nuevo alcalde

La renuncia de Dulce está pendiente de respuesta

Pág. 6

## La regularización de inmigrantes afectará a 1.200 personas en la provincia

Pág. 4

### FÚTBOL



**Diputación y Numancia sellan un convenio de 100.000 euros**

Pág. 13

# CASTILLA Y LEÓN

## La espera para operarse en Castilla y León se sitúa 34 días por debajo de la media del país

● La Comunidad se coloca con un 13,8% como la quinta con menos lista de espera quirúrgica a nivel nacional, por detrás de Madrid (0,8%), País Vasco (2,3%), Galicia (5,7%), La Rioja (6,4%) y Asturias (10,4%)

**MARTA GAMAZO VALLADOLID**  
La sanidad castellano y leonesa tiene una nueva razón por la que alegrarse, y no es otra que el poder situarse entre las pocas autonomías de España en estar por debajo de la media en cuanto a esperar para operarse se refiere. Así lo revelan los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, correspondientes al segundo semestre del año 2025.

En concreto, la Comunidad se sitúa en 87 días de espera, siendo la media nacional de 121 días, lo que se traduce en 34 días de diferencia y que se extraen de la presentación trimestral de estos datos por parte de la Consejería de Sanidad, mientras que el Gobierno de España comparte esos registros de forma semestral. De esta manera, Castilla y León ocupa el quinto puesto en cuanto a lista de espera se refiere, siendo la primera posición del pódium de Madrid, con 50 días; seguida por País Vasco con 64 días; Galicia, con 73 días y La Rioja con 78 días. En este caso la espera ha caído en ocho días con respecto a diciembre de 2024, sin embargo ha crecido en siete con respecto a lo registrado en el primer semestre de 2025.

En el otro extremo, las comunidades donde más tienen que esperar los pacientes para ser operados, se encuentran territorios como Andalucía, con 173 días o Aragón con 132 días. En el caso de Castilla y León, el número de días que deben esperar los pacientes es de 74 en el caso de cirugía general de digestivo; 57 en el caso de Ginecología; 48 en el caso de Oftalmología; 93 en el caso de ORL; 112 en el caso de Traumatología; 107 en Urología; 80 en cirugía Cardíaca; 64 en Angiología; 82 en Cirugía Maxilofacial; 53 en cirugía Pediátrica; 112 en Cirugía Plástica; 104 en Cirugía Torácica; 71 en Neurocirugía y 32 en Dermatología.

Los datos del Ministerio de Sanidad también reconocen otro dato que confirma la mejora de la Sanidad castellano y leonesa: Castilla y León presentó la segunda me-



Sanitarios trabajando en un quirófano de Castilla y León. ICAL

cuando el porcentaje fue del 17,1%, sin embargo ha crecido con respecto a lo del primer semestre de 2025, cuando esperó seis meses el 10,7% de los incluidos en la lista quirúrgica.

Así, Castilla y León se sitúa como la octava comunidad con menos personas en lista de espera quirúrgica, por detrás de La Rioja (6,44%), Navarra (16,735), Cantabria (26,22%), Baleares (10,43%), Asturias (10,43%), Extremadura (23,11%) y País Vasco (2,26%). En contraposición, otras comunidades como Andalucía se sitúan en un 32,16%; Cataluña en un 31,97% o Extremadura en un 23,11%.

Con los últimos datos, la evolución de las listas de espera quirúrgica en Castilla y León confirma que la sanidad castellano y leonesa ha experimentado una evolución positiva a la hora de reducir los tiempos de espera, aunque no ha estado exenta de altibajos en el último año.

En concreto, Castilla y León, como había comunicado la Junta, terminó el pasado año con 24.786 pacientes esperando a ser operados, lo que equivale a 10,57 pacientes por cada 1.000 habitantes, solo consiguiendo un mejor dato Comunidad Valenciana (9,91%) y País Vasco (10,81%). Por otro lado, Madrid alcanza un 11,23%; Baleares con un 13,62%; Navarra con un 16,08%; Baleares con un 14,59%; Castilla-La Mancha con un 18,06%; Aragón con un 18,71%; Galicia con un 18,82%; Extremadura con un 21,96%; Asturias con un 22,12%; Andalucía con un 23,51%; Cataluña con un 24,84% y Cantabria con un 24,92%. En el ámbito nacional hasta 853.509 pacientes se encontraban pendientes de una intervención quirúrgica, 6.926 personas más respecto al año anterior y hasta 20.781 personas más que en junio de 2025.

En cuanto a las consultas, Castilla y León reconoce un tiempo medio de espera de 102 días, lo que iguala la media nacional. El dato se sitúa en el centro de la tabla pues fue superior al de La Rioja (32), País Vasco con 10,81 enfermos; Madrid con 11,23; Baleares con 13,82; Canarias con 14,59 o Galicia con 18,82.

Por otro lado, el informe recoge también el porcentaje de pacientes con más de seis meses de espera. Castilla y León se sitúa en un 13,8%, una cifra que también es inferior a la media nacional, que alcanza el 21,6%. En este caso el dato también ha caído con respecto a lo registrado en diciembre de 2024,

### Pacientes en lista de espera quirúrgica

Comunidades (ordenadas de menor a mayor tasa)	Pacientes pendientes 2025	Tasa por 1.000 habitantes	Tiempo medio de espera (días)
Comunidad Valenciana	51.600	9,91	88
Castilla y León	24.786	10,57	87
País Vasco	24.069	10,81	64
Madrid	80.525	11,23	50
Baleares	17.075	13,62	105
Canarias	32.131	14,59	106
Navarra	10.861	16,08	96
Castilla-La Mancha	36.260	18,06	92
Aragón	25.783	18,71	132
Galicia	49.554	18,82	73
Murcia	34.197	21,52	103
Extremadura	22.404	21,96	135
Asturias	22.402	22,12	91
Andalucía	199.950	23,51	173
La Rioja	7.822	23,80	78
Cataluña	197.768	24,84	142
Cantabria	14.490	24,92	137
Ceuta	931	12,12	94
Melilla	901	12,73	82
<b>Total</b>	<b>853.509</b>	<b>17,69</b>	<b>121</b>

FUENTE: Ministerio de Sanidad

ICAL

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

## CASTILLA Y LEÓN

### VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

Vasco (49 días), Cantabria (61 días), Galicia (63 días), Castilla-La Mancha (64 días), Madrid (68 días), Baleares (71 días), Murcia (89 días), Comunidad Valenciana (95 días).

La demora media para ser intervenido se ha reducido en ocho días respecto a 2024, pasando de 95 a 87 días, lo que consolida una evolución positiva del sistema sanitario autonómico.

Atendiendo al porcentaje de pacientes que en espera durante más de seis meses un total de 3.420 pacientes superaron los seis meses de espera en la Comunidad, lo que supone un 13,8 % del total, frente al 21,6 % de la media nacional. Con un porcentaje inferior a Castilla y León figuran Madrid (0,8%), País Vasco (2,3%), Galicia (5,7%), La Rioja (6,4%) y Asturias (10,4%). En el lado opuesto se sitúan Andalucía (32,2%) y Cataluña (32%).

Más allá de la actividad quirúrgica, los datos recogen un incremento tanto en el número de pacientes como en los tiempos de espera en el ámbito de las consultas externas de Atención Especializada. En concreto, 78,93 de cada 1.000 personas estaban registradas en una lista de espera en Atención Especializada hospitalaria, una tasa superior en 3,98 puntos a la que se podía encontrar hace tan solo seis meses.

Los pacientes de las consultas externas de Atención Especializada cuentan con un tiempo medio de espera de 102 días, 14 más que en el pasado mes de junio. En el ámbito nacional 84,42 de cada 1.000 personas estaban registradas en una lista de espera para una primera consulta. La proporción de pacientes que tenían una fecha de cita asignada para más de 60 días es del 55,2%.

En total, en la Comunidad se contabilizaron a 31 de diciembre de 2025 un total de 185.112 pacientes en lista de espera para una primera consulta de Atención Especializada. En este caso se registró un incremento de 10.345 personas con respecto a diciembre de 2024 y de 10.252 con respecto a junio.

En definitiva, Castilla y León combina así una situación general positiva en el ámbito quirúrgico con signos de presión creciente en otros niveles asistenciales, como las consultas externas.

Mientras los tiempos de espera para operarse se mantienen por debajo de la media nacional, el incremento del número de pacientes y de los días de demora en primeras consultas apunta a un sistema que, aunque reforzado en los últimos años, todavía enfrenta desafíos para equilibrar la demanda asistencial.

# Trauma lastra la espera de consultas en la Comunidad con 112 días de espera

El tiempo medio para las consultas iguala la media nacional con 102 días, muy alejado de Canarias con 162 días, Aragón con 138 días o Andalucía con 136 días

M. GAMAZO VALLADOLID

Si algo resulta tedioso para los pacientes es el tener que esperar para poder acceder a que sean atendidos por un especialista. Se trata de una cuestión que puede alargarse incluso meses, y que, en el caso de la Comunidad, tiene a Cirugía Plástica y Traumatología como las especialidades con más tiempo de espera para los pacientes. Ambas especialidades dejan a los enfermos esperando durante 112 días.

Cabe destacar que Castilla y León iguala el tiempo de espera con la media nacional (102 días), un dato bastante alejado de lugares como Canarias con 162 días, Aragón con 138 días o Andalucía con 136 días.

Así, la Comunidad mantiene estas dos especialidades como las más castigadas por la demora, aunque sí presenta diferencias con otros territorios. Y es que en el caso de Traumatología se encuentran con menos días de demora Madrid con 54 días, País Vasco con 78 días, La Rioja con 91 días y Castilla La Mancha con 104 días.

En el otro extremo se encuentran Extremadura con 192 días, Andalucía con 187 días, Cantabria con 188 días, Aragón con 163 días, Cataluña con 154 días, Baleares con 138 días y Canarias con 137 días. En lo referente a Cirugía Plástica, que como se mencionaba anteriormente cuenta con 112 días de espera en Castilla y León, la situación también es dispar a la hora de hacer comparaciones con el resto de comunidades autónomas.

En el caso de Madrid, son 53 días de espera, en Baleares los días de espera son de un total de 73, 81 en el caso de Asturias, 76 en Galicia y 57 en el caso de la Comunidad de Madrid. Por otro lado, situadas por debajo de Castilla y León -con más días de espera- se encuentran Andalucía con 525, Aragón con 323 días, Cantabria con 285 días, Extremadura con 227 días, Cataluña con 226 días, 152 en Comunidad Valenciana, 175 en Murcia, 173 en Navarra, 127 días en Castilla La Mancha y 187 días en Canarias.

Inmediatamente después se encuentra Urología con 107 días, cirugía Torácica con 104, Otorrinolaringología se sitúa por detrás con 93 días y Cardiología con 64. A continuación les sigue la Cirugía Maxilofacial con 82 días y la cirugía General y de Digestivo y Neurología con 74 días y 71 días respectivamente.

Por otro lado, las especialidades que presentaron menos días de espera para los pacientes son Dermatología con 32 días, Oftalmología con 28 días, cirugía Pediátrica con



Vista desde el interior de un quirófano en la Comunidad. JUAN GARCÍA

53, Ginecología con 57 días y Cardiovascular con 64 días.

Además de las especialidades, los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, correspondientes al segundo semestre del año 2025, también recogen el número de pacientes que se encuentran en estas tediosas listas de espera. De esta manera, Traumatología acapara en la Comunidad el mayor número de pacientes en lista de espera con 7.647, cirugía General y de Digestivo con 4.304; seguido de Oftalmología con 3.759; Otorrinolaringología con 3.148; Urología con 2.271; Ginecología con 961 y Cirugía Plástica con un total de 901 pacientes.

Por otro lado, la especialidad de Torácica cuenta con 78 pacientes, seguida de cirugía Cardíaca con 114, y a continuación de Dermatología con 144, cirugía Maxilofacial con 225, cirugía Pediátrica con 297, cirugía Vasculosa con 476 pacientes y Neurocirugía con 461 son las especialidades que actualmente cuentan con un menor número de pacientes. Así, se confirma que las dos especialidades más castigadas continúan siendo Cirugía Plástica y Traumatología, como ya reflejaban los últimos datos disponibles.

Los datos del Ministerio de Sanidad también ofrecen números en cuanto a las consultas externas de los pacientes. En el caso de Castilla y León revelan que, 78,93 de cada 1.000 personas estaban registradas en una lista de espera en Atención Especializada hospitalaria. Dicha tasa es superior en 3,66 puntos a la

de diciembre de 2024 y hasta 3,98 puntos respecto a hace seis meses. En el ámbito nacional 84,42 de cada 1.000 personas estaban registradas en una lista de espera para una primera consulta.

El tiempo medio de espera de dichos pacientes es de 102 días, igual que la media nacional 13 días más que en el corte de diciembre de 2024, y 14 más en junio. La proporción de pacientes que tenían una fecha de cita asignada para más de 60 días es del 55,2%.

En total, en la Comunidad se contabilizaron a 31 de diciembre de 2025 un total de 185.112 pacientes en lista de espera para una primera consulta de Atención Especializada. En este caso se registró un incremento de 10.345 personas con respecto a diciembre de 2024 y de 10.252 con respecto a junio.

Oftalmología acapara el mayor número con 38.958 pacientes, seguida de Traumatología 34.440, Otorrinolaringología con 17.701, Dermatología 10.291, Urología con 8.925, Ginecología con 7.998, Neurología con 6.710, general con 6.557 Digestivo con 6.370 y finalmente se sitúa la especialidad de Cardiología con 6.287 pacientes.

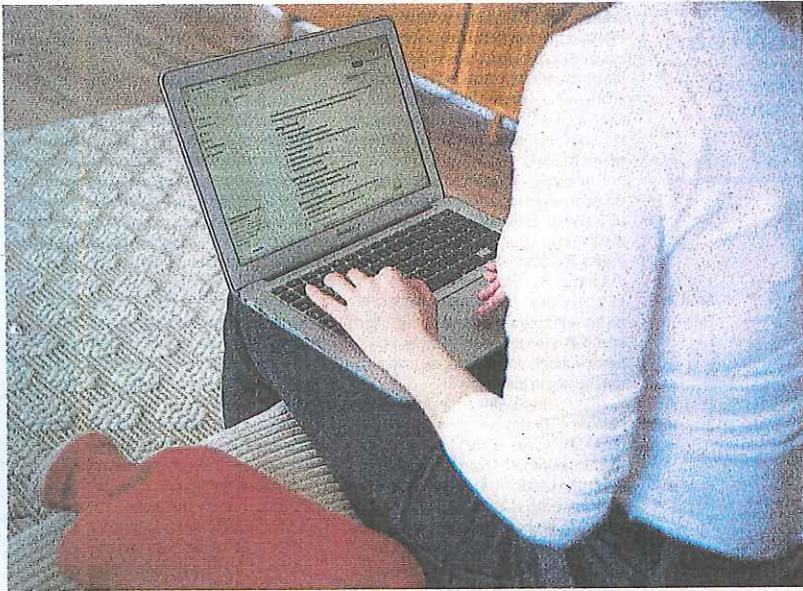
Cabe recordar que en los datos publicados el pasado mes de junio de 2025 ya se apreciaba una tendencia de mejora en varias especialidades quirúrgicas, con reducciones en los tiempos de espera respecto a periodos anteriores. En ese informe intermedio ya se observaban descensos en áreas como Uro-

logía, Cirugía Torácica o Cirugía Cardíaca, que reducían notablemente sus tiempos de demora, así como en Cirugía Maxilofacial y Otorrinolaringología.

Sin embargo, en el caso de Traumatología se mantenía entonces como la especialidad con mayor presión asistencial, aunque con una ligera tendencia a la baja, algo que se consolida en el análisis más reciente. De este modo, la evolución entre ambos periodos refleja una mejora generalizada, aunque no homogénea en todas las disciplinas presentadas en los últimos datos arrojados por el Ministerio de Sanidad.

El pasado mes de junio, en el tiempo de espera en consulta, en la comunidad de Castilla y León era de 74,95 de cada 1.000 personas estaban registradas en una lista de espera para una primera consulta en Atención Especializada Hospitalaria; por los 81,4 de la media nacional. El tiempo medio de espera en Castilla y León se situaba en los 88 días, por los 96 en España.

La proporción de pacientes que tenían una fecha de cita asignada para más de 60 días era en junio del 83,7%, por encima de la media, del 61,8 por ciento. Los menores tiempos se observan en Cirugía General con un promedio de espera de 49 días, Ginecología con 50 días y Neurología con 54 días. Las especialidades con mayores tiempos de espera eran, por tanto: Traumatología con un total de 120 días, Oftalmología con 112 días, y finalmente Otorrinolaringología con 89 días.



## CUIDADO CON PREGUNTARLE A CHATGPT SOBRE TU SALUD: ASÍ ES COMO METE LA PATA

**Investigación.** Un nuevo estudio cuestiona la fiabilidad de las herramientas de IA generativa en materia de salud. Los datos que dan son "imprecisos e incompletos"

Por C. García

**A**nte una molestia en el hombro, un dolor de cabeza persistente o una punzada al caminar, ¿usted es de los que corre a consultar los síntomas en ChatGPT? ¿Le plantea sus dudas a este tipo de chatbots y sigue a pies juntillas las indicaciones que le sugiere? Si es así, no se confíe. Un estudio cuestiona esta semana la fiabilidad de estas herramientas en materia de salud. Según sus datos, gran parte de la información médica que proporcionan es «imprecisa» e «incompleta».

Los autores de esta investigación, publicada en el último número de la revista *BMJ Open*, eligieron en primer lugar cinco populares modelos de lenguaje de inteligencia artificial avanzados - Gemini (Google), DeepSeek (High-Flyer), Meta AI (Meta), ChatGPT (OpenAI) y Grok (xAI) - con el objetivo de evaluar su capacidad de aportar información correcta y datos precisos sobre cuestiones de salud, les plantearon a estos chatbots 250 preguntas sobre cinco categorías: cáncer, vacunas, células madre, nutrición y rendimiento deportivo. Las preguntas, formuladas como haría cualquier persona con dudas, eran tanto abiertas como cerradas. Algunas de ellas estaban planteadas específicamente para comprobar si la tecnología tendía a la desinformación o, en cambio, optaba por proporcionar información basada en la evidencia científica.

Los resultados del trabajo mostraron que la fiabilidad era dudosa en gran parte de los casos. Los científicos, investigadores de la Universidad Wake Forest (EEUU), clasificaron las respuestas proporcionadas por la IA como no problemáticas, moderadamente problemáticas o altamente problemáticas. La definición básica de la que partieron fue que una respuesta problemática era aquella que podía dirigir a usuarios no expertos hacia un tratamiento potencialmente ineficaz u orientarles hacia una indicación potencialmente dañina si se seguía sin orientación profesional.

La evaluación prestó especial atención a si los chatbots proporcionaban un falso equilibrio entre datos basados en la evidencia científica y afirmaciones sin ningún rigor.

Los resultados mostraron que nada menos que el 50% de las respuestas proporcionadas por las herramientas de IA recibían la calificación de «problemáticas» y el 20% de estas se consideraban «altamente problemáticas».

Según los datos del trabajo, el modo en que se formularon las preguntas resultó clave para el resultado. Así, las preguntas abiertas condujeron en muchas más ocasiones que las cuestiones cerradas a una respuesta errónea.

Los investigadores también destacan que, aunque la calidad de las respuestas apenas difería entre los cinco chatbots, sí se observaron ciertas diferencias entre los modelos. De este modo, el chatbot que generó más respuestas altamente problemáticas fue Grok, mientras que Gemini fue el que menos errores cometió.

Las áreas en las que la información proporcionada por la IA fue más precisa fueron las relacionadas con las vacunas y el cáncer, mientras que en las que más desinformación aportaron fue al contestar las cuestiones relacionadas con las células madre, el rendimiento deportivo y la nutrición.

En sus conclusiones, los investigadores reconocen que su trabajo solo ha analizado cinco chatbots y que la tecnología avanza rápidamente, por lo que los resultados obtenidos podrían no replicarse en otras evaluaciones. No obstante, también destacan que lo que sugieren las conclusiones de su trabajo es que la utilización masiva de estos chatbots puede conducir a que se difunda desinformación. «Se necesita educación, entrenamiento profesional y vigilancia regulatoria para asegurar que la IA generativa apoye la salud pública en lugar de erosionarla», concluyen en un comunicado.

## ENFERMERA SATURADA

### COSMÉTICOS: SUBEN LOS AVISOS POR EFECTOS NO DESEADOS

**Compras inseguras.** Tres de cada 10 notificaciones fueron por reacciones graves, según la Agencia Española del Medicamento. La UE tiene una lista de más de 1.600 ingredientes prohibidos

**E**sta semana han saltado las alarmas sobre el mundo de los productos cosméticos que usan a diario los españoles, y es que hemos conocido el Informe Anual sobre Cosmetovigilancia de la Agencia Española del Medicamento (Aemps) con un resultado que preocupa a los profesionales de la salud: las notificaciones por efectos adversos han crecido un 30% respecto al año anterior. Tres de cada diez notificaciones fueron por reacciones graves.

**¿Es seguro comprar cosméticos fuera de la UE?** Comprar productos para el cuidado del cabello o para la limpieza e hidratación de la piel a través de plataformas digitales puede resultar muy tentador por sus precios bajos, pero una vez más lo barato puede salir caro. La normativa de seguridad europea para la fabricación de cosméticos es muy estricta, y el listado de ingredientes prohibidos por seguridad supera los 1.600 y aumenta cada año. Hablamos de ftalatos como el DBP o el DEHP, que están prohibidos por ser disruptores endocrinos, de formaldehídos como el Quaternium-15 o el Diazolidinyl urea por su potencial cancerígeno o de metales como el mercurio.

**¿Por qué en la UE son más restrictivos con ciertos ingredientes?**

Las diferencias regulatorias son amplias si comparamos el mismo producto cosmético fabricado en Alemania, en Vietnam o en California. En la Unión Europea se aplica siempre el principio de precaución, es decir, si existe alguna duda sobre la seguridad de ese ingrediente, aunque sea pequeña, se prohíbe. Por el contrario, en otros países fuera de la UE solamente suelen prohibir aquellos ingredientes que si se ha demostrado que pueden provocar un daño en el consumidor final. Esto lleva a que se permita un uso mucho más amplio, por ejemplo, de conservantes y otros químicos.

**¿Cuáles pueden ser los efectos no deseados?**

El informe de la Aemps revela que el 68% de las secuelas fueron algún tipo de dermatitis. Los síntomas fueron picor intenso de la zona de aplicación, enrojecimiento, inflamación y la aparición de algún tipo de erupción cutánea. Por suerte, la mayoría se mitigan, tras una visita al dermatólogo, con la aplicación de algún tipo de corticoide tópico o medicamentos orales en los casos más graves cuando el efecto persiste.



# PAPPEL

NOSOTROS,  
LOS QUE TENEMOS  
QUE DAR  
LAS PEORES  
NOTICIAS



“EL PACIENTE  
OLVIDARÁ LO QUE  
LE DIJISTE, PERO  
NO CÓMO LE  
HICISTE SENTIR”

En España, cada año fallecen 270.000 personas. Mas de la mitad de los decesos son por tumores o enfermedades del sistema circulatorio. ¿Cómo se dan los peores noticias? Conversamos sobre el asunto con una geriatra, una pediatra, un psiquiatra y una médica rural que tienen que hacerlo a diario

Por Pedro Simón  
Fotografía de Angel Navarrete

Juan de Dios  
Molina, jefe  
de Servicio de  
Psiquiatría  
del Hospital  
12 de Octubre  
de Madrid

## PAPEL EN PORTADA

Por Pedro Simón (Madrid)

**C**ómo se le dice a alguien que va a morir? ¿Quién está preparado para dar esa noticia? ¿Cómo le comunica una doctora a una gestante de su misma edad que su bebé viene con una malformación severa? ¿Cómo se le explica al anciano que te da recuerdos de parte de su mujer que olvidará hasta su nombre? ¿Se mira a los ojos o se mira al ordenador? ¿Se cogen las manos del paciente o se desamarran? Llega uno a casa después de desahuciar a un niño enfermo y, ¿con qué cuento le va al suyo? ¿Le cuenta lo que ha visto o le dice colorín colorado con un nudo en la garganta? ¿Cómo es ese momento en que un profesional sanitario —que está formado para mejorar la vida, para conservar la vida, para aliviar el sufrimiento de la vida— tiene que anunciarle al otro la derrota que es la muerte?

Unos cinco millones de españoles fueron hospitalizados en 2024, según los recientes datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria elaborada por el Instituto Nacional de Estadística. Seis de cada 10 lo hicieron por vía de urgencia. La estancia media de ingreso fue de ocho días... Pero muchos no tuvieron la suerte de volver a casa: en España, fallecen unas 440.000 personas al año. Más de la mitad de los decesos son a causa de tumores o enfermedades del sistema circulatorio.

Y justo allí —en mitad de esa colmena de habitaciones, quirófanos, vías intravenosas, palos de suero, máquinas de soporte vital y fármacos—, el medio millón de profesionales sanitarios que a veces tiene que libar también con las noticias más difíciles de dar.

Lo tiene que decir a veces Gemma Claret, pediatra del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona: «Lo normal es ver el desánimo en los padres cuando les das la mala noticia, la tristeza, incluso la culpa... Piensan: 'Tenía que haber venido antes con mi hija'».

Lo tiene que decir a veces Cristina Rodríguez de la Pinta, médica de familia en el medio rural y ejerciente en Santibáñez de Vidriales (Zamora): «No me pongo a escribir cuando está el enfermo delante, sino que lo hago después, porque quiero que vea que le miro a los ojos, que estoy con él».

Lo tiene que decir a veces Juan de Dios Molina, psiquiatra del Hospital 12 de Octubre de Madrid: «Cuando reciben la noticia, la respuesta no suele ser el llanto, sino un silencio lleno de pensamientos. Con preguntas que contienen un todo: '¿Mañana podré seguir trabajando?', '¿Se lo digo hoy a mis hijos?'».

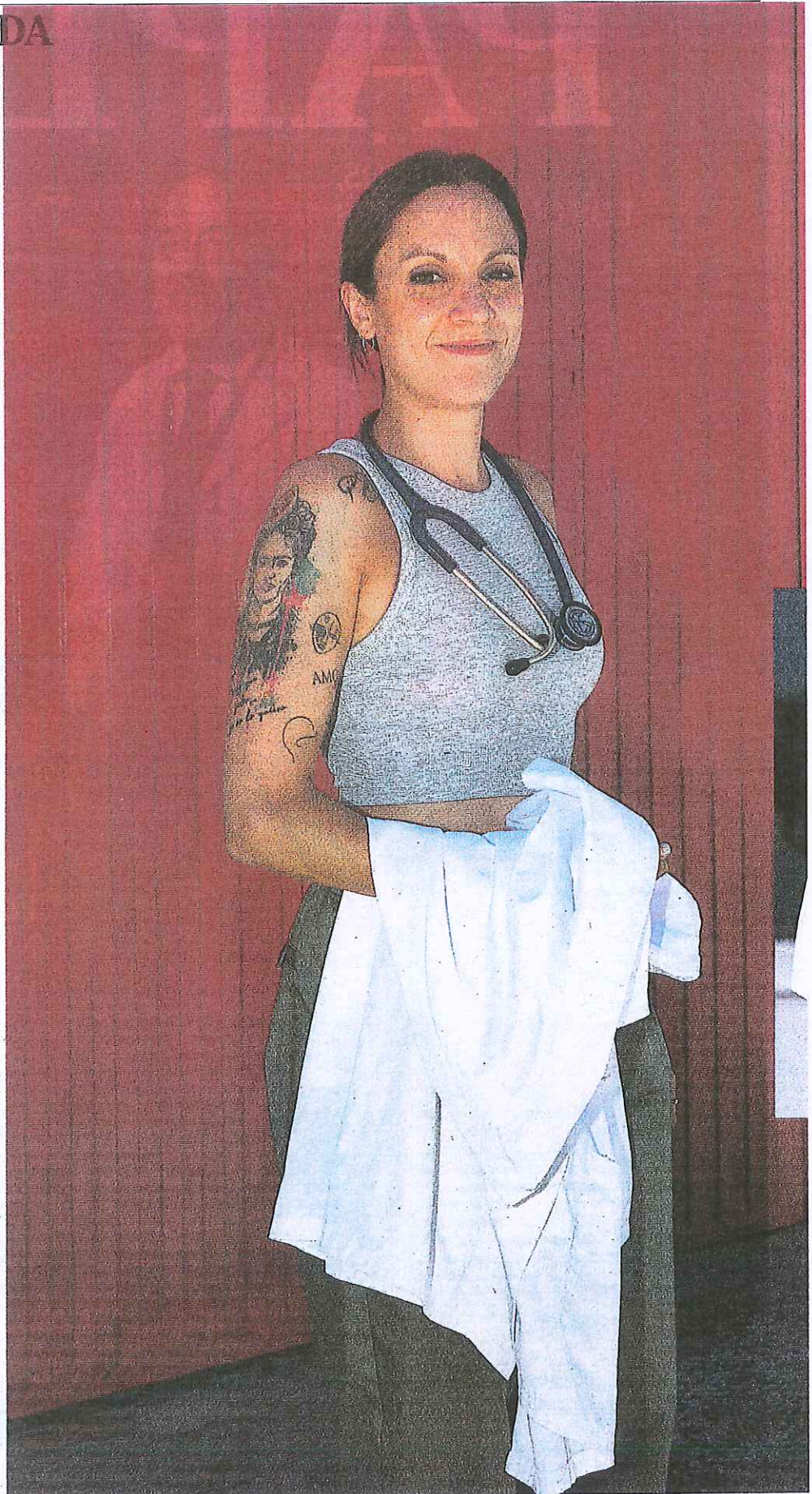
Lo tiene que decir a veces María José Navarro, geriatra en el Hospital Comarcal del Noroeste, en Caravaca de la Cruz (Murcia): «Doy malas noticias a diario; no solo es dar un mal pronóstico, sino, por ejemplo, decirle a alguien que tiene Alzheimer».

EL MUNDO ha testado con cuatro profesionales sanitarios su modo de comunicar una mala noticia. Porque alguien tiene que decírselo al paciente, alguien tiene que dar la cara frente al familiar que empalidece al lado de la cama, frente a los que desesperan en la sala de espera tras el accidente, frente al padre que traga saliva y abre mucho los ojos.

**GEMMA CLARET. PEDIATRA. BARCELONA.**

«Cuando hay niños u adolescentes de por medio, siempre es más difícil dar malas noticias. Y ello por dos motivos: 1) porque los hijos son lo que más quieren los padres y 2) porque también hay que darle al menor una explicación de lo que está ocurriendo... Es un momento clave, ven que están pasando cosas a su alrededor, ven a sus padres más serios, ven que mucha gente viene a visitarlos... No podemos ocultarles lo que está pasando», sostiene la pediatra de urgencias. Y avanza una norma general: «El paciente y los familiares siempre recuerdan cómo se lo dijiste, qué palabras usaste».

En su hospital, el Sant Joan de Déu de Barcelona,



## EN PORTADA | PAPEL



que buscar la manera de recuperar las ganas para entrar en Urgencias al día siguiente». «Toda respuesta es normal en el paciente cuando escucha aquello...», concluye. «A veces muestran enfado, hay una explosión, cada uno reacciona como puede... Es responsabilidad nuestra gestionar cualquier tipo de respuesta».

**CRISTINA RODRÍGUEZ. MÉDICA RURAL. ZAMORA.** «Nosotros, los sanitarios que trabajamos en los pueblos pequeños, también tenemos que manejar las malas noticias. Sobre todo, en el acompañamiento del paciente oncológico al que en el hospital le dicen que ya no hay nada que hacer... Existe equipos de paliativos domiciliarios, claro, pero en zonas muy rurales no llegan a todas partes. Y, cuando lo hacen, en ocasiones solo es una vez cada 15 días. Algo insuficiente... Sin embargo, nosotros damos soporte diario». Lo dice Cristina Rodríguez, médica de familia de tan solo 33 años que lleva cinco ejerciendo, que se ocupa de la mitad de los pacientes de Santibáñez de Vidriales (mil habitantes) y de la totalidad de los de Brime de Sog (200) y Bercianos (100), todos ellos municipios de Zamora. «En la carrera de Medicina solo teníamos un epígrafe que hablaba de cómo comunicar las malas noticias, dentro de la materia de Medicina Familiar y Comunitaria. Así que aprendes a manejar estas cosas sobre la marcha».

«Por fortuna, aquí, en los pueblos, tenemos un contacto muy directo con los pacientes y sus familias. Sabes ante quién estás, si es comunicativo o no, si tiene red afectiva o no, si está solo o no, si quiere saber lo que hay o prefiere ignorarlo», detalla.

«Algo que nos toca hacer mucho es hablar con los familiares de los abuelcos que están en la última fase. Comunicarles la situación y hacerles ver que hay que saber parar, frenar el encamizamiento terapéutico, buscar medidas de confort en domicilio con el apoyo pertinente, decirles que toca irse de forma tranquila... Pero algunos familiares nos exigen que les mandemos de nuevo al hospital, cuando ya no hay nada que hacer. Y tenemos una especie de batalla con ellos... A veces nos obsesionamos con poner, poner y poner, y no sabemos parar. Llega un momento en que hay que ofrecer calidad de vida y no cantidad». ¿Su norma de oro? «Yo siempre pienso qué haría si fuese mi abuelo».

**JUAN DE DIOS MOLINA. PSIQUIATRA. MADRID.** «Una mala noticia médica no es necesariamente la comunicación de una situación terminal, sino algo que altere la biología de esa persona, su autonomía, su forma de imaginar el futuro», nos cuenta el jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre de Madrid y profesor de Comunicación clínica en el grado de Medicina de la Universidad Complutense. «Una mala noticia bien dada—reitera—necesita tres cosas: tiempo, escucha y una dirección clínica... Si hay prisa al comunicar, o exceso de tecnicismos, o una forma involuntaria de nihilismo terapéutico... el daño puede ser mayor que el contenido mismo de la noticia».

El doctor Molina cita los estudios del profesor Robert Buckam: «Antes de informar, hay que saber qué sabe el paciente y cuánto quiere saber».

Cita a la escritora Maya Angelou: «La gente olvidará lo que dijiste, pero no cómo la hiciste sentir».

Cita al psiquiatra Viktor Frankl, superviviente del Holocausto y fundador de la logoterapia: «Lo que nos decía Frankl es que, incluso en situaciones extremas, el

ser humano necesita encontrar un sentido para poder sostener lo que vive... Pues bien, en consulta he percibido constantemente ese momento: cuando alguien deja de escuchar la palabra del médico y tú percibes que está pensando en cómo reorganizar su futuro...».

Entonces, el paciente entra en otra dimensión. «La pregunta más frecuente no es '¿cuánto tiempo me queda?', sino '¿qué va a pasar conmigo?'. Se muestran preocupados por aspectos de dignidad futura».

**“Las cosas nos afectan, a veces estamos tristes durante días”, señala Gemma Claret, pediatra del Hospital Sant Joan de Déu**

**“Uno no se entrena para no sentir, sentir es parte del trabajo”, señala Juan de Dios Molina, psiquiatra en el 12 de Octubre**

Y luego están ellos, los que están al otro lado de la mesa, los médicos, los psicólogos, los heraldos de bata blanca... Cómo se protege uno de eso, doctor.

«Uno no se entrena para no sentir, sentir es parte del trabajo. La sensibilidad no es un obstáculo clínico, sino una herramienta valiosa. El problema es cuando esa sensibilidad bloquea o dificulta el acompañamiento».

**MARÍA JOSÉ NAVARRO. GERIATRA. MURCIA.** La suya es la voz autorizada de quien lleva 24 años ejerciendo y de quien trabaja con materia prima como copas de cristal: es geriatra en el Hospital Comarcal del Noroeste en Caravaca de la Cruz (Murcia).

«Me toca decirles que tienen deterioro cognitivo, o que los tratamientos no están funcionando, o que hay un hallazgo no esperado de un tumor», enumera. «Ese es mi trabajo cotidiano».

«Por eso, tenemos una obligación de hacer un trabajo ajustado a cada paciente... La noticia no tiene que darse completa en el mismo acto clínico, porque, si no se hace así, una persona puede sentirse aplastada por exceso de información», sostiene la geriatra Navarro. «Hay que dejar espacio para que se digiera lo escuchado, para pensar, para compartir con los familiares... Y luego, cada uno, se lo toma de un modo distinto. Hay personas que entran en situación de negación, se niegan a recibir más información, es muy respetable; otros cogen las riendas, te dicen: no me mienta, cuéntenme todo, no hable de espaldas con mi familia...».

A este respecto, la doctora cita lo que ella llama la conspiración del silencio: ese velo que, en ocasiones, despliega el entorno del paciente para que este no sepa, para que este no vea, para que este no escuche.

«Vivo la conspiración del silencio a diario. El enfermo está delante de mí y, por detrás, ves a alguien haciéndome gestos para hacerme callar, para que no diga la palabra alzhéimer. Hay familiares que me han llegado a tirar de la bata tratando de que me calle».

¿Cuándo está informado un paciente? La médica cierra con una anécdota ilustrativa al respecto.

«Ocurrió en una guardia, el compañero me dijo: 'Ha ingresado un hombre de 50 años con dolor abdominal. En la eco hemos visto un cáncer de páncreas avanzado'. Y añadió: 'No te preocupes porque le he explicado; él lo sabe y está tranquilo'. Pues bien, me tocó ir a visitar a su compañero de habitación. Al salir, el enfermo de 50 años me preguntó: 'Doctora, ¿es normal que esto me duela tanto?'. Y yo le contesté: 'Claro, el cáncer de páncreas duele mucho'. Entonces él se desentaja: '¡Estoy perdido, esto es la muerte!'. Entró en pánico. No se había enterado de nada... Mi compañero pensaba que había sido claro y que el otro había comprendido, pero no... Para remate, la acompañante del otro enfermo soltó: 'Ay, señor, si es cáncer de páncreas sí que es verdad que se muere usted. Mi hija murió de eso hace un año...'. Todo eso tuvo que escuchar aquel paciente oncológico por hacer las cosas mal».

han desarrollado un programa llamado *Primera Mala Noticia* (del que la doctora forma parte) en el que se forma un equipo de simulación para que los profesionales puedan desarrollar estas habilidades comunicativas en un ambiente seguro y, así, practicar una conversación difícil: el anuncio de un diagnóstico infausto, de una patología incurable, de un grave error médico...

«Vienen actores profesionales y los sanitarios trabajamos simulando frente a ellos en grupos de 10. Con distintos escenarios: cómo comunicar una malformación en un embarazo o que alguien va a morir, por ejemplo. Participa todo el que quiere: médicos, psicólogos, celadores, voluntarios, personal de administración... Y funciona. Todos nos enfrentamos a esto de diferentes maneras».

El hospital pediátrico en que trabaja tiene estas cosas: que a veces la doctora tiene delante a niñas muy graves con la misma edad que sus hijas (13 y 10 años). Y entonces acaba la jornada, abre la puerta de casa y qué. «Las cosas nos afectan, claro, en ocasiones estamos tristes durante unos días, trabajamos con niños que sufren y no somos impermeables. Pero siempre hay

**“Hay familiares que me han llegado a tirar de la bata tratando de que me calle”, cuenta la geriatra María José Navarro**

**“Yo siempre pienso qué haría si fuese mi abuelo”, dice la médica rural de familia Cristina Rodríguez de la Pinta**

▲ **MARÍA JOSÉ NAVARRO.**

Geriatra en el Hospital Comarcal de Caravaca de la Cruz (Murcia). ARABA PRESS

◀ **GEMMA CLARET.**

Pediatra de urgencias en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. ARABA PRESS

◀◀ **CRISTINA RODRÍGUEZ.** Médica de familia en Santibáñez de Vidriales (Zamora). S. GLEZ. VALERO

# DORMIR POCO SIN DAÑAR LA SALUD: EL SUPERPODER DEL 1% DE LA POBLACIÓN

**Cronodisrupción.** Que dormimos poco y mal no es ningún secreto, pero el mayor error es creer que no conlleva ningún problema, o incluso que somos una excepción. Pocos son los que duermen apenas unas horas sin que su cuerpo o rendimiento se vean afectados

Texto e infografía de Gracia Pablos

**U**n hombre de negocios viaja en sus vacaciones a un pueblo costero, donde observa cómo vive un pescador local: tras capturar algunos pescados de calidad dedica el resto de su día a descansar, pasar tiempo con su mujer e hijos e ir a tocar la guitarra con sus amigos. El turista le propone un *plan de negocios*, según el cual, con más horas diarias dedicadas a la pesca, podrá ir ascendiendo poco a poco; primero adquirirá barcos más grandes, luego creará una flota, finalmente abrirá una conservera y de ahí podrá mudarse a la gran ciudad para dirigir su imperio. Tras conocer el tiempo que tardaría en poder culminar ese plan, unos 20 o 25 años, el pescador pregunta qué viene después, a lo que el hombre de negocios responde: «Podrás jubilarte en un pueblecito costero, levantarte tarde, pasar tiempo con tu familia y amigos». El pescador sonríe y dice: «¿No es eso lo que estoy haciendo ya?».

Javier Puertas, neurofisiólogo clínico y miembro de la Sociedad Española del Sueño (SES), rememora esta historia basada en un cuento de Heinrich Böll y conocida como *La parábola del pescador* para establecer un paralelismo con el sueño. Parecemos empeñados en robarle horas al descanso para trabajar más, ser más productivos... Pero del mismo modo que el tiempo perdido no se recupera, el descanso tampoco, ni siquiera si hablamos de metas a corto plazo: dormir poco de lunes a viernes y recuperar horas el fin de semana, un *atacón* inútil. «Incluso dormir cada día entre semana una hora menos de lo necesario genera un desgaste que no se recupera el fin de semana», explica Pablo Barrecheguren, neurocientífico y autor de *¿Por qué soñamos? Y otras grandes preguntas sobre dormir y el sueño*.

«No creo que tengamos que convencer a nadie de que dormimos peor que antes», sentencia Puertas para alertar de un gran problema actual. Con la llegada de la luz eléctrica se rompió un acuerdo tácito con el ciclo de luz y oscuridad y se alteró una tradición milenaria que cambiaría nuestra percepción del descanso. Y quien lo possibilitó, el inventor Thomas Alva Edison, no habría lamentado las consecuencias ya que él mismo, con sus tres o cuatro horas de sueño cada noche, es uno de los más famosos miembros del

## LA PIRÁMIDE INVERTIDA DEL SUEÑO

Con los años las horas que dedicamos a dormir van disminuyendo, pero la edad no es el único factor que determina el tiempo necesario de descanso.



**LAS SIESTAS TAMBIÉN CUENTAN**

De igual forma que el sueño nocturno, las siestas también cuentan para el tiempo total de descanso.

**2 HORAS** ← **6 HORAS** → **11-12 HORAS** → **15 HORAS**

**3-4 HORAS** ← **4-5 HORAS** → **9-10 HORAS**

**Leonardo da Vinci** dormía siestas de 20 minutos cada cuatro horas, lo que apenas sumaba un total de dos horas de sueño al día. Nikola Tesla tampoco se permitía dormir más durante la noche, aunque es posible que si que las complementase con alguna siesta durante el día.

En el límite de lo que se considera adecuado se encuentran muchos políticos (también locales), empresarios como **Elon Musk** (que pagó el precio de dormir menos) o **Freud**, en quien el consumo de cocaína pudo influir.

Algunos deportistas exceden un poco la recomendación, como sucede en el caso de **Messi** (11 horas incluyendo siestas) o **Federer** (hasta 12 horas).

La cantante **Mariah Carey** afirma dormir hasta 15 horas diarias para cuidar su prodigiosa voz.

El culpable de que podamos robarle horas a la noche, **Thomas Edison**, consideraba que dormir era una pérdida de tiempo pero sumaba un par de siestas a sus escasas horas de descanso nocturno. **Voltaire** también presumía de sueño breve, pero en su caso ayudaban las casi 40 tazas de café diarias.

**Margaret Thatcher** dormía solo 4 horas, aunque aprovechaba los trayectos en coche para echar algunas cabezadas. **Churchill** también redujo su descanso durante la guerra, pero sin renunciar a siestas de hasta dos horas (con pijama).

Es el rango de sueño recomendado para deportistas de alto nivel, y **Usain Bolt** o **Cristiano Ronaldo** (en este último repartido en cinco siestas de 90 minutos), son un ejemplo. Pero ni todos los deportistas lo cumplen ni todos los que duermen este número de horas son atletas, y la muestra son dos mentes brillantes como **Miguel de Unamuno** o **Albert Einstein**, que a su largo sueño todavía podían añadir alguna siesta diaria.

**CUANDO DORMIR POCO NO ES UNA ELECCIÓN**

Las estadísticas nos dicen que hay profesiones y circunstancias que siempre van a estar asociadas a una privación de sueño, estos son algunos ejemplos.

**Médicos de guardia** Aunque difiere mucho por especialidad se estima que duermen unas 2-3 horas en un periodo de 24 horas.

**Padres con bebés** 6 de cada 10 duermen menos de 3 horas al día, o incluso de 4 si hablamos de madres trabajadoras.

**Trabajadores a turnos o líderes mundiales** En ambos casos las horas de sueño rondan las 5 o 6.

**Profesionales sanitarios** El 40% no alcanza las 7 horas de sueño diarias y el 25% sufre de insomnio.

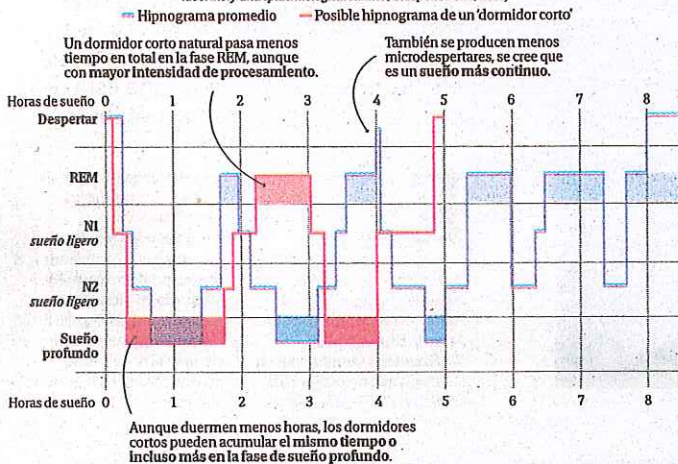
Fuente: Recomendaciones de sueño basadas en el informe realizado por un panel de expertos convocados por la National Sleep Foundation de EEUU y publicadas en 2015 en la revista *Sleep Health*; fotografías extraídas de Wikimedia Commons y elaboración propia.

## LA LEYENDA DE LOS BREVES DURMIENTES

La ciencia confirma que los 'dormidores cortos' existen, pero se trata de un fenómeno mucho menos frecuente de lo que puede parecer.

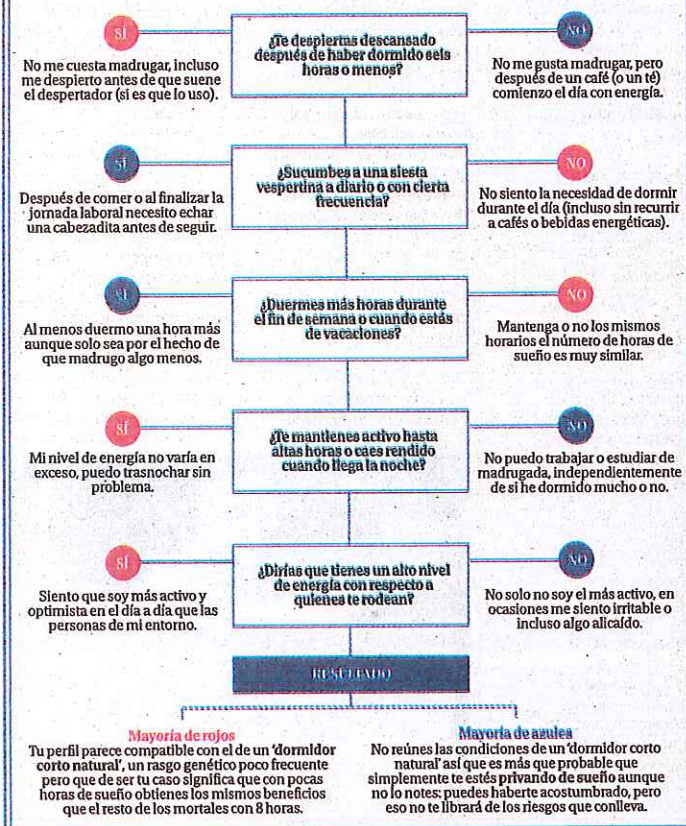
### DOS MAPAS DEL SUEÑO PARA UNA NOCHE DE DESCANSO

Basados en hipnogramas tipo y en las observaciones realizadas por Webb et al. (*Sleep stage and personality characteristics of 'natural' long and short sleepers*, Science 1971) y Grandner et al. (*Problems associated with short sleep: bridging the gap between laboratory and epidemiological studies*, Sleep Med Rev, 2010)



### ¿ERES UN VERDADERO 'DORMIDOR CORTO'?

Dormir poco se ha convertido en algo de lo que presumir en una sociedad en la que el tiempo escasea, pero la prevalencia real de 'dormidores cortos' es muy baja (1-3%), ¿nos estamos engañando?



Fuente: Ashbrook LH, Krystal AD, Fu YH, Ptáček LI. Genetics of the human circadian clock and sleep homeostat. *Neuropsychopharmacology*. 2020, elaboración propia.

selecto club de *dormidores cortos*. Hoy en día, solo quienes permanecieron al margen del progreso, desconocen todos los problemas que genera la privación de sueño. «De hecho, en las lenguas de algunas tribus africanas y del Amazonas la palabra insomnio no existe», afirma el neurofisiólogo.

Y mientras, en las sociedades más modernas hemos desarrollado maneras de forzar el ciclo vigilia y descanso mediante el consumo de estimulantes tan habituales como la caféina para despertarnos y recurriendo a hipnosedantes o suplementos como la melatonina para ayudarnos a conciliar el sueño. Porque no, en realidad no nos hemos adaptado a dormir menos por mucho que lo intentemos.

«Está de moda decir que dormir es una pérdida de tiempo y que bastan cinco horas al día», denuncia María de los Angeles Bonmati Carrión, investigadora del grupo Cronolab de la Universidad de Murcia. «Y con el tema del sueño muchas veces el placebo es muy importante, así que si creen que durmiendo cinco horas todo lo demás funciona mucho mejor, esa percepción positiva va a hacer que al menos durante unos meses se encuentren relativamente bien. Pero al final la fisiología acaba acusando estos desajustes y esta disrupción, ya sea a nivel de falta de sueño o de alineación de los ritmos circadianos».

Puertas considera que esta moda radica en el estigma del «tiempo improductivo», esa necesidad de producir a todas horas, cuando ni siquiera una máquina, como un avión, puede operar 24 horas sin reservar tiempo para su mantenimiento. «La productividad tiene un límite», explica, «porque los mecanismos de procesamiento de la información, de memoria, de concentración, de atención, necesitan pasar por periodos de reajuste y de equilibrado, de quitar ruido e información que no se necesita para consolidar la que es relevante».

Pero toda regla tiene una excepción, y en ésta la constituyen los llamados *dormidores cortos*. «No es un mito», explica el doctor Barrecheguren, «hay un pequeño porcentaje de adultos cuyas necesidades de sueño son muy inferiores a la media». Hablamos de unas cinco o seis horas diarias de sueño, incluso cuatro en casos extraordinarios, mientras que la recomendación (para adultos) es de unas siete u ocho horas.

Los expertos que han estudiado este fenómeno calculan que la prevalencia es de tan solo un 1-3% en todo el mundo, pero el porcentaje que duerme poco es mucho mayor. ¿Cómo saber si pertenecemos a ese club o si solo nos privamos de sueño? Barrecheguren propone que nos examinemos: ¿Me despierto cansado o descansado cuando me levanto? Y, en el caso de levantarme con energía, ¿ese descanso dura a lo largo del día o enseguida estoy cansado?

Y por supuesto, nada de trampas, si dependemos de cafés o bebidas energéticas no podemos considerar en absoluto que ese despertar haya sido espontáneo. No influye que seamos más diurnos o nocturnos (nuestro cronotipo), las horas solo son importantes en su suma y en su regularidad: un *dormidor*

*corto* no hace diferencias entre un día laborable o vacaciones, su necesidad de sueño siempre es reducida.

Se considera que este fenómeno tiene un origen genético (es habitual que sea una *habilidad* compartida con otros familiares cercanos) y se basa en un sueño más eficiente, de forma que en menos tiempo se alcanza la misma proporción de sueño profundo. Para ello también ayuda una mayor facilidad para volver a él tras un microdespertar, porque estos se mantienen. «Es un mito que desconectemos durante ocho horas como si estuviésemos anestesiados», explica el doctor Puertas, «nuestro cerebro necesita estar constantemente conectado al entorno, porque si no nos hubiesen devorado los depredadores cuando nos dormíamos».

Por otro lado hemos de tener en cuenta que en el cómputo de horas diarias dedicadas a dormir no cuentan solo las nocturnas, las siestas también suman. Puertas explica que su origen deriva del sueño polifásico propio de los bebés. Como adultos tenemos un ciclo de 7-8 horas de sueño y 16-17 de vigilia, pero «por debajo de ese ritmo persiste el ritmo de 3-4 horas, que son las fases del sueño de la noche y los periodos del día en los que puede entrar un poco de hambre o somnolencia», explica el experto.

Pero por más que sumen al cómputo, los expertos inciden en que en ningún caso las siestas deben considerarse, ni utilizarse, como compensación de la falta de sueño. «Si no hemos dormido suficiente la siesta se hace menos saludable», explica el neurofisiólogo, que considera que la siesta ideal es aquella que dura menos de 30 minutos. Si estamos cansados tendremos la tentación de alargar ese tiempo, «lo que solo le quita el sueño a la noche».

Barrecheguren advierte además de otro peligro que subyace a esta práctica: «Es importante que no se conviertan en un hábito; durante décadas se ha visto que puede tener un efecto negativo para la salud, aunque esto está condicionado por la duración de la siesta, edad del paciente, etcétera». Con siestas o sin ellas, lo que está claro es que la privación del sueño no trae nada bueno. «Quitar horas de sueño sin que haya una necesidad física o de búsqueda de alimentación o defensa», advierte Puertas, «genera una alteración metabólica que hace mucho más peligroso no dormir».

Debemos buscar un sueño de calidad y para ello es bueno practicar algo de ejercicio ligero (un paseo) a última hora del día, evitar comidas calóricas por la noche, y apagar las pantallas dos horas antes, con la excepción de, por ejemplo, ver una película agradable en la televisión, una pantalla algo menos iluminada y sin necesidad de interacción. Y, por supuesto, debemos mantener unos horarios regulares durante toda la semana. La duración adecuada nos la dictará el cuerpo. Ejemplos de éxito los hay a un lado y al otro del espectro, como nos recuerda una anécdota que cita Puertas: Unamuno, al igual que Einstein, dormía nueve horas diarias y, cuando le preguntaron un día por qué dormía tanto si los genios dormían poco, él contestó: «Míre joven, cuando yo estoy despierto soy más despierto que usted».

## Un dron para operar en zonas de guerra

Extraer metralla o frenar una hemorragia en una zona de guerra mediante un dron operado por un médico a miles de kilómetros es la promesa de un nuevo prototipo robótico presentado en Nueva Delhi y diseñado para revolucionar la atención médica de emergencia en los frentes de batalla y áreas devastadas. El dispositivo utiliza sus dos brazos para atender a un herido.



# 45

**POR CIENTO DE PACIENTES** reumáticos podría sufrir sarcopenia, una pérdida progresiva y generalizada muscular prevenible con la práctica de ejercicios de fuerza y con el seguimiento de una dieta adecuada para favorecer el sistema cardiovascular y pulmonar.

MARÍA JESÚS ÁLAVA  
PSICÓLOGA

## APRENDER A LIDIAR CON EL INSOMNIO

El 56 por ciento de la población española no duerme las horas recomendadas. Esa falta de sueño condiciona el rendimiento laboral, las relaciones o la autoestima



Sentir malestar o estar en un constante estado de tensión son algunos de los principales síntomas que acarrea los problemas de desvelo.

El sueño es una necesidad biológica fundamental, al mismo nivel que comer y beber, pero en general sacrificamos muchas horas y no somos conscientes de cómo la falta de uno reparador y de calidad, afecta directamente a nuestra salud física y mental. Cada día vemos a más personas en las consultas de psicología con problemas de somnolencia. La Sociedad Española de Neurología (SEN) alerta que más de cuatro millones de adultos en España sufren insomnio crónico, mientras el 56 por ciento de la población no duerme las horas recomendadas. Esta falta de sueño puede condicionar el rendimiento en el trabajo, las relaciones personales, sociales y familiares; el equilibrio emocional, el estado de ánimo e incluso la autoestima.

Entre los principales síntomas que acarrea el insomnio se encuentran: sentir malestar o estar en un estado de tensión y ansiedad constante; experimentar un cansancio infinito; cambios de humor bruscos y dificultades para mantener la concentración; facilidad para cometer más errores o despertarse durante la noche o mucho antes de tiempo.

Según la Fundación Española del Corazón, hay al menos cinco aspectos beneficiosos. Cuando el cerebro está descansado, la memoria funciona a la perfección y la creatividad aumenta. La falta de sueño puede provocar obesidad porque impide la liberación de leptina, la hormona supresora del apetito, y hace que se desate más grelina, la secreción del apetito.

Además, el sistema inmunitario necesita tiempo para regenerarse y esa tarea la hace durante el sueño. El cuarto aspecto beneficioso es que reduce la depresión. Cuando dormimos, el cuerpo se relaja y eso facilita la producción de melatonina y serotonina. Estas hormonas contrarrestan los efectos del estrés (adrenalina y cortisol) y nos ayudan a ser más felices y emocionalmente más fuertes. La ausencia de sueño provoca, por el contrario, una liberación aumentada y sostenida del estrés.

Desde una perspectiva psicológica, las técnicas que muestran más eficacia son aquellas vinculadas con la relajación, el control cognitivo y el arreglo del estilo de vida. En el caso de las cognitivas, estas modifican las creencias irracionales o neutralizan los pensamientos negativos que

## Los expertos aconsejan reducir las siestas o realizar ejercicio para descansar

las personas puedan tener en torno al sueño. Su reestructuración enseña a la persona a poner en marcha pensamientos más positivos, mientras que la detención del pensamiento ayuda a eliminar aquellos recurrentes que generan ansiedad.

**RECOMENDACIONES PRÁCTICAS.** Para hacer frente a los problemas que potencian el insomnio y que impiden conciliar el sueño, algunos expertos señalan una serie de recomendaciones prácticas, entre ellas: levantarse a la misma hora todos los días, aunque se duerma mal; si se tienen problemas de sueño, reducir las siestas para que no desestructuren el sueño nocturno; dor-

mirlo necesario, pero no en exceso; realizar ejercicio físico regular durante el día, pero no hacerlo de una forma intensa y esporádica, ni tampoco justo antes de acostarse.

También aconsejan no consumir café, té, refrescos de cola al menos seis horas antes de dormir; evitar el exceso de alcohol o tabaco; no ir a la cama con hambre, ni tampoco ingerir grandes cantidades de alimentos y/o líquidos antes del sueño. La ingesta de alimentos con L-triptófano (por ejemplo, un vaso de leche, cereales...) ayuda a dormir tranquilamente. Finalmente sugieren no comer en caso de despertarse por la noche, ya que puede adquirir la costumbre de despertarse cada vez que se tenga hambre.

En definitiva, cuidar el sueño no es un lujo ni una cuestión secundaria, sino una inversión directa en salud, bienestar y equilibrio emocional. Dormir bien permite que el cuerpo se recupere, que la mente ordene lo vivido y que la persona afronte el día con más energía y serenidad. Entender el insomnio como un problema real es el primer paso para dejar de normalizar el cansancio, la irritabilidad y la sensación de vivir siempre al límite.

## AUDICIÓN

### Las personas sordas piden la inclusión de intérpretes en centros de salud

EUROPA PRESS / MADRID

La Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE) presentó recientemente la guía *Por un Buen Trato a las Personas Mayores Sordas*, que pide garantizar la presencia de intérpretes de lengua de signos o mediadores comunicativos en centros de salud y residencias, proporcionar información en formato accesible como vídeos en lengua de signos, alarmas visuales o subtítulo, evitando la megafonía; y evitar actitudes paternalistas.

La publicación subraya que los mayores con sordera no solo afrontan los desafíos propios del envejecimiento, sino también obstáculos específicos como las dificultades de acceso a la información y las limitaciones a la participación social.

A partir de ese diagnóstico, la publicación identifica formas de trato inadecuado que suelen pasar «inadvertidas» como «la microdiscriminación, el edadismo, el paternalismo, la sobreprotección, la infantilización o el audismo (la superioridad hacia las personas sordas o con dificultades auditivas).

## SALUD MENTAL

### Besar reduce el estrés, mejora el ánimo y fortalece vínculos con otras personas

EUROPA PRESS / MADRID

Durante un beso se liberan neurotransmisores y hormonas que reducen el estrés, fortalecen vínculos personales y generan sensación de bienestar, placer y seguridad, según la directora del Grado de Psicología en UNIE Universidad, Conchita Sisí.

Además, recuerda que besar también impacta en el plano relacional. De hecho, varios estudios apuntan que el contacto físico afectivo favorece la cohesión en las relaciones, mejora la percepción de apoyo social y refuerza el sentimiento de conexión.



ESCAÑA EL  
CÓDIGO QR  
PARA  
ACCEDER  
AL CONTENIDO  
DE LA  
PÁGINA WEB



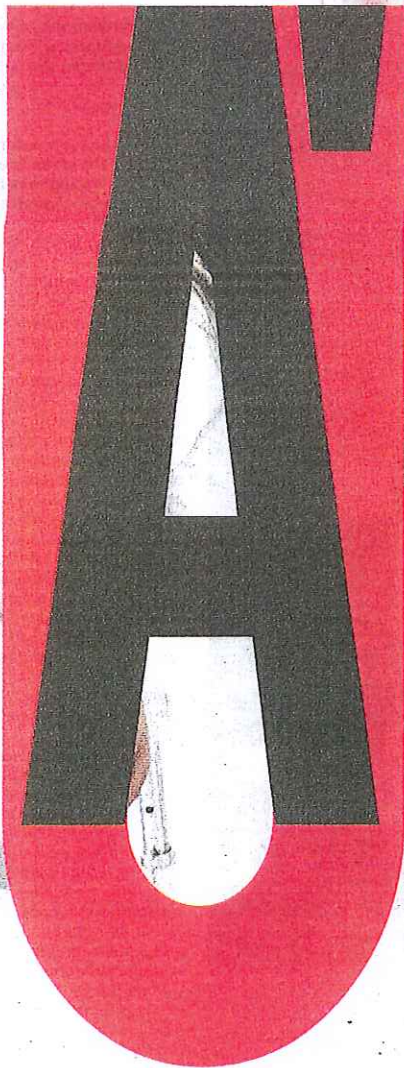
**ANIVERSARIO//  
CÓMIC Y  
AUDIOVISUAL  
PARA LOS 40  
AÑOS DEL CAMPUS**



**BALANCE DEL  
RECTOR  
DE LA UVA//  
ANTONIO LARGO//  
EL 96% DE LOS  
COMPROMISOS  
ASUMIDOS HAN  
SIDO ACTIVADOS**

**ENTREVISTA//LA DECANA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD DESTACA  
LO QUE VA A SUPONER LA SALA  
DE SIMULACIÓN AVANZADA**

# AGORA UNIVERSITARIA



**CIENCIAS DE LA SALUD//  
LAS PRÁCTICAS EN EN EL  
COMPLEJO ASISTENCIAL  
UNIVERSITARIO DE SORIA  
//HOSPITAL//EL PRIMER  
CONTACTO CON PACIENTES  
Y CON PROFESIONALES**

**El Día  
de  
Soria**

Fin de semana  
18 y 19 de abril  
de 2026

**IMPLICACIÓN//«GRACIAS AL VICERRECTORADO, EL NUEVO EDIFICIO CONTEMPLA UN CENTRO DE SIMULACIÓN AVANZADA»  
//BALANCE// «TENEMOS UNA MATRICULA ESTABLE Y ALUMNOS ALTAMENTE MOTIVADOS» //DEMANDA// «REFLEJA EL RECONOCIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN»**

**OBJETIVOS  
AVANZAR  
EN LAS  
LÍNEAS DE  
TRABAJO**

La decana de la Facultad de Ciencias de la Salud desde mediados de 2025 ha planteado con su equipo varios retos de trabajo para Enfermería y Fisioterapia, como el ajuste de los planes de estudio.

**REDACCIÓN/SORIA**

La decana de Ciencias de la Salud, Sandra Jiménez, realiza un balance muy positivo de la evolución del centro integrado en el Campus 'Duques de Soria' de la Universidad de Valladolid (UVa), avanzando de manera decidida en las líneas de trabajo planteadas y con el reto de avanzar en los planes de estudio para adaptarlos a las necesidades actuales. Tanto Fisioterapia como Enfermería son grados de alta demanda y el nuevo Máster en Atención Integral al Paciente Pluripatológico, en su segundo curso, ha tenido una acogida muy positiva.

Desde su toma de posesión como decana de la Facultad de Ciencias de la Salud en junio de 2025, ¿cuáles son los retos que se ha marcado?

Desde mi toma de posesión en junio de 2025, uno de los principales objetivos ha sido avanzar de manera decidida en las líneas de trabajo que nos habíamos propuesto, siempre desde una perspectiva de mejora continua y de diálogo con la comunidad académica. En este sentido, uno de los retos prioritarios ha sido la revisión y actualización de nuestros planes de estudio para adaptarlos a las necesidades actuales de la formación y de la práctica profesional.

En el caso del Grado en Fisioterapia, durante estos meses se ha realizado un trabajo intenso de análisis y reflexión sobre el plan de estudios con el objetivo de actualizarlo y reforzarlo. Este proceso se encuentra ya muy avanzado y permitirá mejorar y modernizar la formación que ofrecemos a nuestro estudiantado.

Paralelamente, hemos trabajado de forma coordinada con otras facultades en relación con el plan de estudios del Grado en Enfermería. Al tratarse de un título que se gestiona a través de un comité intercentros, su revisión y actualización se aborda de manera conjunta con el resto de centros implicados, que actualmente también están trabajando en su mejora.

Asimismo, se han producido avances importantes en relación con los espacios destinados a la simulación clínica. Gracias al apoyo del Vicerrectorado, el proyecto del nuevo edificio contempla la creación de un

**SANDRA  
JIMÉNEZ**

**DECANA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**«LA SALA DE SIMULACIÓN AVANZADA PERMITIRÁ MEJORAR LA FORMACIÓN PRÁCTICA DEL ALUMNADO DE LA FACULTAD»**

del plan de estudios para adecuarlo a las demandas actuales de la formación y de la práctica profesional.

En el caso del Grado en Enfermería, el proceso de revisión se aborda a través del correspondiente comité intercentros, en el que participan las distintas facultades implicadas, y donde también se está trabajando de manera coordinada en la mejora y actualización del plan.

**¿Cuál es el perfil del alumnado y qué procedencias destacan? El perfil del alumnado varía según el grado. En el caso del Grado en Fisioterapia, la proporción de mujeres alcanza el 59,5%, mientras que en el Grado en Enfermería se observa un porcentaje significativamente mayor, con un 83,5% de estudiantes mujeres. En términos geográficos, ambos grados presentan una composición diversa, destacando un número considerable de estudiantes procedentes de fuera de la provincia de Soria y de otras regiones de la comunidad autónoma. Este perfil refleja tanto la tendencia creciente de feminización en las titulaciones sanitarias como la capacidad de atracción de los programas a estudiantes de distintas procedencias.**

**Este año se buscaba poner el foco en la investigación, ¿cómo evoluciona este campo? Durante este curso académico, desde la Facultad se ha intentado potenciar la investigación como parte fundamental de la formación universitaria. Cada docente mantiene, además, su propia línea de investigación, lo que enriquece la diversidad de estudios y enfoques dentro de la institución. Cabe destacar que el profesorado combina esta actividad investigadora con una carga significativa de docencia y, en ocasiones, de gestión, por lo que resulta especialmente meritório que muchos docentes consigan acreditarse, mejorar sus condiciones laborales y desarrollar sus competencias a través de estas investigaciones, las cuales también constituyen una importante fuente de motivación profesional.**

No obstante, es importante señalar que la labor investigadora no siempre recibe un reconocimiento proporcional al esfuerzo que conlleva. A pesar de ello, la Facultad cuenta con profesionales contratados en posiciones de predoctorado y posdoctorado, lo que contribuye a sostener y fortalecer la actividad investigadora dentro de la institución. En conjunto, estas acciones reflejan un avance gradual en la integración de la investigación en la vida académica, aunque todavía existen desafíos relacionados con la valoración y el reconocimiento del esfuerzo individual y colectivo del profesorado.

**En el curso 2024 se implantó el Máster Atención Integral al Paciente Pluripatológico por su**

**alta demanda. ¿Qué acogida ha tenido y qué salidas ofrece esta formación?**

El Máster en Atención Integral al Paciente Pluripatológico, cuya coordinación recae en Ana Fernández, se implantó recientemente y este curso se está desarrollando su segundo año de impartición. La acogida por parte del alumnado ha sido muy positiva desde su puesta en marcha. De hecho, tanto en su primera edición como en la actual se ha contado con lista de espera, lo que refleja el interés y la demanda existente por una formación especializada en este ámbito. A la vista de estos resultados, se espera que en el próximo curso continúe manteniendo una elevada demanda.

Además, el hecho de que el máster se imparta en modalidad online facilita la conciliación con la actividad laboral de muchos estudiantes de posgrado, especialmente profesionales del ámbito sanitario que desean continuar su formación académica sin abandonar su ejercicio profesional.

En cuanto a sus salidas y aportaciones formativas, el programa permite profundizar en el conocimiento del abordaje integral del paciente pluripatológico, un perfil cada vez más frecuente en los sistemas sanitarios y que requiere una atención coordinada, multidisciplinaria y centrada en la persona. Asimismo, la superación del máster da acceso a estudios de doctorado, lo que abre la posibilidad de continuar desarrollando una trayectoria investigadora en el ámbito de las Ciencias de la Salud. De este modo, el programa contribuye tanto a la mejora de la práctica clínica como al desarrollo académico y científico de los profesionales sanitarios.

**El grado de Fisioterapia solo se encuentra en el campus de Soria dentro de la Universidad de Valladolid, ¿esto ayuda a retener y atraer talento de fuera en la provincia? ¿Cómo se encuentra el mercado laboral?**

El Grado en Fisioterapia se imparte dentro de la Universidad de Valladolid exclusivamente en el Campus de Soria. No obstante, en la propia ciudad de Valladolid también se oferta esta titulación en una universidad privada y, dentro de la comunidad

centro de simulación avanzada para las ciencias de la salud, lo que supondrá un impulso significativo para la formación práctica y el aprendizaje basado en la simulación.

**¿Cuál es la situación del centro en este curso académico en cuanto a alumnos, demanda y nota de corte?**

La Facultad de Ciencias de la Salud ha afrontado este curso académico con una situación muy positiva, marcada por una elevada y creciente demanda de nuestras titulaciones. Este interés por parte del estudiantado se refleja claramente en las notas de corte, que se mantienen en niveles altos. En el caso del Grado en Enfermería, la nota de acceso se sitúa en 11,4, mientras que en el Grado en Fisioterapia es de 10,3.

Estos datos ponen de manifiesto tanto el atractivo de estas titulaciones como el reconocimiento de la calidad de la formación que se ofrece desde la facultad. Además, contamos con una matrícula estable y con estudiantes altamente motivados, lo que contribuye a mantener un entorno académico dinámico y exigente.

En conjunto, el balance del curso es muy favorable, con una facultad consolidada, con una demanda sostenida y con el compromiso de seguir avanzando en la mejora de la docencia, los planes de estudio y las infraestructuras destinadas a la formación en ciencias de la salud.

**¿Qué puede avanzar de los futuros cambios en los planes de estudios?**

Sí, actualmente se está trabajando en la revisión y actualización de los planes de estudio. En el caso del Grado en Fisioterapia, el proceso se encuentra ya en una fase avanzada, con el anteproyecto del nuevo plan elaborado y pendiente de continuar con los trámites establecidos por la universidad y por la Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Castilla y León (ACSU CYL).

Esta modificación responde, por un lado, a la necesidad de adaptar el título a lo establecido en el Real Decreto 822/2021, que regula la organización de las enseñanzas universitarias, y, por otro, al objetivo de mejorar y actualizar determinados aspectos

## LAS FRASES



### MEJORAS

«Se han producido avances importantes en relación con los espacios destinados a la simulación clínica»

### NOTAS DE CORTE

«El interés por los grados se refleja claramente en las notas de corte: 11,4 en Enfermería y 10,3 en Fisioterapia»

### INVESTIGACIÓN

«En este curso, la facultad ha intentado potenciar la investigación como parte fundamental de la formación»

### MASTER

«El programa permite profundizar en el conocimiento del abordaje integral del paciente pluripatológico, un perfil cada vez más frecuente en los sistemas sanitarios»

### MEDICINA

«La recuperación de titulaciones depende de decisiones de otros ámbitos de gestión»

autónoma de Castilla y León, existen programas similares en otras instituciones académicas, como las universidades de León y Salamanca.

A pesar de ello, se trata de una titulación con una demanda elevada y sostenida, lo que contribuye a atraer alumnado procedente de distintos territorios, incluyendo estudiantes de fuera de la provincia e incluso de otras comunidades autónomas. En este sentido, el hecho de contar con esta oferta formativa en el Campus de Soria favorece tanto la captación como la retención de talento joven en la provincia.

En relación con el mercado laboral, los datos reflejan una inserción profesional muy favorable. Aproximadamente el 95% de los estudiantes que finalizan el grado encuentran empleo, lo que pone de manifiesto la buena empleabilidad de la titulación y la demanda existente de profesionales cualificados en el ámbito de la fisioterapia.

**En la década de los años 90 se dejó de impartir el grado de Medicina en el campus de Soria ¿se espera integrarlo de nuevo? La posible implantación o recuperación de titulaciones es una cuestión que depende de decisiones institucionales que se adoptan en otros ámbitos de gestión universitaria, por lo que prefiero no realizar valoraciones al respecto. En cualquier caso, considero que el objetivo prioritario debe centrarse en potenciar y consolidar la oferta académica actualmente existente en el Campus de Soria. En este sentido, resulta fundamental seguir trabajando en la mejora y estabilización de los grados que ya se imparten, reforzando su calidad docente, su proyección investigadora y su conexión con el entorno profesional, con el fin de que puedan consolidarse como referentes a nivel nacional.**

**La Junta de Castilla y León ha anunciado ocho millones de inversión para actuaciones en el campus de Soria, incluyendo la sala de simulación para Ciencias de la Salud. ¿Qué efectos va a tener esta mejora en los estudios? ¿Se espera con ello aumentar el número de alumnos? La inversión anunciada por parte de la Junta constituye, sin duda, una magnífica noticia para**

el Campus de Soria y, en particular, para la Facultad de Ciencias de la Salud. La creación de un centro o sala de simulación avanzada era una necesidad ampliamente reconocida, ya que actualmente la mayoría de las facultades de Ciencias de la Salud en España cuentan con este tipo de infraestructuras docentes. Su incorporación permitirá mejorar significativamente la formación práctica del alumnado, favoreciendo el aprendizaje en entornos simulados y seguros y contribuyendo, en consecuencia, a elevar la calidad y el nivel de la docencia.

En cuanto a la posibilidad de incrementar el número de estudiantes, este aspecto no depende únicamente de la disponibilidad de infraestructuras, sino también de otros factores organizativos y formativos. Entre ellos, resulta especialmente relevante el número de plazas disponibles para la realización de prácticas clínicas, que constituyen un elemento esencial en la formación de los estudiantes de titulaciones sanitarias. Por tanto, cualquier posible ampliación del número de alumnos deberá valorarse teniendo en cuenta este conjunto de condicionantes.

**Los nuevos avances tecnológicos y llegada de la IA afectan a una gran parte de grados del campus, ¿también a Ciencias de la Salud?**

Sin duda, los avances tecnológicos y, en particular, el desarrollo de la IA están teniendo un impacto creciente en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Su aplicación resulta cada vez más relevante tanto en el ámbito clínico como en el investigador y docente. En el contexto asistencial, estas herramientas pueden contribuir al análisis de grandes volúmenes de datos, al apoyo en procesos de diagnóstico, a la planificación de tratamientos o a la mejora de la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia.

En el ámbito de la investigación, la IA permite optimizar el análisis de datos, identificar patrones complejos y desarrollar nuevas líneas de estudio que pueden repercutir en una mejor comprensión de los procesos de salud y enfermedad. Asimismo, en el terreno docente ofrece oportunidades para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje, por ejemplo mediante simulaciones avanzadas, recursos educativos personalizados o herramientas de apoyo al estudio.

En este contexto, desde la Facultad de Ciencias de la Salud somos conscientes de la importancia de adaptarnos progresivamente a estas innovaciones. El objetivo es incorporar estas tecnologías de manera crítica y responsable, de forma que puedan servir como herramientas de apoyo y mejora tanto para la formación del alumnado como para la actividad investigadora y profesional futura.

## LA SANIDAD MÁS ALLÁ DEL APRENDIZAJE EN EL CAMPUS//LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD COMIENZAN EN EL TERCER CURSO A CONOCER EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SORIA COMO PRIMER CONTACTO CON PACIENTES EN UN ENTORNO PROFESIONAL

EVA BORJA / SORIA

Fisioterapia y Enfermería, los dos grados universitarios que imparte la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus Duques de Soria, tienen un mantra en común: «El paciente lo es todo», porque estos estudios se fundamentan en lograr el bienestar de las personas. Además del aprendizaje en las aulas, es algo que se adquiere en las prácticas, con la experiencia y el buen hacer que intentan transmitir los profesionales que acumulan años de trabajo de cara al público. Una técnica que se aprende en clase tiene infinitas aplicaciones y efectos sobre la amplia variedad de casos que se presentan, como se comprueba después el sistema sanitario. Los estudiantes de Soria son los que mañana cuidarán a la sociedad, algo que tienen muy claro, de ahí que sean conscientes de la importancia de empaparse de cómo lo hacen los profesionales antes de incorporarse al mundo laboral.

Las prácticas curriculares en Fisioterapia y Enfermería comienzan en el tercer curso y se realizan en el Complejo Asistencial Universitario de Soria, un reconocimiento que llegó en 2022. Dependiendo del grado, porque las necesidades del servicio son diferentes, pero tienen en común cuidar y sanar.

«Hasta que no vienen aquí, ellos mismos lo dicen, no se imaginan cómo es», explica Esther Delso, CSAL y tutora de prácticas en Enfermería en el Hospital Universitario Santa Bárbara. «Tienen que saber cómo funciona... saber pinchar, hacer un electro o las diferentes habilidades técnicas. Pero

dos los días. Es una profesión viva», insisten.

Esto se aplica también a Fisioterapia, una especialidad sanitaria que requiere no solo de habilidades físicas, sino también de acompañamiento. Cuando llega un alumno a consulta, las profesoras supervisan su trabajo, pero ellos tie-

Los estudiantes ayudan a recuperarse de patologías físicas, pero también a procurarles una vida lo más funcional posible, «hay que dar soporte emocional y escuchar mucho».

**EVOLUCIÓN.** Los alumnos ya conocen la sensación de abismo que supone pasar del aula

sioterapia. Enfrentarse a varios casos es fundamental para Arancha Bueno, también futura fisioterapeuta, ya que «muchos aspectos que aprendemos en la universidad, aquí no se aplican o se aplican de manera distinta, porque la gente al final no es como en los libros de texto».

## DEL AULA A LA ACCIÓN: EL SALTO VOCACIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE

el tema de humanización es básico para llevar unos buenos cuidados y una buena atención sanitaria», lo que se aprende ya en un puesto de trabajo, coincide Julia Germain, homóloga de Esther, quien asegura que abarcan «un mínimo básico» y que, al final, «se enseña trabajando». «Aprendemos toda la vida, to-

nen que ser independientes: «Se les deja tomar decisiones y analizar las repercusiones», explica Inmaculada Torres, tutora y CSAL de Fisioterapia, y aplican técnicas en sintonía con el paciente, «porque hay que intentar conocerlo». Eso es «clave» para una pronta recuperación, señala Eva Asensio, también profesora CSAL.

al cara a cara con un paciente con dolencias y malestar. «Viene muy bien estar aquí, en contacto con todo tipo de pacientes y todo tipo de patologías y perfiles. Tienes que adaptar lo que sabes al contexto de cada uno y es muy importante tocar muchos palos para poder tirar en cada situación», explica Rafael Miranda, estudiante de Fi-

Las expectativas de los estudiantes se han superado en las prácticas, coinciden en señalar a *El Día de Soria*. Gema Rodríguez, que estudia Enfermería, destaca ahora la «utilidad» de este grado, al igual que Noemí Mateo, su compañera, quien indica que el el hospital «es donde realmente haces la reflexión y le das sentido a la pro-

fesión». Por eso, Celia Segarra, quien optó por el grado de Fisioterapia, afirma: «Sin las prácticas, al final, creo que no haríamos nada».

**VOCACIÓN.** Estos jóvenes desarrollan sus habilidades profesionales en las prácticas que realizan en el complejo asistencial, pero es algo que va más allá, porque les permite madurar personalmente. Los estudiantes son conscientes de la carga emocional que también supone ser sanitario. «Aquí me he dado cuenta de que realmente es a lo que me quiero dedicar», apuntan Noemí y Gema, reconociendo que el trabajo no es fácil. Trabajar en el ámbito de la salud lo implica todo: salvar vidas físicas en un contexto personal que puede emerger en cualquier momento.

«Pero la vocación va por delante: «El trato al paciente, el poder escuchar y que te escuchan y, sobre todo, cómo te vas a casa... Es reconfortante darte cuenta de que estás acompañando, ayudando y que, aparte de estar curando, estás cuidando a las personas».

En la parte teórica existe el ámbito de la educación sanitaria, aunque es un rasgo de esta profesión que se aprende



### GRADO EN ENFERMERÍA

NOEMÍ Y GEMA  
ESTUDIANTES DE CUARTO CURSO

El primer periodo de prácticas del grado en Enfermería de la UVA en Soria comienza en el segundo cuatrimestre del tercer curso, de febrero a junio. Desde ese momento y hasta el final del cuarto curso, deben rotar por nueve áreas diferentes para conocer toda la actividad sanitaria que una enfermera puede llegar a abarcar: atención primaria, centros residenciales, quirófano, servicio de urgencias, UCI, diálisis, plantas hospitalarias y de especialización y consultas externas. Existen rotaciones obligatorias y otras no, por lo que hay estudiantes que pueden no llegar a tocar ciertos servicios. Ya en el cuarto curso, ya no hay clases teóricas y se pueden dedicar al completo a la atención al paciente, actividad hospitalaria y ambulatoria, hasta el mes de mayo.

### GRADO EN FISIOTERAPIA

ARANCHA, CELIA Y RAFAEL  
ESTUDIANTES DE CUARTO CURSO

Los estudiantes de Fisioterapia de la UVA Soria enfrentan su periodo de prácticas a partir de tercer curso del grado universitario. En diciembre, antes de abordar la parte teórica, pasan al hospital hasta febrero. En ese momento, les relatan en el servicio los estudiantes de cuarto curso, que cubren todo el segundo cuatrimestre para practicar la atención al paciente. Entre las dos temporadas de trabajo en el hospital, las tutoras intentan hacer todo lo posible para que los alumnos pasen por todas las consultas y vean todo tipo de pacientes y dolencias. En fisioterapia no hay especialización, por lo que las profesoras explican que son y todos los profesionales que tienen que tutorar a estos estudiantes para poder tener más herramientas en el futuro.

# HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA BÁRBARA

- 2 Incorporación al fortalecimiento muscular
- 3 La meta es mantener una buena aptitud física sin llegar a un pico máximo de rendimiento



«EL PACIENTE LO ES TODO. ES LO MÁS IMPORTANTE»

«LOS ALUMNOS EN PRÁCTICAS AFRONTAN UNO DE LOS MOMENTOS MÁS DUROS E ILUSIONANTES DE SUS ESTUDIOS»

/EUGENIO GUTIÉRREZ

## LAS FRASES



### QUIÉN ENSEÑA LAS TUTORAS

«Las prácticas en el hospital son fundamentales para los estudiantes»

«Te pegas toda la vida aprendiendo en esta profesión»

«Los cuidados también se investigan»

### QUIÉN APRENDE LOS ESTUDIANTES

«El primer día que me vestí de blanco, vine con bastantes ganas al hospital»

«Es muy bonito ver la evolución de los pacientes»

«Te cuentan hasta qué punto está siendo un problema la patología que están sobrellevando»

### TRABAJAR EN SORIA EL OBJETIVO

«Lo único que necesito para decidir quedarme en Soria es un contrato laboral»

día a día, aseguran. «Creo que al paciente hay que verlo siempre con dos miradas. Una que es la técnica, y luego una visión personal, como a ti te gustaría que te vieran. Todos los dolores cuentan, hasta los que están ligados a lo emocional», explica Gema, en lo que coinciden los estudiantes de Fisioterapia. Aunque son ámbitos de trabajo

diferentes, el denominador común es cómo se realiza la atención. Rafael recalca que, en sus consultas, «el mérito en gran parte es de los pacientes, los principales responsables de la recuperación». Se crea una «alianza terapéutica» que a veces es más fácil, otras no, lamenta Arancha, pero que «juega un rol importante en la rehabilita-

ción». Es el espejo de la vocación, donde se miraban antes de comenzar la carrera, y otros, han desarrollado estudiando el grado. Cada día se enamoran de su futuro trabajo.

**QUEDARSE EN SORIA.** El reto, como es habitual, es conseguir que estos jóvenes, la mayoría procedentes de Aragón,

pero también de Andalucía, y en escasos mínimos de la provincia de Soria, decidan quedarse a desarrollar su carrera profesional. Quienes llegan de fuera dicen haberse «enamorado» de la capital, pero en última instancia, querían volver a su tierra. Las enfermeras, eso sí, lo dejan muy claro, que sea medio rural o atención hospi-

talaria en Soria ciudad, ellas quieren «empezar a trabajar cuanto antes». Y cabe recalcar una ventaja, según las profesoras, que el Hospital Universitario Santa Bárbara ya es como su casa, «un entorno cercano y un centro no muy grande en el que poder desarrollar más aptitudes, con más tiempo y con una atención más cercana».



**RA**  
Rodrigo Aguilera  
CLÍNICA DENTAL

- PRÓTESIS
- ODONTOLOGÍA GENERAL
- ORTODONCIA
- IMPLANTES
- ENDODONCIA
- PERIODONCIA
- ESTÉTICA DENTAL

CLÍNICAS EN:  
Soria Plaza Condes de Lérica 1, Bajo  
Tel. 975228999 · 42-C251-0077

El Burgo de Osma C/ Río Abión 1, 2ºB  
Tel. 975360050 · 42-C251-0029

Ólvega C/ Dr. Salcedo 7, Bajo  
Tel. 976645394 · 42-C251-0056

clinicadentalsoria.es

**SALUD | ALERGIAS DE PRIMAVERA**

EVA BORJA/ SORIA

Las lluvias de este invierno han sido fructíferas y beneficiosas para el campo y el entorno natural, pero existe otra cara de la moneda: el agua que retienen las plantas supone una fuerte floración que va a extender la temporada de alergias hasta finales de julio. Las altas temperaturas de los últimos días impulsan todavía más este efecto, que se adelanta. En la provincia de Soria, lo normal era sufrir los síntomas hasta San Juan, en las últimas semanas de junio. Pero el coordinador de alergología del Hospital Universitario Santa Bárbara, Jónatan Vicente, alerta de los

neral no le gusta tomar medicación». Eso sí, poco a poco «les vamos concienciando».

Entre los pacientes más sensibles también se ha elegido la inmunoterapia, porque la vacuna es eficaz ante diferentes tipos de alérgenos. Aunque es un tratamiento «complicado» tanto en lo económico como en lo temporal, con 60 inoculaciones totales en cinco años, Jónatan Vicente asegura que mejora la calidad de vida de los más sintomáticos: «Los beneficios de la vacuna son fundamentales. Es el único tratamiento que intenta cambiar el sistema inmunológico y que intenta mejorar y curar la alergia, porque el resto de tratamientos que ponemos, el tratamien-

# LAS ALERGIAS NO DARÁN TREGUA HASTA JULIO

**El coordinador de Alergología del Hospital Santa Bárbara, Jónatan Vicente, alerta de que las las lluvias han intensificado la floración y se va a alargar la temporada de polen dos meses**

efectos que la polinización va a causar en los más afectados: «Al haber más cantidad de polen, los pacientes que son alérgicos a una mayor cantidad van a tener más síntomas».

A esta patología es necesario ponerle remedio lo antes posible, insiste Vicente. Por eso, la clave es abordar la alergia en cuanto se conozca que llega la temporada: el polen «avisa» y se puede jugar con ventaja. Es muy importante tomar la medicación antes de que aparezca el malestar, aunque el doctor lamenta que «a la gente en ge-

to farmacológico, lo que evita son los síntomas». La mayoría de quienes lo eligen responden bien, pero cabe destacar que hay un pequeño porcentaje que no sale tan beneficiado. A ellos los controlan más en consulta, con un seguimiento intensivo en épocas de primavera.

Aplicar los métodos que existen no es solo beneficioso para quien sufre, también para los médicos, porque llegar tarde a los efectos de la alergia significa colapsar las consultas. «Estamos desbordados», co-

menta Vicente, «somos tres alergólogos y es una patología por la que ahora pueden venir 3.000 personas. Durante el año resto del vamos bien». La temporada de cipreses ya ha sido dura este invierno, y de cara a la primavera, intentan priorizar los casos más graves o urgencias, algo que conocen bien los pacientes asmáticos. Para ellos, apunta el doctor, siempre hay huecos libres porque muchas veces la medicación rutinaria no es suficiente. Para el resto, insiste en que es una temporada difícil

pero tienen que arrimar el hombro. La temporada ya ha comenzado y se prevé larga, aunque los profesionales todavía están expectantes: «No sabemos realmente lo que nos vamos a encontrar este año». De cara a la prevención, este viernes 17 de abril comienza el XLIX Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Alergología e Inmunología Clínica en Soria. Allí se reúnen toda clase de profesionales sanitarios y científicos para incidir en soluciones para los pacientes alérgicos.



**DECLARACIONES**



**JÓNATAN VICENTE**  
«La vacuna es el único tratamiento que intenta cambiar el sistema inmunológico»

«Lo más importante es tomar la medicación aunque no haya síntomas»

«Es una patología por la que ahora pueden venir 3.000 personas»

«Para la gente joven en período de exámenes es una época difícil»

**El ATICO**  
MOBILIARIO

Teléfono 975.213.121

**Inter MOBIL**

**Diseñamos tu espacio en 3D**

Financiación hasta 24 meses sin intereses

# Animales de compañía



por Juan Manuel de Prada

## Eutanasia y desesperación

La muerte de la joven Noelia invita, desde luego, a hacer muchas reflexiones. Resulta demasiado evidente que era una persona despedazada por el sufrimiento; y resulta también demasiado evidente que una persona que ha padecido tantas desgracias seguidas no puede ser enteramente libre. Pero lo cierto es que Noelia no era ninguna excepción, pues todas las personas que recurren a la eutanasia —como, en general, las personas que se suicidan— son personas ofuscadas por el dolor, inducidas por el dolor o siquiera merodeadas por el dolor. Y el dolor siempre envenena y oscurece la razón, desfigurando la libertad humana.

Llama la atención que una época tan proclive a juzgar los comportamientos criminales, considerando todo tipo de 'circunstancias ambientales' —desde la pobreza hasta el llamado 'género'— que coartan o desfiguran la libertad, sostenga en cambio que una persona despedazada por el sufrimiento como Noelia decidió libremente que la liquidasen con una inyección. Cuando lo cierto es que no hay 'circunstancia' que coarte o desfigure tanto la libertad humana como el dolor.

Ningún dolor, sin embargo, es completamente intolerable cuando quien lo padece tiene una razón para hacerlo. Castellani afirmaba sabiamente que «la cualidad de infinito comunicada al dolor proviene de una disposición de ánimo llamada desesperación»; y, en efecto, es esa desesperación la que mata nuestra voluntad de vivir. Indudablemente, la principal causa de desesperación es la falta de fe en el más allá: para el creyente los padecimientos siempre son insignificantes, comparados con una vida eterna de bienaventuranza;

pero si esa vida eterna se ciega, el dolor se vuelve infinito y la existencia se torna un infierno. La razón de fondo por la que cada vez hay más gente que se suicida o solicita la eutanasia en los países 'avanzados' es el apagamiento de la fe religiosa, que genera en las gentes desesperación.

Aunque nos neguemos a reconocerlo, la desesperación es el gas mefítico que se respira en las sociedades 'avanzadas': un gas mefítico que se disfraza de ozono exultante, mientras somos jóvenes y estamos sanos, invitándonos a disfrutar de todos los placeres; pero que nos muestra su verdadera naturaleza ponzoñosa cuando la vejez y la enfermedad nos lanzan su zarpazo.

Pero tal vez la pregunta medular —la pregunta más incómoda también— es si en los países 'avanzados'

### Cada vez más gente se suicida o solicita la eutanasia por el apagamiento de la fe religiosa

donde crece exponencialmente la querencia suicida se promueve institucionalmente la desesperación. En el caso concreto de la joven Noelia, desde luego, no cabe ninguna duda: su vida no habría sido tan amarga si las instituciones públicas no hubiesen resuelto apartarla de sus padres, para después no ejercer sobre ella la tutela efectiva que estaban obligadas a ejercer, dejando que fuese violada varias veces y que su vida discurririese por páramos de abandono. Pero la promoción institucional de la desesperación no actúa siempre de forma tan 'intervencionista', sino que suele recurrir a métodos más sibilinos; métodos que, en una época tan risueña como la nuestra,

se disfrazan con una máscara exultante y 'empoderadora'. Por ejemplo, favoreciendo formas de vida desvinculada, fomentando el desarraigo, exaltando la 'autonomía personal', aplaudiendo las relaciones humanas descomprometidas, fomentando la esterilidad; circunloquios, en fin, de la muerte en vida, que bajo una máscara exultante esconden las serpientes de la angustia y desembocan en la soledad (que es la enfermedad predominante en las sociedades 'avanzadas').

Yendo todavía un poco más lejos, podríamos preguntarnos si, una vez promovida la desesperación, las instituciones de los países 'avanzados' no facilitan el único remedio que puede 'curarla', brindando a quienes la padecen el recurso de la eutanasia. Un poco el estilo de lo que los nazis hicieron en los países eslavos sometidos, instaurando el aborto sin restricciones (que, entretanto, en Alemania estaba prohibido). Los nazis presentaban el aborto a las mujeres eslavas como una 'libertad

reproductiva', pero en realidad lo habían concebido como una herramienta de exterminio y control racial. Muchas mujeres eslavas, sin embargo, acudían 'libremente' y en tropel a abortar, pensando que así se liberaban de una carga indeseable, pero en realidad desesperadas por las condiciones ambientales. Exactamente igual actúan hoy las instituciones en los países 'avanzados': se crean las condiciones de desesperación precisas para favorecer la eutanasia y, a continuación, se brinda compasivamente una solución indolora al insostenible dolor de vivir, que además nos venden como un derecho. ¿Qué más se puede pedir? ■

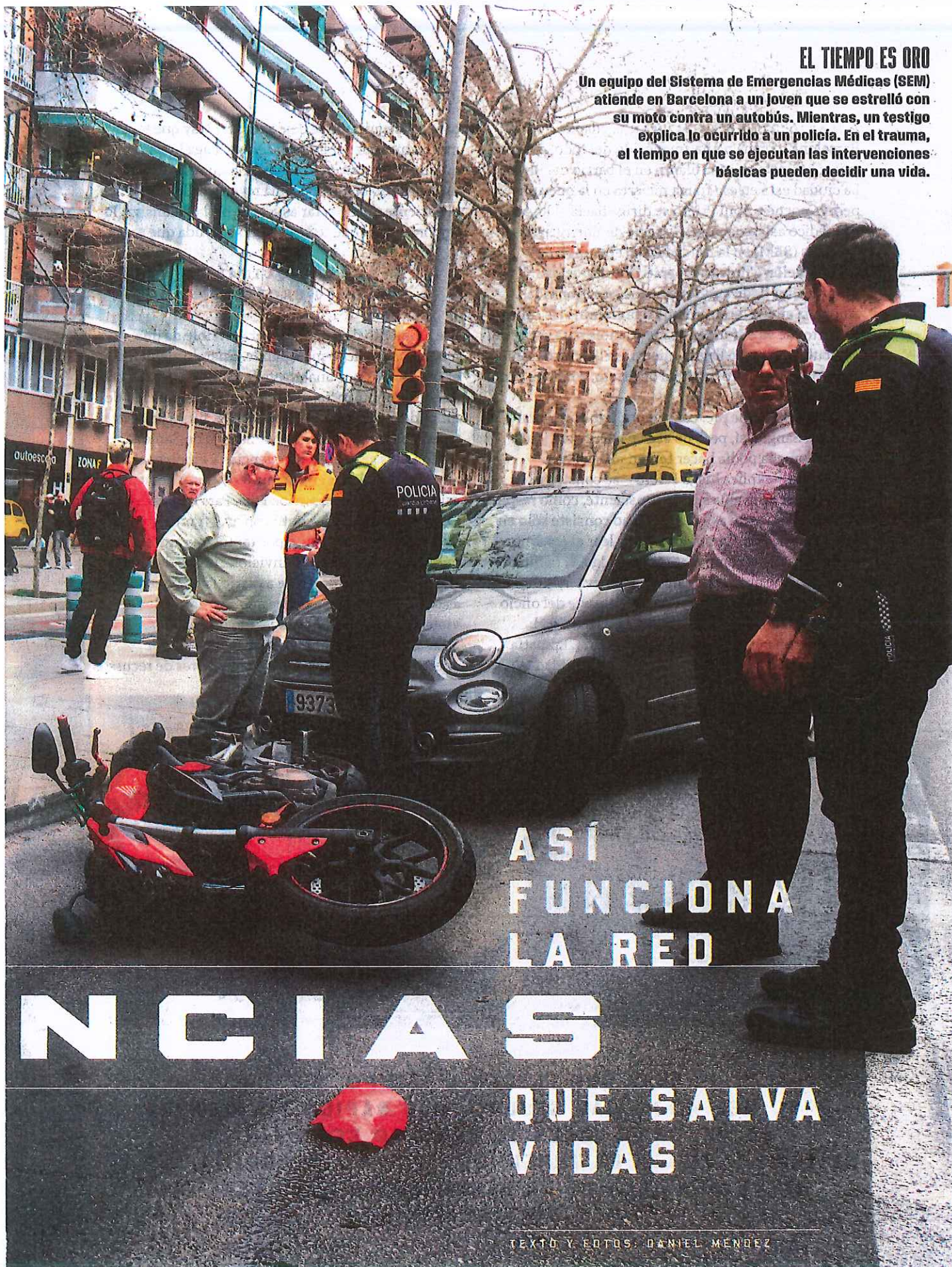


# EMERGE

CADA VEZ QUE ALGUIEN MARCA EL 112 O EL 061 POR UNA URGENCIA SANITARIA NO SE ACTIVA SOLO UNA AMBULANCIA: SE PONE EN MARCHA UNA RED DE MILES DE PROFESIONALES QUE ESCUCHA, FILTRA, PRIORIZA Y DECIDE. SEGUIMOS DURANTE UNA JORNADA A UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS EN BARCELONA. CADA DÍA SE ATIENDEN EN ESPAÑA 22.100 DEMANDAS ASISTENCIALES. Y TAMBIÉN TÚ PUEDES RESULTAR VITAL. NOS CUENTAN CÓMO.

## EL TIEMPO ES ORO

Un equipo del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) atiende en Barcelona a un joven que se estrelló con su moto contra un autobús. Mientras, un testigo explica lo ocurrido a un policía. En el trauma, el tiempo en que se ejecutan las intervenciones básicas pueden decidir una vida.



ASÍ  
FUNCIONA  
LA RED

NCIAS

QUE SALVA  
VIDAS

TEXTO Y FOTOS: DANIEL MENDEZ

A LAS 6:36 DE LA MAÑANA, cuando Barcelona todavía no ha amanecido del todo, entra un aviso: herido por arma blanca en el barrio del Raval. La ciudad está en esa franja incierta en la que aún pesa la noche y Toni Prieto se dirige hacia el lugar. Es médico asistencial del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en la unidad ECO, el Equipo de Coordinación Clínica y Operativa de Barcelona. Y lleva 32 años dedicando sus noches a salvar vidas. Ahora, la sirena de su ambulancia ilumina las calles. El doctor se va enfundando los guantes para saltar del vehículo en cuanto llegue mientras el técnico Daniel Vergara, compañero habitual de Prieto, conduce a toda prisa.

El herido está de pie, consciente, habla, respira normal. Sangra, sí, pero no es el paciente crítico que la llamada podía hacer temer. «La primera impresión —explica luego Prieto— se construye en segundos». Se evalúa si está consciente, cómo respira, la perfusión... Aun así, el trabajo no consiste solo en mirar una herida. También hay que leer el entorno y a los posibles acompañantes: el amigo, el familiar, el testigo que pasaba por allí. Prieto lleva más de tres décadas en el SEM y resume esa parte del oficio en tres palabras: respeto, empatía y asertividad. Respeto con cualquiera, da igual el barrio. Empatía para entender qué le pasa al otro. Y asertividad

para conseguir que se deje ayudar: «Hay que tener mucha mano izquierda. Hacer que haga lo que tú quieres mientras cree que hace lo que él quiere». En un escenario como el de una reyerta callejera, donde el paciente puede estar asustado o a la defensiva, lo importante es que te vea «como la ayuda que eres».

#### UNA MAQUINARIA DE 27.000 PROFESIONALES

Ese momento de calle es la parte visible de una maquinaria mucho más grande. Cuando alguien marca el 112 o el 061 por una urgencia sanitaria, no se activa solo una ambulancia: se pone en marcha una red de miles de profesionales que escucha, filtra, prioriza y decide. Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2024 los servicios de urgencias y emergencias 112/061 atendieron en España 8.074.699 demandas asistenciales, unas 22.100 al día. Para responder a esa exigencia, el sistema contó con 27.551 profesionales. Detrás de cada aviso hay, por tanto, una arquitectura pública gigantesca y casi invisible: una cadena de coordinación que sostiene a diario la respuesta frente a accidentes, enfermedades súbitas, episodios de violencia o el colapso inesperado de una vida.

En el SEM de Cataluña, esa cadena pasa por operadores, personal sanitario y gestores de recursos



**"HAY QUE LLEGAR A TIEMPO, SÍ,  
PERO DEL MODO MÁS SEGURO. MÁS RÁPIDO NO SIEMPRE  
ES MEJOR. A VECES EL TRABAJO CONSISTE EN  
EVITAR LA 'VISIÓN EN TÚNEL' QUE IMPONE LA ADRENALINA Y  
MIRAR MÁS ALLÁ DE LA HERIDA INMEDIATA", EXPLICA**

## ESCENAS COTIDIANAS

De izquierda a derecha: una atención a domicilio por un posible ictus, un café rápido entre salidas y la sala de

coordinación del SEM en Barcelona. La jornada se mueve constantemente entre esos tres escenarios: el lugar de la emergencia, una breve pausa que permite recomponerse y el centro desde el que se escuchan las alertas, se priorizan los casos y se decide la respuesta.

que filtran la demanda y deciden qué mandar, cuándo y dónde.

Olga Villena, subjefe territorial del SEM en Barcelona, lo explica enseñando primero la recién inaugurada sede de L'Hospitalet y luego la sala de la propia Ciudad Condal. A la primera la llama «la Casa Grande», el cuartel general. Allí se decide buena parte de los movimientos de los equipos médicos en el mapa de toda Cataluña. Después está la sala de emergencias de la propia Barcelona, donde el SEM comparte espacio con Bomberos, Guardia Urbana y Mossos d'Esquadra. En esa sala se escucha, se anticipa, se manda la unidad más adecuada y, cuando hace falta, se activa el apoyo clínico y operativo. —>



Olga habla con la autoridad tranquila de quien conoce ambos lados: el despacho y la calle. Por eso dice también que tomar decisiones desde dentro solo tiene sentido si recuerdas lo que de verdad necesita quien está fuera.

### LOS ICTUS DEL DESPERTAR

Prieto trabaja en la unidad ECO. Su jornada empieza con el relevo en la base central de Gran Vía, sigue con el parte de la noche en la central de Barcelona y, hacia las nueve, con una reunión con el resto de los cuerpos para revisar manifestaciones, eventos, tráfico o cualquier punto delicado del día. Después empieza otra forma del trabajo: la escucha. El pinganillo, la anticipación, la capacidad de detectar un servicio complejo antes incluso de que alguien pida ayuda.

### CADA UNIDAD, EN RED

La emergencia empieza mucho antes de llegar: escuchar, anticipar, orientarse y prepararse para lo

desconocido. En ese instante, se activa a la vez una red que lanza peticiones cruzadas y activa apoyos en tiempo real: a veces es preciso cortar una calle o sacar a un paciente por sitios no convencionales.

Hay días en que salen cuatro veces y otros en que salen quince.

El segundo gran aviso del día es un accidente de moto. Un joven ha intentado adelantar por la derecha y se ha chocado contra un autobús. La Policía acabará retirando la moto destrozada y el chaval irá al hospital. Antes, Prieto se encarga de la exploración: está consciente, habla, respira normal. Mientras, el técnico Daniel Vergara explica su función: llegar a tiempo, sí, pero «de la manera más segura». No siempre más rápido es mejor. A veces el trabajo consiste en evitar la «visión en túnel» que la adrenalina impone y obligarse a mirar más allá de la herida inmediata.

Los técnicos son una de esas piezas invisibles sin las que nada funciona. Daniel Megías, técnico también del SEM, lo cuenta así: «Estamos invisibilizados, pero estamos en todos los campos». De ellos dependen la seguridad del equipo, el material, la movilización del paciente, la logística, la conducción, el apoyo al médico y la enfermería. Pero también buscar rutas cuando una unidad no encuentra una dirección, resolver problemas logísticos, conseguir oxígeno, activar Policía o Bomberos, coordinar rescates, montar dispositivos. En la central, además, la coordinación con otros cuerpos está integrada en el propio trabajo. SEM, Bomberos y Guardia Urbana usan una 'pasarela' interna: una herramienta rápida con la que se lanzan peticiones cruzadas y activan apoyos casi en tiempo real. Hay casos en los que hace falta cortar una calle, sacar a un paciente por la fachada o desplegar un dispositivo sobredimensionado. →



TONI  
PRIETO

## "EL APOYO EMOCIONAL SALVA TANTO COMO EL CLÍNICO"

Toni Prieto es médico asistencial del Sistema de Emergencias Médicas en Barcelona. Trabaja de noche en el equipo que coordina clínica y operativamente las emergencias complejas de la Ciudad Condal. Lleva más de tres décadas haciéndolo.

→ **XI** Semanal. ¿Qué pasa de noche? Toni Prieto. De todo. Hay gente que trabaja, otros que están solos, personas que duermen en la calle, delitos, accidentes, enfermedades que aparecen de golpe. La noche enseña una ciudad que muchos no ven. Lo exagera todo: la angustia, el frío, la soledad.

**XI.** Usted lleva media vida trabajando de noche. ¿Qué encontró ahí para quedarse?  
T.P. Me gusta porque todo parece más lento, más callado. Y porque de noche notas mucho más esa parte del trabajo que tiene que ver con acompañar. Muchas veces no atendemos solo al paciente, también al entorno, a la familia, a la persona que está sola. De noche muchas veces la gente se siente desamparada, y eso cambia también la manera en que vive lo que le está pasando.

**XI.** ¿Qué le gusta de atender emergencias?  
T.P. Sobre todo la variedad y el factor sorpresa. Nunca sé qué me voy a encontrar: un parto, un trauma grave, un paciente cardíaco o respiratorio, un niño, una embarazada, un anciano. Y me

interesa mucho que aquí no es el paciente quien viene a ti: eres tú quien entra en su casa, en su calle, en su entorno, en su vida.

**XI.** Ha llegado a decir que este trabajo tiene algo de adictivo. ¿Por qué?  
T.P. Por la adrenalina. Hay momentos en los que notas ese subidón y, si este trabajo te gusta, cada vez te gusta más. Es una mezcla de intensidad, responsabilidad y necesidad de estar a la altura.

**XI.** ¿Qué debe tener un buen emergenciólogo?  
T.P. Lo primero es que le guste. Que le guste la medicina, formarse continuamente y practicar protocolos. Lo esencial es que te atraiga atender al paciente crítico en un medio no controlado.

**XI.** ¿Y qué es lo más difícil de llevar?  
T.P. Lo peor no es la gravedad del caso. Lo peor es perder el control del servicio. Un caso puede acabar mal, pero si has hecho lo que tocaba y el servicio ha estado controlado, eso se puede llevar. Lo que cuesta de verdad es sentir que no has sabido manejar la situación.

**XI.** En un oficio tan técnico, usted insiste mucho en el cuidado. ¿Por qué?  
T.P. Porque muchas emergencias no son solo clínicas. A veces llegas por palpitaciones, por dolor torácico, por sensación de ahogo, y descubres que esa persona está

sola, muy sola. El apoyo emocional salva tanto como el clínico.

**XI.** ¿Qué peaje personal ha pagado por vivir tantos años así?

T.P. El insomnio. Muchos años de noches y de guardias largas dejan huella. Yo tengo un problema de sueño importante.

**XI.** ¿Qué sigue faltando en la medicina de emergencias?  
T.P. Más formación. Y una muy concreta para toda la población: saber hacer una reanimación. Cada minuto cuenta, y que la gente sepa actuar antes de que llegemos puede cambiarlo todo. ●

"ESTE TRABAJO TIENE ALGO DE ADICTIVO. HAY MOMENTOS EN QUE NOTAS EL SUBIDÓN DE ADRENALINA. ES UNA MEZCLA DE INTENSIDAD, RESPONSABILIDAD Y NECESIDAD DE ESTAR A LA ALTURA"



## NO SIEMPRE SE LLEGA A TIEMPO

Un equipo del SEM interviene junto con la Policía tras el aviso de

un precipitado. En esta ocasión no pudieron evitar el desenlace fatal. En algunas escenas no solo se atiende al paciente: también se contiene el impacto psicológico de lo ocurrido.



La conversación con Prieto se interrumpe más tarde cuando habla de los ictus del despertar, esos casos en que alguien se levanta por la mañana y descubre que el cuerpo ha cambiado durante la noche. Olga corta la charla: ha entrado otro aviso, una parada cardíaca en un piso. Van para allá. Mientras se desplazan, ella explica que en una prioridad cero —las que exigen el envío inmediato de una unidad medicalizada— la central sigue trabajando, aunque la ambulancia ya esté en marcha: desde telefonía intentan sacar más información, afinar el cuadro, orientar la respuesta. Al llegar, el supuesto paro resulta ser otra cosa: un caso neurológico gravísimo, probablemente un ictus hemorrágico. La mujer del paciente estaba sola, llamando a sus hijos sin que nadie contestara. En ese

tipo de escenas, además de la medicina, está también la soledad. Mientras parte del equipo atiende al enfermo, otros cuidan a su mujer, tratan de calmarla.

En emergencias, Prieto insiste mucho en el tiempo. En la parada cardíaca, cada minuto sin actuar reduce un 10 por ciento la probabilidad de supervivencia. Por eso repite que la población debería saber hacer una reanimación básica: puede cambiarlo todo. En el trauma, añade, los profesionales hablan de dos relojes: 'la hora de oro' y 'los diez minutos de platino'. En esos primeros diez minutos se hacen maniobras que pueden salvar una vida: abrir una vía aérea, contener una hemorragia, drenar un neumotórax. La hora siguiente sirve para ganar tiempo frente a lesiones que no matan al instante, pero sí pueden hacerlo poco después.

Más tarde llega el aviso más duro del día. Un hombre de unos 70 años se ha precipitado desde un segundo piso. No se sabe con certeza si ha sido voluntario, aunque los testigos apuntan en esa dirección. Al llegar, hay un equipo intentando ya la reanimación. En los paros traumáticos el pronóstico es malísimo, pero mientras haya un margen se intenta. Prieto lo explica con la frialdad profesional que exigen estas escenas: descartar hemorragia, hipoxia, taponamiento, neumotórax; hacer lo que toca; comprobar si hay salida. No la hay. Se suspenden las maniobras.

Es difícil afrontar la muerte de un paciente. Por eso es importante conocer bien los protocolos. Lo grave es perder el control del servicio. Un caso puede acabar mal y, aun así, estar bien llevado. Puede morir alguien y, sin embargo, el equipo haber hecho todo lo que debía. Después, cuando un servicio crítico termina, llega el *debriefing*: repasar qué ha pasado, detectar puntos de mejora. También existe lo contrario, una especie de descompresión informal que ellos llaman 'defusión': hablar de otra cosa, hacer bromas, incluso humor negro. Un mecanismo eficaz para seguir adelante cuando se convive con situaciones difíciles un día tras otro. Entre compañeros, dice Toni, se apoyan muchísimo. Y de esa rutina compartida nace una camaradería muy particular. ■

**EN LOS PRIMEROS DIEZ MINUTOS SE HACEN MANIOBRAS QUE PUEDEN SALVAR UNA VIDA: ABRIR UNA VÍA AÉREA, CONTENER UNA HEMORRAGIA, DRENAR UN NEUMOTÓRAX. LOS PROFESIONALES LO LLAMAN 'LOS DIEZ MINUTOS DE PLATINO'**

DIARIO DE SORIA. Martes 21 de abril 2026

ZAMORA

DETENIDO POR AGREDIR A UN MÉDICO DE URGENCIAS

Un varón de 36 años se encuentra en libertad tras ser detenido por agentes de la Policía Nacional al agredir a un médico que le atendía en el Servicio de Urgencias del Hospital de Zamora. Los hechos se desencadenaron el sábado, cuando el paciente, que había acudido para recibir asistencia médica, comenzó a mostrar una actitud agresiva y amenazante hacia el médico que le asistía. Según ha informado la propia Policía Nacional, el individuo pasó de los insultos a las amenazas graves, y llegó a «acometer físicamente, de manera sorpresiva», al profesional sanitario. /E. PRESS

12 CASTILLA Y LEÓN

Imagen de la delegación china a su paso por el hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca. BM

LA CIENCIA ESPAÑOLA ENSEÑA A SALVAR 'CORAZONES' EN CHINA

**Formación.** Una delegación de especialistas asiáticos recaló hace un mes en Madrid y en Mallorca para conocer los protocolos de diagnóstico y los tratamientos de vanguardia para abordar el 'síndrome del corazón rígido'

Por Rocío R. García-Abadillo (Madrid)

El lunes pasado, en el marco de su visita oficial a China, el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, subrayó que la cooperación «no debilita la ciencia, la fortalece». «Mejora su calidad, amplía su impacto y crea vínculos duraderos entre las comunidades científicas», dijo al recibir el título de profesor honorario de la Universidad de la Academia de Ciencia de China (UCAS). Sánchez apeló a aprender de su dinámico ecosistema de innovación tecnológica en áreas como la inteligencia artificial. Lo cierto es que China tiene el músculo, pero España tiene el *know-how* científico en muchas enfermedades, como la amiloidosis por transtretina, una de sus variantes se denomina 'síndrome del corazón rígido'. Así, una delegación de unos 20 profesionales sanitarios procedentes del gigante asiático viajó a España el 16, 17 y 18 de marzo para asistir a un programa formativo y aprender cómo España ha

vez a China para hablar de amiloidosis, justo antes del Covid, y me dijeron algo así como que había cinco o seis casos diagnosticados en toda China. Es completamente imposible con la cantidad de población que tienen. En los últimos años ha habido grandes avances en conocer la epidemiología de la enfermedad y eso ha llevado además aparejado que se hayan desarrollado nuevos tratamientos que antes no existían. Todo eso ha despertado el interés de muchos médicos en muchas partes del mundo y también de la industria por tener terapias para tratarla», explica Pablo García-Pavía, jefe de la Unidad de Cardiopatías Familiares del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid). García-Pavía

logrado convertirse en el referente mundial de amiloidosis por transtretina (ATTR), que en China apenas se sabe diagnosticar. Es una enfermedad que se pensaba que era muy rara y en los últimos años se ha visto que es mucho más frecuente y, además, asociada al envejecimiento: se presenta en hasta un 15% de los pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada que ingresan en el hospital por encima de los 60 años (es decir, personas que desarrollan insuficiencia cardíaca aunque su corazón bombea suficiente sangre). «En el año 2019 fui por primera



España es una potencia mundial en el estudio de la amiloidosis, una patología rara asociada al envejecimiento

también es investigador del Centro Nacional de Investigaciones Cardíacas (CNIC) y del Ciber Cardiovascular (CIBERCIV). España es una potencia mundial en investigación y manejo de la amiloidosis por transtretina, y por eso la delegación china se desplazó hasta el Hospital Puerta de Hierro, que es centro de referencia europeo en ATTR en su forma cardíaca, y al Hospital Universitario

Son Llàtzer de Palma de Mallorca, que gestiona uno de los mayores focos endémicos de ATTR de tipo hereditario.

«Querían ver cómo se trabajaba en dos centros en España, para aprender de toda nuestra experiencia en esta enfermedad», indica Pavía. «Había un ambiente muy bueno, mucho interés e hicieron muchísimas fotos, algo que nos pareció interesante». García-Pavía cree que China tiene los medios, pero probablemente les falta «organización y experiencia, y eso es cuestión de tiempo». «Creo que si en China usan todo su potencial y son capaces de acoger toda esta información y estos procedimientos que les hemos mostrado, seguro que en unos años la situación va a cambiar». El investigador español señala que los profesionales chinos manifestaron el reto logístico que les supone este tipo de enfermedades, «tienen que empezar poco a poco».

La importancia de conocer más sobre la transtretina radica en que es una proteína que se forma en el hígado y transporta retinol (vitamina A) y tiroxina. Cuando se rompe, puede plegarse mal y se acumula en los tejidos en forma de placas amiloides. Existen dos tipos: una forma hereditaria (5-10% de los pacientes) que presenta manifestaciones multisistémicas (corazón, sistema nervioso periférico, sistema digestivo, etc.) y que en España se localiza sobre todo en dos zonas que se consideran

endémicas a nivel mundial, Palma de Mallorca y Huelva; y una forma relacionada con el envejecimiento (*wild type*, el 90-95% de los casos de amiloidosis por transtretina) que tiene sobre todo afectación cardíaca. En este caso, el amiloide se deposita en las paredes del corazón, haciéndolas más gruesas y rígidas (por eso popularmente recibe el nombre de 'síndrome del corazón rígido').

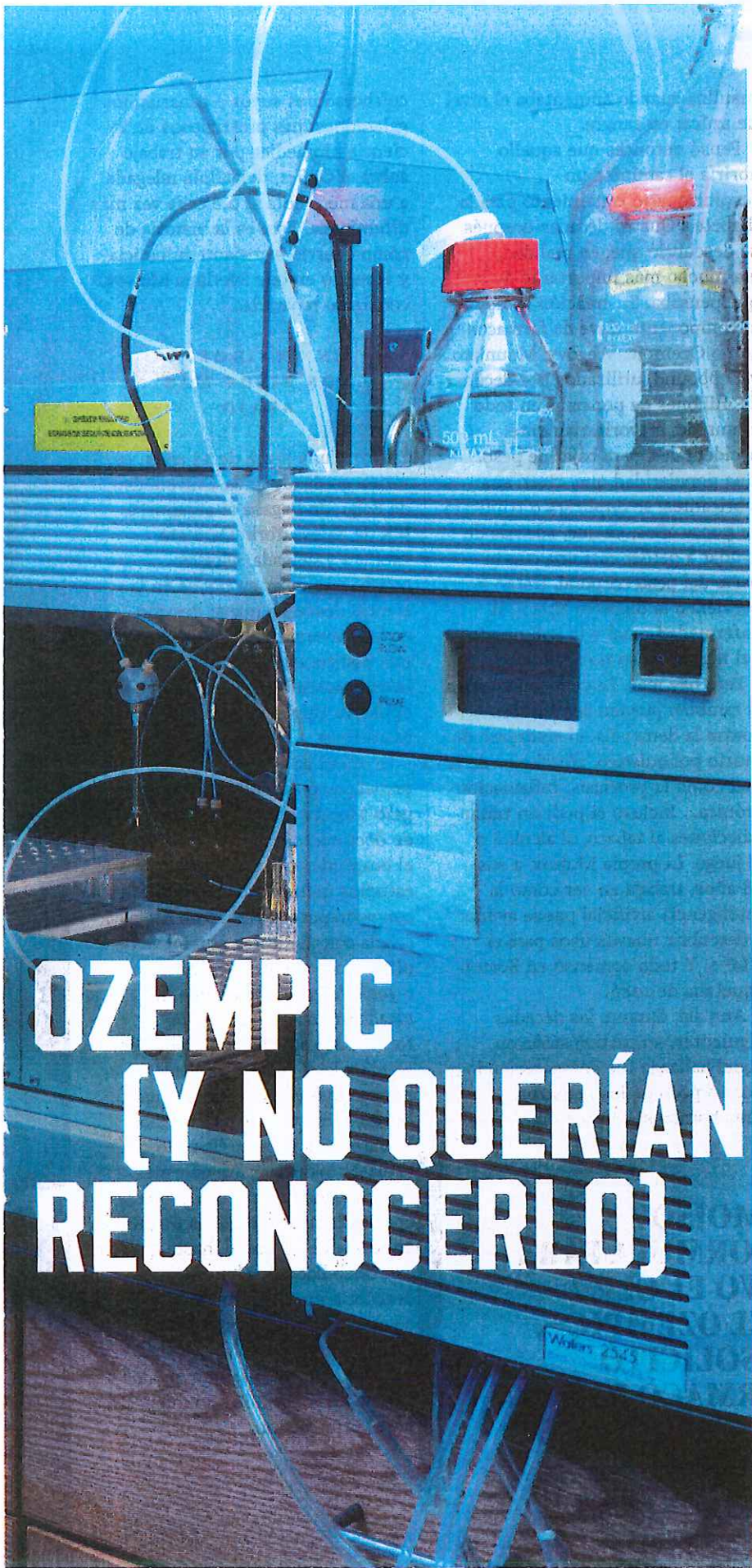
"Me quedé en 'shock' al no ver mi nombre en las patentes"

SVETLANA  
MOJSOV

# LA CIENTÍFICA SIN LA QUE NO EXISTIRÍA

## FUGA DE TALENTO

Mojsov nació en la antigua Yugoslavia, en Skopje, capital de la actual Macedonia del Norte. Llegó a Nueva York en 1972 para cursar un posgrado en la Universidad Rockefeller. En la foto: en el Centro de Recursos de Proteómica de esa institución.



# OZEMPIC (Y NO QUERÍAN RECONOCERLO)

LA INVESTIGACIÓN DE ESTA BIOQUÍMICA FUE DECISIVA PARA EL DESARROLLO DE UNA REVOLUCIÓN: LOS MEDICAMENTOS BASADOS EN LA HORMONA GLP-1, COMO OZEMPIC, UTILIZADOS PARA TRATAR LA DIABETES Y LA OBESIDAD. LOS CIENTÍFICOS VARONES CON LOS QUE COLABORÓ, SIN EMBARGO, SE ATRIBUYERON TODO EL MÉRITO. LA PROPIA SVETLANA MOJSOV NOS CUENTA SU LUCHA DE 40 AÑOS EN POS DE LA JUSTICIA.

POR  
AIMEE  
DONNELLAN  
FOTO:  
STEPHANIE  
DIANI

# E

N CUANTO

la rata dejó de moverse por efecto de la anestesia, el técnico de laboratorio le extirpó el páncreas. No había tiempo que perder: el órgano apenas sobreviviría una hora fuera del cuerpo del animal. Con sumo cuidado, el técnico colocó el páncreas en una pequeña cámara y, con precisión, lo empapó en un cóctel químico preparado por Svetlana Mojsov.

Era el año 1986 y se hallaban en el laboratorio de Gordon Weir, eminencia mundial en el estudio de las hormonas, en el Centro de Diabetes Joslin, en Boston. Mojsov, nacida en la antigua Yugoslavia, tenía 39 años. Llevaba investigando en Estados Unidos desde hacía 14 y, por fin, tenía a su alcance el gran avance que estaba persiguiendo.

«Recuerdo la emoción al conocer los resultados», dice hoy Mojsov en su oficina de la Universidad Rockefeller, en Nueva York. El compuesto que ella había creado con el péptido GLP-1 permitió que el páncreas de la rata hiciera lo que la diabetes le impedía hacer: liberar

insulina cuando aumentaba el nivel de azúcar en sangre.

Pensó entonces que aquello abriría el camino a un revolucionario tratamiento para la diabetes. Cuatro décadas después se descubrió que, en realidad, era mucho más importante de lo que pensaba. Su creación es hoy el componente clave de fármacos como Ozempic, Wegovy, Mounjaro y Zepbound, utilizados por decenas de millones de personas en todo el mundo, mayoritariamente occidentales, para bajar de peso. Una popularidad que, creen sus fabricantes, se duplicará o triplicará en pocos años, ya que, además de ayudar a perder casi una cuarta parte del peso corporal, tratan o previenen la diabetes tipo 2, la enfermedad renal y la enfermedad del hígado graso no alcohólico.

Pero hay más. La ciencia investiga si también pueden ser eficaces contra la demencia, el síndrome de ovario poliquístico, afecciones de la piel como la psoriasis, inflamación crónica... Incluso si podrían tratar adicciones al tabaco, al alcohol o al juego. La propia Mojsov, a sus 78 años, trabaja en ver cómo la inteligencia artificial puede ayudar a descubrir nuevos usos para el GLP-1. Y todo comenzó en Boston aquel día de 1986.

Aun así, durante las décadas siguientes, su participación en aquel hallazgo fue desapareciendo poco a poco de los registros. Tres hombres —dos de ellos

colaboradores suyos— ganarían los galardones más prestigiosos de la ciencia biomédica por su trabajo sobre el GLP-1, dejándola relegada a una mera nota al pie cada vez más difuminada. Esta es la historia de cómo ocurrió semejante injusticia y el modo en que Svetlana Mojsov consiguió repararla.

## UN TRAJIDOR... DOS PISOS MÁS ABAJO

En 1972, una joven de 25 años recién graduada en la Universidad de Belgrado llegaba al aeropuerto JFK de Nueva York. De corta estatura y delgada, Mojsov soñaba con dejar su huella en la ciencia desde su nuevo destino en la Universidad Rockefeller, una institución dedicada a la investigación biomédica en el opulento Upper East Side de Manhattan.

La obesidad no era entonces una preocupación en Estados Unidos, pero Mojsov y sus compañeros de doctorado se enteraron de que el hospital del campus realizaba estudios metabólicos en pacientes con sobrepeso severo. Para Mojsov, criada con modestas porciones de platos como pastel de espinacas o *goulash*, era evidente que los estadounidenses comían de forma poco saludable y en exceso. «Recuerdo el pastrami y las hamburguesas gigantes con queso. Nunca había visto esos tamaños de carne con patatas. Todo lo que había en los platos era enorme».

El consenso entonces era que la obesidad era un problema de falta de fuerza de voluntad, hasta que un científico llamado Doug Coleman descubrió en 1973, un año antes de que Mojsov llegara a Estados Unidos, que existía un «factor de saciedad» en la sangre que los obesos no conseguían producir. Ese fue el primer paso.

**SVETLANA MOJSOV  
CREÓ EN 1986 LA FÓRMULA PARA  
HACER EFECTIVO EL GLP-1  
—HOY LA BASE DEL OZEMPIC—,  
PERO QUIEN SOLICITÓ  
LA PATENTE DEL FÁRMACO PARA LA  
DIABETES EN 1992 SE 'OLVIDÓ' DE  
INCLUIRLA**



Mojsov, mientras tanto, comenzó a investigar la diabetes en la Rockefeller como parte del equipo de Robert Bruce Merrifield, futuro ganador del Nobel. Completó el doctorado en Bioquímica en 1978 y siguió trabajando en la materia hasta que, en 1983, se mudó a Boston con su esposo, Michel, un inmunólogo en el Hospital General de Massachusetts. El complejo, con su prestigioso centro de diabetes, es el epicentro de la Facultad de Medicina de Harvard, caracterizado por una jerárquica rigidez dominada por los médicos formados en la propia Harvard.

La función inicial de Mojsov consistía en crear proteínas para otros científicos, pero rápidamente alcanzó el estatus de

investigadora sénior, clave para obtener financiación y, con ella, independencia. «Siempre tuve claro que tendría mi propio proyecto».

Pronto llegó a sus oídos el nombre de Joel Habener, un endocrinólogo que trabajaba dos pisos más abajo. Un año antes, él y su equipo habían identificado en el páncreas de los peces el GLP-1, una hormona implicada en la regulación del azúcar en sangre similar al glucagón, el culpable de acelerar los niveles de azúcar en sangre al liberar glucosa almacenada en el hígado.

Mojsov quedó fascinada por las diferentes maneras en que el cuerpo procesa el azúcar en sangre y se dedicó tanto a sintetizar químicamente el GLP-1 como a rastrear su origen. La noticia de sus

actividades llegó hasta Habener, que envió a un tal Daniel Drucker, investigador postdoctoral de su laboratorio, a trabajar con Mojsov.

La bioquímica pronto desconfió de Drucker. Parecía agradable: un médico joven, energético y apuesto, pero al escuchar su propuesta de unir fuerzas aquello le sonó a mera transacción. «No lograba entenderlo —confiesa Mojsov—. Parecía arrogante, pero me interesaba lo que hacía».

El propio Habener pasaba por el laboratorio de Mojsov cada pocas semanas en busca del GLP-1 que ella sintetizaba para sus experimentos. Drucker y él →



## PRINCESA DE ASTURIAS

En 2024, Mojsov recibió el Premio Princesa de Asturias de Investigación Científica y Técnica, junto con otros cuatro científicos. Habener era uno de ellos, pero no acudió a la ceremonia en Oviedo. A su izquierda: Daniel Drucker.



**JEAN PURDY**

El trabajo de esta embrióloga clínica contribuyó al nacimiento del primer 'bebé probeta' en 1978, pero falleció y fue su colaborador, Robert Edwards, quien recibió en solitario el Premio Nobel de Medicina en 2010. Pesó en su contra el ser mujer y enfermera.



**JOCELYN BELL BURNELL**

Mientras cursaba su doctorado en la Universidad de Cambridge en 1967, Bell descubrió los púlsares: estrellas de neutrones que giran rápidamente. Este hallazgo contribuyó a que su director de tesis ganara el Premio Nobel de Física siete años después.



**CHIEN-SHIUNG WU**

Wu, miembro clave del Proyecto Manhattan, refutó la ley de conservación de la paridad en 1956. Su experimento validó las teorías de dos científicos que, al año siguiente, ganaron el Premio Nobel de Física.



**LISE MEITNER**

Meitner, una física austriaca que huyó a Suecia para escapar de Hitler, formó parte del equipo que descubrió la fisión nuclear en 1938. Seis años después, su antiguo colega ganó el Premio Nobel de Química.



**CANDACE PERT**

Su supervisor le aconsejó abandonar, pero Pert descubrió el receptor de opiáceos del cerebro y sentó las bases para el hallazgo de las endorfinas. Dos británicos ganaron el Premio Lasker por ello, y lo compartieron con el supervisor de Pert.



**ALICE BALL**

Ideó un tratamiento eficaz para la lepra a los 23 años. Falleció poco después, en 1916, presuntamente por envenenamiento con cloro en un laboratorio. El rector de su universidad publicó la investigación bajo su propio nombre.

## OTRAS CIENTÍFICAS OPACADAS

Poco después, la doctora Mojsov se asoció con Gordon Weir y realizaron el trascendental experimento con el páncreas de rata, mencionado al principio de este reportaje, con el que demostró que el GLP-1 controlaba los niveles de insulina.

El artículo que detallaba sus hallazgos se publicó en 1987 en *The Journal of Clinical Investigation*. Mojsov figuraba como primera autora, Weir como segundo y Habener como último.

### ESTUDIOS PARALELOS

Mientras tanto, Drucker trabajaba en experimentos diferentes, pero en busca del mismo resultado. Habener le había encargado descifrar cómo funciona el GLP-1. Mojsov no se dio cuenta entonces, pero el proyecto competía con su propia investigación. Drucker publicó un artículo en mayo de 1987, tres meses después del de Mojsov y Weir, pero incluso así todo parecía cordial.

En mayo de 1993, durante el primer simposio internacional sobre GLP-1, Mojsov empezó a sospechar. Se encontró con Habener por el Centro de Conferencias Vilvorde, al norte de Copenhague, y le preguntó por qué el Hospital General de Massachusetts no había solicitado la protección de patente para el GLP-1. Habener se dio la vuelta e hizo mutis por el foro.

Tan sospechosa actitud encendió las alarmas de Mojsov. Descubrió poco después que el Hospital General de Massachusetts había registrado patentes por el GLP-1 un año antes. Habener figuraba como su único inventor. Es más, se había atrevido a solicitar una patente aparte ese mismo año, apoyándose en parte de la investigación →

comenzaron a usar sus ingredientes y técnicas para rastrear diferentes formas de GLP-1 en tejido de rata.

En septiembre de 1986, Habener y Mojsov publicaron un artículo donde detallaban el hallazgo del GLP-1 en el intestino, cuya forma activa Mojsov había identificado.

Los endocrinos consideran ese artículo como un hito en el descubrimiento de los fármacos

basados en GLP-1. El momento fue crucial. Se publicó el mismo mes en que Jens Juul Holst, de la Universidad de Copenhague, presentó los mismos hallazgos en Roma. La rivalidad transatlántica se intensificó a medida que ambos equipos buscaban un premio mucho mayor: ser los primeros en demostrar que el GLP-1 era eficaz contra la diabetes.

de Mojsov. «Me quedé impactada —dice—. No se me había ocurrido buscar las patentes, pero siempre di por hecho que figuraría en ellas».

Un abogado revisó los cuadernos de Mojsov y escribieron al hospital de Massachusetts para que admitiera el error. Tras doce meses sin respuesta enviaron otra. «Me sorprendió mucho, y a mis abogados también, que el hospital nos ignorara».

Había mucho en juego. El titular de la patente recibiría un jugoso porcentaje de regalías por cualquier medicamento GLP-1, sin mencionar la fama asociada con la invención de un fármaco novedoso y potente. Para entonces, el gigante farmacéutico danés Novo Nordisk ya había pagado a Habener por los derechos de licencia de GLP-1 para tratar la diabetes.

«Me aconsejaron andar con cuidado —cuenta Mojsov—. Debía demostrar mi contribución, pero sin desacreditar a Habener. Decían que mi reivindicación podía poner las patentes en peligro, socavando así los esfuerzos de Novo Nordisk para fabricar un medicamento».

La batalla se prolongó hasta que, en 2006, sin previo aviso, accedieron a modificar cinco patentes para incluir a Mojsov como coinventora. Ella recordó entonces un consejo que le había dado Bruce Merrifield, su mentor y, para entonces, Nobel de Química, para que anotara toda su investigación en unos cuadernos. «Fue de gran ayuda haber anotado

las fechas. Gracias a eso conseguí la patente». Pero había un truco... «Al principio insistí en que debíamos repartir los derechos a partes iguales, pero mi abogado me dijo que llegara a un acuerdo». Al final se le concedió un tercio de las regalías. El resto sería para Habener. La lucha, sin embargo, estaba lejos de terminar.

#### CUARTA EN DISCORDIA

Habener, Drucker y el danés Jens Juul Holst han admitido que Mojsov hizo una contribución importante al descubrimiento del GLP-1. A ninguno se le conoce el mínimo esfuerzo, sin embargo, para que el mundo conozca el alcance de su participación.

En 2021, los tres hombres compartieron el Premio Internacional Gairdner, considerado un precursor del Nobel, por su trabajo sobre el GLP-1. Una semana después, la prestigiosa revista académica *Cell* publicó un artículo plagado de imprecisiones.

Hablaba de Habener como el único inventor del GLP-1; Mojsov aparecía como miembro júnior de su laboratorio y no se mencionaba que fuera coinventora en varias patentes. Mojsov escribió una queja al editor, señalando todos los errores. Recibió una disculpa y todo fue corregido. Una pequeña pero crucial victoria para ella.

El impacto del GLP-1 coloca a sus descubridores en la senda de ganar

un Nobel de Medicina. El premio, sin embargo, solo puede dividirse entre un máximo de tres personas. Así que, a menos que Mojsov fuera capaz de demostrar su mérito, perdería una oportunidad única en la vida.

Gracias a las correcciones que Mojsov hizo para *Cell*, la comunidad científica reconoció por fin la verdadera dimensión del trabajo de Mojsov. La primera consecuencia fue la concesión del Premio Princesa de Asturias de Investigación Científica y Técnica 2024 *ex aequo* a Drucker, Habener, Holst y Mojsov, junto con un cuarto investigador, Jeffrey M. Friedman, por establecer las bases endocrinas de la diabetes y la obesidad y permitir el desarrollo de fármacos eficaces.

Tres meses después, Mojsov recibió un reconocimiento mucho más apreciado por la comunidad científica. Junto con Habener y Lotte Bjerre Knudsen, investigadora de Novo Nordisk, recibió el Premio Lasker-DeBaKey de Investigación Médica Clínica, el máximo galardón de Estados Unidos en investigación biomédica. Un reconocimiento que sugiere que, si el Comité Nobel reconoce finalmente a los científicos que abrieron el camino hacia la 'era Ozempic', es muy probable que Mojsov esté entre las galardonadas.

Habener inició entonces un acercamiento y la llamó para felicitarla. La «breve y cordial conversación» era la primera que mantenían en más de 30 años. En la entrega del Lasker-DeBaKey, sin embargo, a la que Mojsov acudió con su esposo, su hijo y su hija, la bioquímica nacida en Skopje (Macedonia del Norte) se puso en pie y, de forma breve, explicó el honor que suponía para ella aquel galardón, destacó la importancia de la colaboración en la ciencia y de Habener, tres asientos a su derecha, no dijo ni una palabra. Al sentarse, su hijo le susurró al oído: «Lo lograste, mamá». ■

**SU MENTOR,  
BRUCE MERRIFIELD, NOBEL  
DE QUÍMICA, LE ACONSEJÓ  
ANOTAR TODA SU INVESTIGACIÓN  
EN UNOS CUADERNOS.  
GRACIAS A ELLOS, SVETLANA HA  
CONSEGUIDO ENTRAR EN LA  
PATENTE**

## PRIMER PLANO

LA LEY GENERAL DE SANIDAD CUMPLE CUATRO DÉCADAS



De la reforma de Ernest Lluch a los retos de la IA: ex ministros y expertos analizan el legado de la Ley General de Sanidad de 1986 y las reformas que exige un sistema tensionado por el envejecimiento

# VIVIMOS MÁS, ESPERAMOS MUCHO: ¿CÓMO MEJORARÍA LA SANIDAD?

Convertir la salud en un derecho universal, equitativo y accesible. Sentirse mal e ir al médico sin preocuparse de si es algo más o menos grave porque su tratamiento está cubierto solo por vivir en España. Sí, en la actualidad, hay 853.509 personas esperando una cirugía y 4.072.139 aguardan en una sala de espera más de 100 días. También conseguir una cita con el médico de familia suele



**PILAR PÉREZ**

MADRID

costar de media más de una semana. Pero si medimos los resultados en salud, hoy la esperanza de vida de los españoles alcanza los 84 años (ocho más que en 1976) y sumamos casi 20.000 centenarios.

La Ley General de Sanidad (LGS) hizo posible un deseo que muchos ciudadanos de otros países envidian: que el Estado, a través de la financiación de los impuestos, tenga ca-

pacidad para atender a los 49,5 millones de españoles hoy, frente a los 38,6 de entonces. El economista Ernest Lluch, asesinado por ETA en 2000, fue el gran impulsor de la reforma basada en la universalización de la asistencia sanitaria.

El primer ministro de Sanidad de los gobiernos de Felipe González, tras la victoria del PSOE en 1982, se apoyó en Ciriaco de Vicente y Pedro Sabando para esta ardua tarea. Esta reforma pasó por varios Consejos de Ministros y no contó con un apoyo

unánime de las Cortes. «Al menos, sí del suficiente para llevarse a cabo», recuerda Julián García Vargas, el sucesor de Lluch en la cartera sanitaria en la siguiente legislatura y quien se encargaría de poner en marcha la ley.

El 25 de abril de 1986 se dio luz verde a la Ley General de Sanidad con los votos a favor del PSOE, PNV, CiU y PCE, y la abstención de Alianza Popular (hoy PP). «Nace siendo el pilar sobre el que se ha constituido nuestro sistema sanitario público: la universalidad. Es una *rara avis*

en nuestro entorno», recalca Mónica García, actual responsable de Sanidad. «Nace del momento de la consolidación democrática en la que se decide cómo va a ser nuestra sociedad y de cómo la sanidad se va a convertir en uno de los ejes vertebradores de la salud», añade.

La LGS formó parte de un programa más ambicioso de diseño de la sanidad de nuestro país que se apoyaba en cuatro grandes leyes: la de Consumidores, la de Sanidad, la del Medicamento y una de Alimentación.

# PRIMER PLANO

## LA LEY GENERAL DE SANIDAD CUMPLE CUATRO DÉCADAS



**Ernest Lluch celebrando la aprobación del proyecto de la Ley de Sanidad en 1986. EFE**

Las dos primeras se aprobaron durante el ministerio de Lluch; la del Medicamento se consolida en 1990; y la cuarta tiene una realización parcial en 2001, cuando se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, pero el proyecto no se completa hasta 2011, cuando se promulga la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Ana Pastor, ministra de Sanidad entre 2002 y 2004, en el último Ejecutivo de José María Aznar, subraya: «Hemos pasado de reconocer el derecho a la salud a tener que hacerlo efectivo cada día, y esa es hoy la verdadera medida de la calidad del sistema sanitario». Con Pastor al frente se desarrolla la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, que «refuerza los mecanismos de cooperación entre administraciones y garantiza una base común de prestaciones en todo el territorio», explica la ex ministra.

Ahora bien, todo esto no fue sencillo, ni inmediato. La LGS obligaba a integrar las redes de la beneficencia, los servicios provinciales de las diputaciones y la red asistencial de la Se-

guridad Social. «Fue una labor de ingeniería administrativa colosal, que a menudo se subestima», cuenta Rubén Moreno, otro de los protagonistas del desarrollo de la norma, ya en los gobiernos de Aznar. «No fue un proceso fulminante, sino una transición de casi dos décadas que tuvo su punto de inflexión en 1986, pero que no culminó realmente hasta el cierre de las transferencias sanitarias en 2002, proceso que gestioné».

Sin embargo, García Vargas subraya que el empujón inicial «supuso un gran esfuerzo, sí», pero «se consiguió en relativamente poco tiempo». El ex ministro recuerda que tuvo cuatro años para ello y «después eso no lo ha conseguido nadie». «Ha habido siete leyes de Educación y solo una de Sanidad». Entre 1986 y 1992 se pusieron en marcha el Instituto de Salud Carlos III y la Organización Nacional de Trasplantes, entre otras instituciones clave de nuestro sistema.

«La mejor ley de la democracia española». María Luisa Carcedo, ex ministra de Sanidad del primer Gobierno de Pedro Sánchez, no esconden

de el entusiasmo. «Esta ley hace efectivo el artículo 43 de la Constitución Española (derecho a la protección de la salud), vinculado de forma directa al 15 (derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral)», resume.

Sobre el punto de inflexión que la LGS supuso pocos dudan del impacto: introdujo la modernidad en el sistema sanitario español, porque hasta entonces estaba muy fragmentado en hospitales de diversos tipos y estaba financiado por cotizaciones de la Seguridad Social, con lo cual la gente que no trabajaba o no tenía prestaciones no accedía.

José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad entre 2005 y 2011 en los gobiernos de José Luis Rodríguez Zapatero, incide en el hecho de que «al coincidir en

el tiempo con nuestra entrada en la Unión Europea recibimos muchos fondos que nos permitieron poner en marcha infraestructuras». Uno de los grandes cambios fue la integración al sistema de la atención primaria y que se convirtiera en uno de los ejes del SNS y la salud comunitaria. «Cuarenta años después, el balance es agri-dulce», asume Rubén Moreno.

Aquí otro de los secretarios generales que pasó por el Ministerio, José Javier Castrodeza (a las órdenes del popular Alfonso Alonso en 2015), en ese ejercicio de desgranar el impacto de la LGS, apunta que «la propia ley habla de atención primaria integral, incluyendo promoción y prevención, no solo curación, y el plan oficial vigente sigue definiéndola como la puerta de entrada al SNS. Ahora bien, la ambición no se ha cumplido del todo». De hecho, el presupuesto que se destina a este ámbito aún está lejos de la inversión del 25% que piden los profesionales. «El propio Ministerio reconoce en su plan 2025-2027 que solo es el 14,14%», indica Castrodeza.

La LGS también es pionera porque contempló ya en 1986 la salud mental y la salud laboral, además de poner el foco en la educación sanitaria y la participación ciudadana. Estos puntos han tardado en pasar de la teoría a la práctica. «El propio Ministerio está impulsando ahora una Ley de Organizaciones de Pacientes y reconoce la necesidad de crear una Mesa para la Participación de los Pacientes y de incorporarlos al Comité Consultivo del SNS», destaca Castrodeza.

Otros desafíos de su desarrollo fueron cómo poner en marcha una cartera de servicios y prestaciones homogéneas en un momento en el que se estaban transfiriendo las competencias, entre ellas Sanidad, a las CCAA. Aquí todos ponen en valor al Consejo Interterritorial como punto neurálgico de discusión de las políticas nacionales sanitarias. «Las CCAA reciben las competencias, pero no pueden ser islas independientes», recuer-

CINCO MINISTROS DE SANIDAD DESDE 1986



**JULIÁN GARCÍA VARGAS**  
«Se han encadenado 7 leyes de Educación, pero solo una de Sanidad, que ha aguantado bien».



**ANA PASTOR**  
«Recuperar el consenso no es una opción, sino una necesidad que debe concretarse en un Pacto de Estado».



**DOLORS MONTSERRAT**  
«Cuando lleguemos al Gobierno haremos una ley que responda al paciente del siglo XXI».



**MARÍA LUISA CARCEDO**  
«Hay que reforzar el sistema hacia la cronicidad y el desarrollo de la salud comunitaria».



**MÓNICA GARCÍA**  
«Esta ley tiene los principios básicos que rigen nuestro sistema: la universalidad. Es una rara avis en el entorno».

da Carcedo. Por ello, Moreno reclama que el interterritorial «debe superar su actual inercia como escenario de confrontación partidista para erigirse en el verdadero órgano de gobernanza estratégica del SNS».

Hoy, la duda está en cómo llega la ley a nuestros días, dado que la sociedad para la que fue diseñada nada tiene que ver con la actual. Pastor pone sobre la mesa las cifras: según el INE, el 20,4% de la población residente en España tiene ya 65 o más años y esa proporción podría alcanzar el 30,5% en torno a 2055. Al mismo tiempo, el peso de la población entre 20 y 64 años bajaría del 60,9% actual al 53,7% en 2051. Y esto requiere una dotación presupuestaria. En 1986 la partida en salud de los presupuestos no iba más allá del 5%, hoy el gasto sanitario público en España alcanzó el 7,4% del PIB en 2024.

García Vargas reconoce que hay cuatro reformas clave que se deberían acometer. Primero, *desfuncionalizar* al personal. El ex ministro explica que «los médicos en mi época querían ser funcionarios a toda costa. Ahora parece que no». La segunda, *desburocratizar*: «Hacer que los hospitales funcionen de una manera más ágil, que no sean centros de gasto administrativo, sometidos a una intervención, sino que sean empresas públicas u otra fórmula ajustada a derecho». Tercero, *desmedicizar*, entendido este paso como dar nuevas funciones a otros sanitarios que no sean los médicos, como podría ser la enfermería, «a través de una formación específica». Por ejemplo, cita García Vargas, «en materia de la prevención y el seguimiento de personas mayores, porque esto tiene que ver con el envejecimiento de la población y la atención a la cronicidad que tenemos hoy día». Y la cuarta, la digitalización que permita la inclusión de la IA y de la verdadera medicina de precisión posible gracias a la genómica (entre otras), esto es, «un mayor aprovechamiento de los datos para medir eficiencia y para medir resultados».

Dolores Montserrat, la última ministra de Sanidad del PP, apuesta por una nueva norma. «Cuando lleguemos, de nuevo, al gobierno haremos una ley que se adapte a las necesidades del siglo XXI. Ya hemos vivido ocho años sin avances».

Sin embargo, las otras voces consultadas acuerdan que los mimbres ya están, solo hay que reforzarlos y adecuarlos a la realidad actual, «conservando el alma de la ley», incide Rubén Moreno. Ana Pastor apuesta por «recuperar el consenso. No es una opción, sino una necesidad que debe concretarse en un verdadero Pacto de Estado». Martínez Olmos no cree que esto sea posible en mitad de la tormenta política que se vive hoy; como Moreno, apunta e invita a los gestores a alejarse del ruido y la crispación, «para que los ciudadanos puedan seguir disponiendo de una sanidad del máximo nivel en calidad, eficiencia, solidaridad y equidad».

# PRIMER PLANO

LA LEY GENERAL DE SANIDAD CUMPLE CUATRO DÉCADAS

**PROTAGONISTAS.** Facultativos formados en los años clave del desarrollo de la Ley General de Sanidad analizan su impacto y evolución

## «LOS MÉDICOS HAN SUPLIDO LAS CARENCIAS DEL SISTEMA»

**PILAR PÉREZ MADRID**  
«Bra residente de primer año y fui testigo de la transformación del sistema a través de la ilusión con la que mis adjuntos vivieron ese momento». Concha Herrera, hematóloga, recuerda cómo fueron sus inicios y su carrera, que ha ido paralela a la Ley General de Sanidad, que esta semana cumple 40 años.

Esta norma consolidó el programa de formación especializada de los profesionales sanitarios. Más conocido como sistema MIR (Médico Interno Residente), aunque en la actualidad también pasen por él Enfermería, Farmacia y Psicología, entre otros, se inició en 1978 justo después del cambio democrático. Quizás la evolución de la Hematología, de la que Herrera ha sido partícipe, ha ido siempre un paso por delante de las necesidades de adaptación legislativas.

Esta hematóloga hoy combina la jefatura de servicio de Hematología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba con la responsabilidad de dirigir el grupo de Terapia Celular del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hace dos años ingresó como académica de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (Ramse), ocupando la plaza que llevaba 40 años vacante.

**«LO QUE NECESITA LA ATENCIÓN PRIMARIA YA SE SABE, ESTÁ ESCRITO. AHORA SOLO HAY QUE PONERLO EN MARCHA»**

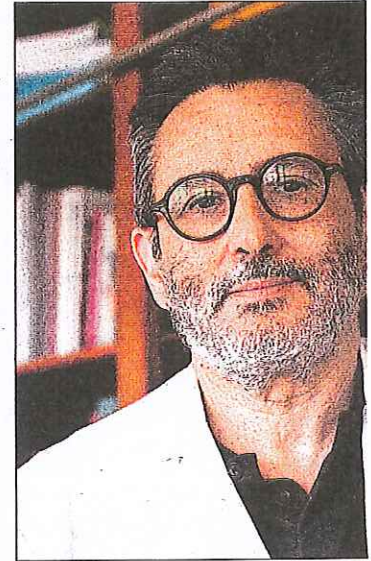
Sobre cómo ha visto ella el paso del tiempo por la ley y el sistema, Herrera apunta un par de ideas: «Hace falta un cambio de modelo de gestión de los hospitales. Pero también en Atención Primaria». Esta hematóloga insiste en que ésta «tiene que ser el pilar fundamental para acceder al resto de la asistencia».

Aquí recoge el guante Mario Soler. Este especialista en Medicina de Familia y Comunitaria fue uno de los primeros médicos en formarse para ello y deja claro que «la Ley General de Sanidad fue un hito indiscutible en la consolidación y creación del Sistema Nacional de Salud (SNS)». El médico madrileño asentado en Murcia recuerda que «en el caso de la Atención Primaria coincide en los años 80 con la gran reforma y el desarrollo de la atención primaria basada en equipos multiprofesionales trabajando en centros de salud».

Otra especialista en la materia es Verónica Casado. Toda su carrera ha estado vinculada a la Medicina Familiar, «con una etapa como gestora en la que puse en marcha hasta 17 centros». Casado, antes de sus años como consejera de Sanidad de Castilla y León (de julio de 2019 hasta diciembre de 2021), fue reconocida en 2018 por la World Organization of Family Doctors como la mejor médico de familia del mundo. Más allá de la distinción, es una ferviente defensora de la especialidad para la que pide más acción. «Todo lo que necesita la primaria ya se sabe, está escrito. Lo que hay que hacer es poner en marcha los planes».

Soler y Casado son miembros de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), desde la que se reivindica, junto a otras sociedades científicas, que las Administraciones protejan la formación sanitaria especializada y garanticen que las plazas de Medicina de Familia sean ocupadas por profesionales con la especialidad correspondiente. «Hay una tendencia peligrosa—advierte Casado—de contratar médicos sin el MIR. Esto no es garantista ni para el sistema ni para los pacientes».

La Medicina de Familia lleva la etiqueta de «hermana pobre». Casado la defiende, «cada año miles de estudiantes eligen la especialidad más numerosa, incluso desde los pri-



meros puestos», aunque reconoce que los lugares de difícil cobertura necesitan más incentivos, «más allá de los económicos, como la formación y la investigación».

Casado no pierde la oportunidad de subrayar la formación de los médicos, «demandados en Reino Unido y Suecia», para los que pide incentivos para retenerlos. Y también que se cumpla el 25% del presupuesto para financiar la atención primaria. «Necesitamos más apoyo político, que la inversión sea tangible y que haya una mejor planificación de los recursos humanos», incide. Ella ostentó unos años la presidencia de la comisión nacional de la especialidad. «En 2014 pedíamos 2.416 plazas y solo se ofertaron 1.600. Si no ajustamos las cifras, luego habrá déficit».

En el circuito hospitalario hay que cambiar el modelo de pacientes, sugiere Herrera. «Los pacientes y los procesos que necesitan son cada vez más complejos. Y no podemos comparti-

**Concha Herrera, Verónica Casado, Marta Ferrer y Julio Mayol. J. MARTÍNEZ. I. PORTO, N. GALLEGO Y E. IRIBAS**

mentar la atención y que tenga un seguimiento desde varios servicios que no se hablan», detalla. Por ello, pide más unidades multidisciplinarias que se aglutinen en torno al paciente.

Julio Mayol, catedrático de Cirugía en la Universidad Complutense, recuerda cómo lo vivieron desde dentro: «Una etapa de transición profunda». «Fue un cambio histórico, con gran apoyo, pero también resistencias, porque no fue solo una reforma normativa—incide—. Fue la expresión de una voluntad de construir un sistema sanitario más justo, más cohesionado y orientado al interés general».

Este cirujano también pone sobre la mesa una visión clave de la gestión hospitalaria fruto de sus

años como director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid: no hemos avanzado tanto en la medición y publicación de los resultados. «Mi trayectoria ha coincidido con una medicina cada vez más tecnificada, más basada en conocimiento y más exigente en términos de expectativas. He vivido la transformación de la cirugía desde una práctica centrada casi exclusivamente en el acto técnico, a una disciplina que debe integrar evidencia, trabajo en equipo, experiencia del paciente, gestión clínica e innovación. Ese cambio ha sido enorme».

Marta Ferrer, alergóloga y actualmente decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, apunta la importancia del sistema público que disfrutamos hoy. «Estuve unos años trabajando en EEUU en un hospital y me di cuenta de las ventajas de nuestra sanidad», apunta Ferrer. «Es un sistema que hace seguimiento del paciente desde primaria hasta

# PRIMER PLANO

## LA LEY GENERAL DE SANIDAD CUMPLE CUATRO DÉCADAS

el hospital gracias a la comunicación que hay entre ambos especialistas», destaca la alergóloga subrayando la existencia de ineficiencias: «Sí, hay procesos mejorables».

La investigación ha sido uno de los grandes motores de transformación del sistema sanitario en estas cuatro décadas. «La atracción de ensayos clínicos ha servido para cambiar la cultura de las organizaciones», explica el jefe de la Sección de Arritmias del Hospital público Puerta de Hierro y presidente de la Sociedad Española de Cardiología, Ignacio Fernández Lozano. A este cardiólogo la aprobación de la ley le pilló en mitad de la residencia y es testimonio de la revolución de una especialidad que ha ido introduciendo la tecnología en los hospitales «no tan rápido como los avances científicos y como nos gustaría a los médicos», señala.

Ahora bien, Fernández-Lozano destaca que «la costo-eficiencia para la industria es la que hace de polo de atracción: calidad de los profesionales y bajos costes». Pese a fortalezas claras, España arrastra problemas estructurales en financiación de la I+D, estabilidad de las carreras investigadoras, transferencia de conocimiento y escalado de la innovación. «El mérito de nuestros profesionales ha compensado muchas carencias del sistema. Eso no debería seguir dándose por hecho», dice tajante Mayol.

Todos coinciden en que «la sanidad es la joya de la corona», pero el paso del tiempo y la falta de acción y actualización del sistema, «lo convierte en menos eficiente». Mayol invita a una reflexión clara sobre «cómo conservar su valor, corregir sus defectos y prepararla para un contexto social, demográfico y tecnológico completa y radicalmente distinto».

¿Qué propuestas hacen? Hay que adaptarse a la sociedad actual: una población envejecida con enfermedades crónicas y una esperanza de vida larga. Y eso, sin perder de vista su esencia: «Un sistema de financiación pública, sin copagos y universales», apuntala Soler.

Mayol pone sobre la mesa una petición clara: «Debe ser una institución pública sometida a evaluación, revisión, rendición de cuentas y mejora permanente». El cirujano reconoce el valor de la sanidad, que cuenta con fragilidades importantes: desigualdades territoriales, fatiga profesional, dificultades de acceso, burocratización, infrafinanciación relativa en algunas áreas y una débil orientación a resultados en salud y valor para el paciente.

La incorporación de herramientas tecnológicas, la manida digitalización de la mano de la inteligencia artificial debe realizarse junto al resto de reformas sin perder de vista el «toque humano» intrínseco de la Medicina. Soler apunta la participación ciudadana: «Han de ser los protagonistas, lejos de concebir el SNS como un mero proveedor de servicios, entendiendo a los usuarios como clientes».

### FECHAS CLAVE

#### LOS GRANDES HITOS DE LA NORMA

Junto a la ley básica, hay otros desarrollos que complementan su contenido.

#### 1984

**SISTEMA MIR.** La Formación Especializada de los Sanitarios ya se venía haciendo desde la década de los 60-70. Antes de la ley se fija como única vía legal de especialización.

#### 1986

**APROBACIÓN LEY.** Es el marco de actuación de nuestro sistema sanitario financiado a través de los impuestos.

#### 1997

**CONCIERTOS.** Una ley desarrolla nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que permitió la gestión privada y la colaboración público-privada.

#### 2002

**LEY AUTONOMÍA DEL PACIENTE.** Regula los derechos y obligaciones de pacientes y sanitarios; destacando la decisión sobre la propia salud.

#### 2003

**LEY COHESIÓN.** Se integran todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud. Aquí se diseña el ente coordinador: el Consejo Interterritorial.

#### 2026

**REFORMAS.** Hoy están en proceso o trámite diferentes actualizaciones: la Ley del Medicamento, el nuevo Estatuto Marco, y la Ley de Gestión Pública e Integridad del SNS, entre otros anteproyectos.



Mónica García y Pedro Sánchez, a la entrada del acto 40 años de la Ley General de Sanidad. ALBERTO DI LOLLU

**MALESTAR.** El último barómetro sanitario del CIS recoge la peor nota de los españoles a la sanidad: 6,02

## UNA SANIDAD EN HORAS BAJAS, TEST DE ESTRÉS DE SÁNCHEZ

**P. PÉREZ/R. PIÑA MADRID**  
Pedro Sánchez considera la salud de nuestra sanidad pública «el termómetro de la salud democrática de un país». El último Barómetro Sanitario del CIS detecta el malestar de la población, ya que la satisfacción con el Sistema Nacional de Salud está en mínimos de la serie histórica: 6,02 sobre 10. Esta cifra viene a consolidar la tendencia que se inició tras la pandemia del Covid-19. El 20,2% de la población opina que el sistema funciona mal; este dato es relevante porque también es el mayor de la serie histórica. Un porcentaje que ha crecido 16 puntos desde 2019, cuando solo era el 4,1%. Además, otro 27,1% de los españoles apuesta por realizar cambios fundamentales.

Silasanidad sirve para testar nuestra sociedad actual, como dijo ayer tajantemente Sánchez en la clausura del acto institucional de conmemoración de los 40 años de vigencia de la Ley General de Sanidad, España tiene un problema de desconfianza en la «joya de la corona». Y eso que, desde la llegada de su Ejecutivo,

se ha incrementado el gasto en sanidad un 30% y se han transferido a las CCAA «300.000 millones de euros más de lo que hizo la Administración previa», incidió el presidente del Gobierno.

Quizás hace falta recuperar el pensamiento de Ernest Lluch, como recordó Sánchez alabando su figura como economista: «Una faceta que no está reñida con el Estado del bienestar». «La salud no es un gasto, es una inversión, un factor de cohesión y productividad». En ese punto, cabe recordar que una de las cuestiones en las que el CIS recoge el malestar de los españoles es la atención primaria. En la última década, este ámbito ha perdido un punto y se queda en 6,17. Aquí los españoles tardan de media 9,15 días en tener una cita con su médico de familia. Pese a los planes de inversión en el primer nivel asistencial con un desembolso de 172 millones, los presupuestos de las CCAA aún quedan lejos de llegar al 25% (hoy ronda la media del 14%) que piden los profesionales de primaria.

Una de las peores valoraciones que

hacen los españoles está en las consultas en los hospitales: 5,74 sobre 10. Esta cifra también muestra la mayor caída desde 2015, perdiendo un punto desde entonces. Aquí tienen mucho que ver las listas de espera: 4.072.139 personas aguardaban en diciembre cita con el especialista, una media de más de 102 días. Sobre esta cuestión, un 45,1% de la población cree que todo sigue igual y un 38,2%, que ha empeorado. Los tiempos medios por pruebas diagnósticas van desde los 60,49 días para realizarse un TAC, los 64,71 días en el caso de las ecografías y los 72,94 para una resonancia. A mayor distancia se encuentran las colonoscopias con 125,31 días de media.

Esto empuja a los españoles a la contratación de un seguro privado, ya que en las consultas hospitalarias el 41,1% se decanta por la opción privada. Desde 2018 hasta hoy, los seguros privados han crecido: de un 3,5 a un 10,3 los contratados a través de la empresa, y de un 13,7 a un 20,4 los individuales. Ceuta, Baleares, Cataluña y Madrid son las comunidades que más concentran estos últimos.

Sánchez también recordó que «hay que poner en valor la lealtad del Consejo Interterritorial», lanzando un claro mensaje hacia algunas CCAA, a las que ha señalado sin nombrar, como Madrid y Andalucía. Sobre ellas, sembró la duda de la gestión económica de las partidas asignadas desde la Administración central. El presidente manifestó que su inversión, mayor que la del Gobierno de Mariano Rajoy, debía ir destinada a «reforzar el Estado del bienestar». Pero cuestionó si es así lanzando la pregunta: «¿Dónde están esos recursos adicionales que hemos transferido? ¿Cómo es posible que, habiendo transferido esa cantidad, hoy la sanidad, su estado, el servicio, sea una de las principales preocupaciones de nuestros compatriotas?».

**TRIBUNA** | Si sabemos que los hombres mueren más por suicidio, que muchos han estado en contacto con el sistema y que hay factores específicos que aumentan su vulnerabilidad... ¿es aceptable no hacer nada diferente?

## El suicidio de los hombres: un debate incómodo y urgente

MIGUEL GUERRERO

**HABLAR DE SUICIDIO** es incómodo. Pero hablar de suicidio en hombres lo es aún más, porque no solo nos obliga a examinar nuestros sesgos, políticas y práctica clínica, sino también a abordar una forma de entender la vulnerabilidad que deja fuera a quienes más están muriendo.

La realidad es clara. En la mayoría de los países los hombres se suicidan entre dos y tres veces más que las mujeres. En España la diferencia es igual de contundente. Y, sin embargo, abordamos la prevención del problema desde marcos generalistas que no responden a esa desigualdad persistente.

Y aquí es donde aparece la primera incomodidad: ¿cómo es posible que el grupo que registra una mayor mortalidad no esté en el centro de las estrategias de acción pública? La respuesta no es técnica. Es cultural, política y ética.

Decir que «los hombres se suicidan más» se ha convertido en un automatismo, como si describiera un fenómeno natural. Pero no lo es. El problema es que hemos convertido el dato en explicación, y con ello se impone una suerte de *anestesia moral*: no nos preguntamos por qué ocurre, qué hacemos mal y qué debemos cambiar. La pregunta delicada es por qué diseñamos políticas que no incorporan esa diferencia. Desde luego, el motivo no es la falta de evidencia, sino de decisión.

Durante años hemos repetido una idea que, aunque contiene una parte de verdad, es simplista: «Los hombres no piden ayuda». Los datos muestran otra realidad: la mayoría de quienes se suicidaron tuvo un contacto reciente con el sistema sanitario, con los servicios sociales o con otros dispositivos públicos. Acudieron a ellos, pero no fueron identificados como personas en situación de alto riesgo.

El sufrimiento masculino, en muchos casos, no se presenta como esperamos. No llega en forma de tristeza verbalizada o de llanto, sino como irritabilidad, consumo de alcohol o de drogas, aislamiento, somatización o conductas de riesgo. Llega sin palabras, o con pocas. Y cuando reconocemos esos comportamientos como la expresión de un sufrimiento, no intervenimos donde deberíamos. No se trata de casos que estén fuera del sistema: están mal leídos dentro de él.

Esto nos obliga a revisar herramientas y modelos. Si seguimos preguntando lo mismo de la misma manera, obtendremos las mismas respuestas... y seguiremos dejando fuera a los hombres. Por eso es necesario ir más

allá de la práctica clínica y dirigir la mirada hacia la cultura. Los hombres no nacen con más riesgo suicida. Se socializan en un modelo que, en determinadas condiciones, lo aumenta. Aprenden que deben ser autosuficientes, fuertes, capaces de sostener y de no fallar. Aprenden que mostrarse vulnerables es un signo de debilidad. Que pedir ayuda implica fracasar. Que el valor personal está ligado al rendimiento, al control, al éxito.

Estos mandatos estructuran la identidad. Cuando fallan, cuando hay desempleo, ruptura, enfermedad, pérdida, cae la identidad completa. Ahí aparece algo muy relevante: la vergüenza, la humillación, la sensación de no valer, de ser una carga. Son estados que sabemos que están asociados al riesgo suicida, pero que rara vez exploramos.

Hay un fenómeno que está académicamente bien descrito: las mujeres presentan más ideación suicida y acometen más intentos; sin embargo, los hombres mueren más. Es la llamada «paradoja de género». Durante años esa paradoja se ha explicado de forma reduccionista: a los hombres se los ha asociado con métodos más letales, con una mayor impulsividad, con una menor búsqueda de ayuda. Esto encierra una parte de verdad, pero no alcanza el núcleo del problema. La paradoja no es solo estadística. Es interpretativa. En los hombres la crisis puede ser más breve e intensa y, por tanto, ofrecer un menor margen de intervención. También es cierto que ellos suelen recurrir a medios de alta letalidad.

Sin embargo, ello no explica por qué los hombres llegan a ese punto en esas condiciones. La explicación está en la interacción entre la cultura, la identidad, el contexto social y la respuesta del sistema.

La realidad es que no podemos entender el suicidio masculino sin atender a los determinantes sociales. El desempleo, la precariedad, las deudas, las rupturas, el aislamiento, la enfermedad física... tienen un peso significativo. No operan solo como estresores, sino también como amenazas identitarias. Quedarse sin trabajo no supone sólo perder ingresos, sino perder el rol de proveedor. Romper una relación no es únicamente una pérdida afectiva: implica, en muchos casos, una ruptura del único espacio en el que se sostenía la intimidad emocional. Cuando el valor personal está excesivamente ligado a esos ejes, su pérdida genera un colapso más profundo. Y aparece otro elemento clave: la falta de alternativas. Si sólo hay una forma válida de ser hombre, cualquier desviación se vive como un fracaso total. Cuando hablamos del suicidio, tener alternativas —emocionales, identitarias, relacionales— constituye un factor protector esencial.

Plantear todo esto genera resistencias. Algunas son comprensibles. Otras, preocupantes. Hay quien interpreta que poner el foco en los hombres supone restar importancia a otros colectivos. No es así. La prevención del suicidio no es una competición de sufrimiento, sino una cuestión de precisión. Atender a quienes mueren en una proporción estadística mayor no tiene que ver con ninguna ideología. Es una cuestión de responsabilidad.

Este planteamiento también incomoda porque obliga a sostener una idea compleja: que un grupo que posee privilegios en determinados ámbitos puede ser vulnerable en otros. Y que ambas cosas pueden coexistir. La salud pública no puede construirse desde simplificaciones morales. Al contrario, necesita basarse en la evidencia y en la ética.

La prevención del suicidio entre los hombres requiere diseñar estrategias que reconozcan su mayor vulnerabilidad en determinados contextos y etapas vitales, especialmente, en la mediana edad. Esto implica incorporar el análisis por sexo en los planes de prevención; desarrollar protocolos de detección en la atención primaria vinculados a factores de riesgo como el desempleo, las rupturas sentimentales o la enfermedad; y dirigir campañas públicas a los entornos masculinizados. Al mismo tiempo, es necesario avanzar en modelos teóricos que integren variables de género como la autosuficiencia normativa o la dificultad para expresar emociones, así como impulsar investigación sobre la «paradoja de género», explorando la baja verbalización del malestar propio, el uso de métodos más letales y el impacto que los factores

socioeconómicos pueden tener en la conducta suicida masculina.

**OTRAS ACTUACIONES** fundamentales son la formación de profesionales y la adaptación de los recursos sanitarios y sociales a esta realidad. Esto incluye capacitarlos para que detecten las señales indirectas de riesgo, entrenarlos en entrevistas clínicas adaptadas al perfil de los hombres que no suelen pedir ayuda y revisar posibles sesgos de género en las evaluaciones sobre su situación. Paralelamente, se deben crear dispositivos asistenciales más accesibles y ajustados a sus necesidades, como consultas rápidas tras crisis vitales, grupos terapéuticos específicos o intervenciones en espacios comunitarios y laborales. Junto a ello, la pedagogía sobre la crisis suicida también resulta clave, y puede hacerse promoviendo campañas que resignifiquen la búsqueda de ayuda y formando a familias, empresas y medios de comunicación para que puedan identificar señales de alerta sin estigmatizar a quienes las presentan.

La prevención pasa, finalmente, por intervenciones educativas y comunitarias que transformen el contexto social en el que se construye la masculinidad, fomentando desde la infancia la expresión emocional, la gestión de la frustración y unos modelos de identidad más flexibles. A esto puede añadirse el impulso de estrategias terapéuticas adaptadas, que integren fortalezas sin reforzar rigideces, trabajen la regulación emocional y el trauma, y mejoren la adhesión a este tipo de tratamientos. Todo ello sobre la base de una mejor identificación y continuidad asistencial.



RAÚL ARIAS

En definitiva, la pregunta de fondo es tan incómoda como inevitable: si sabemos que los hombres mueren más por suicidio, si sabemos que muchos han estado en contacto con el sistema, si sabemos que hay factores específicos que aumentan su vulnerabilidad... ¿es aceptable no hacer nada diferente? No habrá prevención eficaz mientras sigamos diseñando respuestas neutras para riesgos que no lo son. Incorporar a los hombres no es restar a nadie. Es, sencillamente, empezar a salvar vidas que hoy estamos perdiendo.

Y una última reflexión. Cuando uno habla de suicidio masculino con rigor, incomoda a dos extremos: a quienes niegan el problema y a quienes lo utilizan como un arma política. Ni la masculinidad es el enemigo ni el feminismo lo es: El enemigo es el simplismo ideológico. Hacen falta menos trincheras y más datos. Más cuidado y menos ruido.

Miguel Guerrero es psicólogo clínico, coordinador autonómico del Plan de Prevención del Suicidio en Andalucía y miembro del grupo ejecutivo del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio del Ministerio de Sanidad



Maura Lina Rojas Pirela, Miguel Marcos Martín y María Ángeles Porez Nieto. ENRIQUE CARRASCAL

&gt; SALAMANCA

## Cómo el alcohol altera la expresión de genes

El IBSAL revela que el consumo excesivo de alcohol altera la glucólisis, encargada de la producción de energía, algo que podría relacionar su ingesta con el estrés oxidativo y el daño orgánico. Por **María Bausela**

En los últimos años multitud de investigaciones han demostrado que el consumo abusivo de sustancias como el alcohol tiene repercusiones muy nocivas para el organismo. Sin embargo, a día de hoy se desconoce en profundidad hasta qué punto puede llegar a afectar su ingesta a las personas. Un nuevo estudio del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) revela más aspectos de la profundidad de estos efectos, que tienen la posibilidad de llegar a alterar la expresión de los genes, algo que podría relacionar su ingesta con el estrés oxidativo y el daño orgánico.

El estudio dirigido por Maura Lina Rojas Pirela y Miguel Marcos Martín analiza cómo el consumo de alcohol tanto en personas que han sufrido una intoxicación alcohólica, como en pacientes con consumo crónico y excesivo de alcohol, altera la expresión de varios genes relacionados con la glucólisis, una vía metabólica que se encarga de generar energía a partir de la glucosa.

Estas alteraciones afectan no solo a las formas más comunes de las enzimas, sino también a versiones menos comunes, «que son variantes menos conocidas, pero potencialmente relevantes para enferme-

dades metabólicas y el cáncer. Además, hemos llevado a cabo estudios in vitro con células cerebrales de ratones, llamadas astrocitos. Al exponerlas a etanol, se observó también una alteración de algunos de estos genes glucolíticos, muchos de los cuales también se han relacionado con el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas», explica Maura Rojas-Pirela, investigadora del IBSAL centrada en el estudio de los efectos del alcohol sobre el sistema inmunológico.

Esta iniciativa surge de la convergencia de varias líneas de investigación de la joven y el especialista en medicina interna del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Salamanca, catedrático de Medicina de la Universidad de Salamanca e investigador del IBSAL, Miguel Marcos.

Juntos han querido atajar el creciente interés que existe por entender el trastorno por consumo de alcohol desde una perspectiva molecular, así como probar los avances recientes que muestran que el metabolismo celular no es estático, sino altamente regulado y adaptable, a la vez que afrontan «una laguna importante». Esta es la problemática de que a pesar de que se conocen muchos efectos negativos del consumo del alcohol, «había un es-

caso conocimiento sobre cómo impacta en la expresión de algunos genes relacionados con vías metabólicas relevantes, como la glucólisis», añade Marcos.

«Los cambios en la expresión génica son uno de los primeros niveles en los que el organismo responde a estímulos externos, como el alcohol». Por ello remarcan que analizar estos cambios permite detectar alteraciones antes incluso de que se manifiesten síntomas clínicos evidentes.

«Además, estudiar genes relacionados con el metabolismo energético nos da una doble ventaja. Por un lado, entender mecanismos biológicos fundamentales y, por otro, identificar posibles biomarcadores que puedan ser útiles en el diagnóstico o seguimiento clínico», incide.

Así, buscan entender si el consumo de alcohol induce cambios en la expresión de genes relacionados con la glucólisis y determinar si estos pudieran utilizarse como posibles biomarcadores en personas con trastorno por consumo de alcohol, algo que podría tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Para llevar a cabo este trabajo, comenzaron por llevar a cabo una revisión bibliográfica y análisis bioinformáticos de cara a seleccionar genes importantes de la glucó-

lisis, especialmente los vinculados con enfermedades asociadas al consumo de alcohol.

Una vez obtuvieron esta información, efectuaron la evaluación de la expresión génica de 22 genes en muestras de sangre de personas con trastorno por consumo de alcohol e individuos con intoxicación alcohólica, comparándolos con muestras de control de personas que no han consumido alcohol. Finalmente, realizaron experimentos in vitro en astrocitos de ratón expuestos a etanol para observar cómo el alcohol altera estos genes glucolíticos y la función celular.

Gracias a este trabajo, han observado «una alteración clara en la expresión de varias enzimas glucolíticas, incluyendo diferencias entre isoformas canónicas y no canónicas».

«Lo más interesante es que estos cambios son similares pero no idénticos en casos de consumo agudo y consumo crónico, lo cual sugiere que el metabolismo celular responde de manera dinámica al alcohol. Estos resultados apuntan a que el consumo de alcohol deja una huella metabólica detectable en sangre», asegura Rojas Pirela.

Dichos hallazgos podrían suponer una ventaja en la atención sanitaria gracias a la detección tem-

prana del daño mediante la identificación de biomarcadores que permitan reconocer cambios metabólicos causados por el alcohol con la posibilidad, además, de que se dé una prevención personalizada, utilizando los marcadores para detectar a quienes tienen mayor predisposición a sufrir disfunciones metabólicas.

Pero además, sus resultados van a permitir que se reduzca el impacto sanitario de este tipo de cuadros médicos, ya que «podría contribuir a reducir la progresión de enfermedades relacionadas con el alcohol identificando nuevos tratamientos y a disminuir hospitalizaciones y costos asociados con complicaciones tardías, al permitir intervenciones más tempranas».

«Nos gustaría que este trabajo contribuya a cambiar la forma en que entendemos y abordamos el trastorno por consumo de alcohol. No se trata solo de una cuestión de conducta ni de que afecte solo al hígado, sino de un problema complejo con bases biológicas profundas, que también afecta al metabolismo de sustancias como la propia glucosa. Si conseguimos aportar herramientas que mejoren el diagnóstico, el seguimiento o el tratamiento, habremos dado un paso importante», concluyen.

&gt; SALAMANCA

## El «motor fundamental» de las células

Investigadores del CIC explican la variabilidad entre pacientes con trastornos relacionados con el gen MYH9 el cual puede causar problemas de coagulación y alteraciones auditivas. Por **María Bausela**

Dentro de las células, miosina II-A es un motor molecular que se encarga de tareas como la contracción muscular y la capacidad de las propias células de contraerse. Este mecanismo está codificado por el gen MYH9 que, cuando presenta mutaciones, puede causar enfermedades raras que conllevan plaquetas anómalas, problemas de coagulación y, en algunos casos, alteraciones renales y auditivas. Estas «no son frecuentes, pero sí muy invalidantes», explica Miguel Vicente-Manzanares, investigador principal en el Centro de Investigación del Cáncer (CIC) de Salamanca.

En este sentido, el científico que dirige el laboratorio de Física del Cáncer y Respuesta Inmunitaria del CIC y se centra en el estudio del movimiento, organización y procesos de las células, especialmente en relación con enfermedades como el cáncer o patologías raras de la sangre; apunta que dicho gen representa «un ejemplo muy claro de cómo un pequeño fallo en una sola proteína puede afectar a todo el organismo».

Partiendo de esta problemática ha lanzado un proyecto con el que estudian «qué pasa cuando se estropea este motor fundamental de la célula», algo que les ha llevado a dar con el mecanismo molecular que explica la variabilidad entre pacientes con trastornos relacionados con MYH9.

«Miosina II-A es parecido al motor de un coche, convierte combustible en fuerza y movimiento, pero dentro de la célula. Lo que hemos visto es que distintas averías, o mutaciones, en ese motor no solo afectan a cómo funciona, sino también a cómo se agrupa con otros motores y a si tiende a formar grumos dentro de la célula. Esos grumos pueden alterar el 'tráfico interno' y ayudar a explicar por qué algunos pacientes tienen síntomas mucho más graves que otros», añade.

Dicho estudio surge gracias a dos factores fundamentales. Por un lado, el hecho de que en el mundo de la investigación se conoce desde hace años que existen mutaciones en MYH9 que causan enfermedades raras de la sangre, pero no se entendía bien por qué unas mutaciones daban cuadros leves y otras muy severos.

Y, por otro, el trabajo previo de Vicente-Manzanares, quien lleva investigando con su equipo desde hace tiempo acerca de cómo estos motores de Miosina organizan el «andamio» interno de las células y controlan su forma y adhesión. Gracias a estos estudios anteriores, vieron que se podían usar herramientas para «responder una pregunta muy concreta de los clínicos: qué hace cada mutación, físicamente, dentro de la célula».

«Al centrarnos en MYH9, podemos conectar directamente una mutación concreta con lo que

ocurre en las células sanguíneas y, a partir de ahí, con los síntomas del paciente», remarca el investigador. Esto abre la puerta a un diagnóstico «más preciso» y, de cara al futuro, a desarrollar tratamientos ajustados a cada tipo de mutación.

Así se marcaron por objetivo «construir un mapa» que abarque la mutación concreta en el gen MYH9 que tiene cada paciente, así como el efecto de esa mutación en el motor, centrándose especialmente en cómo se agrupan en filamentos y si tienden a formar grumos.

Pero también quieren ver las consecuencias para las células, analizando si se llenan de «granos de arena», se desordena su interior, y cómo podría afectar eso a las células sanguíneas.

Para dar con este 'mapa', con el que quieren «entender por qué algunos pacientes tienen formas más graves de la enfermedad y ayudar a que se pueda predecir mejor la evolución en función de la mutación», cuentan con la colaboración de grupos de Estados Unidos y Canadá expertos en la estructura de proteínas y el análisis biofísico.

Junto con estos equipos de investigadores del científico del CIC, líder de este proyecto, y sus compañeros de laboratorio han trabajado en las tres grandes fases del estudio.

Comenzaron su andadura con



Miguel Vicente-Manzanares junto a su grupo de investigación.

ENRIQUE CARRASCAL

esta nueva investigación mediante el estudio en tubos de ensayo de las proteínas mutadas fuera de la célula, para ver cómo se com-

portan sus motores y cómo forman filamentos.

Posteriormente, dieron el salto a nivel interno de la célula, intro-

BLOG  
OPINIÓN

### Alice Guy-Blaché y el inicio del cine

CRISTINA PARBOLE MARTIN

Desaparecer de la historia del cine simplemente por ser mujer. Eso fue lo que le ocurrió a Alice Guy-Blaché. Pero para entender su historia, debemos remontarnos al origen de todo. El 22 de marzo de 1895, los hermanos Auguste Lumière y Louis Lumière proyectaron una breve escena cotidiana, 'La salida de los obreros de la fábrica Lumière'. Su invención, el cinematógrafo, hacía posible registrar, revelar y proyectar imágenes a través de una cinta de 35 mm, perforada y desplazada con precisión intermitente. Las imágenes se suce-

dían a una velocidad suficiente para enganar al ojo humano, creando la ilusión de continuidad. La luz, atravesando cada fotograma, hacía el resto proyectando sobre una superficie plana aquello que, hasta entonces, solo había existido en la experiencia directa.

Pero lo verdaderamente revolucionario no fue solo la técnica, sino el modo en que esta se compartía. Por primera vez, un grupo de personas podía reunirse en una sala y contemplar, simultáneamente, fragmentos de realidad convertidos en imagen.

Aquel primer gesto no pretendía contar historias, sino capturar la realidad. El cine, en su nacimiento, no era todavía un arte narrativo, sino un experimento científico.

La pregunta surge entonces de forma inevitable: ¿cuándo empezó el cine a imaginar? Fue Georges Méliès quien dio ese paso decisivo al convertir la imagen en espectáculo y fantasía, especialmente con su célebre Viaje a la Luna (1902). Sin embargo, antes de que el cohete alcanzara la luna, otra mirada ya había intuido el poder del cine.

En 1896, Alice Guy dirigió El hada de los repollos, una de las primeras películas de ficción conocidas. En ella no solo se narra una historia, sino que se exploraban los recursos visuales del nuevo medio, anticipando un lenguaje que aún estaba por nacer. Alice construyó una pequeña historia, organizó el espacio, dirigió a los actores y dotó a la imagen de intención. Allí donde antes solo había movimiento, empezó a surgir el relato, no se trataba únicamente

de filmar, sino de pensar el cine como un lenguaje. Alice comprendió, antes que muchos, que el cine no solo podía mostrar el mundo, sino reinventarlo. Su trayectoria fue extraordinaria.

Tras trasladarse a Estados Unidos, fundó su propia productora y llegó a dirigir más de mil películas de géneros diversos: comedia, drama, cine social. Sin embargo, su historia no tuvo un final acorde a su talento. Las dificultades personales y profesionales la llevaron a abandonar su carrera, y durante décadas su obra quedó diluida, en ocasiones atribuida a la estructura empresarial que la rodeaba, como la de Léon Gaumont.

Así, el cine, ese arte nacido para preservar la memoria, olvidó a una de sus pioneras. Durante mucho tiempo, su nombre quedó en silencio, pero hoy su figura comienza a ocupar el lugar que le corresponde.

Cristina Párbole es historiadora y mediadora cultural de la Fundación Santa María la Real

MIGUEL VICENTE-MANZANARES, DIRECTOR DEL LABORATORIO DE FÍSICA DEL CÁNCER Y DE LA RESPUESTA INMUNITARIA DEL CIC

## «Entender mejor el mecanismo íntimo de estas enfermedades raras ayuda a afinar el pronóstico»

«No todas las mutaciones en un 'motor' celular afectan solo a la fuerza que genera, a veces el problema central está en cómo se organizan muchos motores juntos y en si tienden a formar grumos que bloquean el sistema. Con este proyecto hemos visto que la misma mutación puede comportarse de manera distinta según el tipo de célula. Esto nos recuerda que el contexto es clave y que, para entender de verdad una enfermedad, necesitamos estudiar las mutaciones en modelos que se parezcan lo máximo posible a las células del paciente», apunta el investigador principal en el Centro de Investigación del Cáncer (CIC) de Salamanca, Miguel Vicente-Manzanares.

En este sentido, remarca que la principal ventaja de este estudio es que permite «entender mejor el

mecanismo íntimo de estas enfermedades raras. Esto puede ayudar a afinar el pronóstico, distinguiendo mutaciones que solo dañan la proteína mutada de las que también secuestran la copia sana. Además, puede ayudar a diseñar herramientas diagnósticas que clasifiquen las mutaciones según el tipo de grumos o alteraciones que producen en la célula».

A largo plazo, «conocer qué proteínas acompañan a estos agregados y cómo se forman puede inspirar caminos terapéuticos. Un buen ejemplo es lo que ocurre en algunas miocardiopatías producidas por mutaciones en MYH7, otro gen de una miosina del corazón. En ese contexto, fármacos como el mavacamten se han diseñado para modular el funcionamiento del motor y han cambiado el abordaje

de la hipertrofia cardíaca en determinados pacientes. Salvando las distancias, nuestro trabajo busca sentar las bases para que, en el futuro, se puedan diseñar estrategias igual de específicas para ciertas mutaciones de MYH9».

El director del laboratorio de física del cáncer y de la respuesta inmunitaria del CIC incide en que, como investigador, le gustaría que este trabajo «ayudara a acortar la distancia entre la investigación básica y la consulta del especialista».

«También espero que contribuya a visibilizar la importancia de mirar a las células no solo como una lista de genes, sino como máquinas físicas complejas, donde la forma en que las piezas se ensamblan y se agrupan puede marcar la diferencia entre la salud y la enfermedad».

Estas dos fases son las que han realizado llevado a cabo ahora y sus siguientes pasos pasarán por integrar mejor sus resultados, cruzando lo que han visto en las proteínas y en las células con los datos clínicos de personas portadoras de esas mutaciones, así como ampliar el número de mutaciones estudiadas.

Gracias a este trabajo han visto que «no todas las mutaciones de MYH9 se comportan igual», de tal manera que una de ellas, llamada N93K, que han podido observar en este estudio «apenas cambia la potencia del motor, pero hace que los filamentos sean mucho más estables y se enganchen más a una proteína 'ayudante'. En las células, esto lleva a la formación de grandes grumos que atrapan tanto la miosina mutada como la normal, dejando menos motor

funcional libre», incide Miguel Vicente-Manzanares.

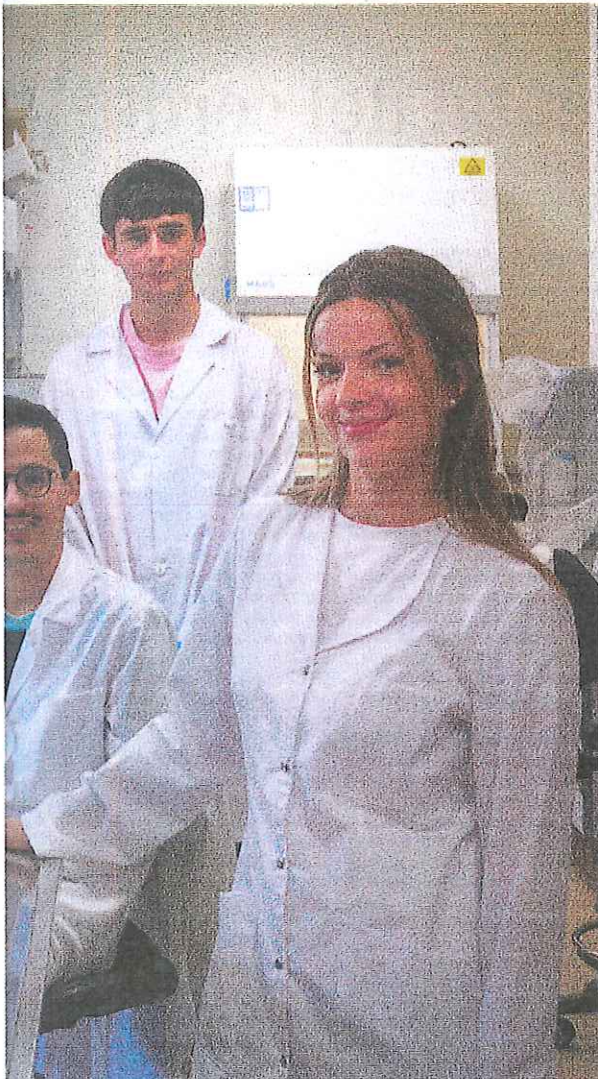
Adicionalmente, han visto que otra mutación del motor, R705H, produce defectos más leves, ya que «los filamentos son algo menos estables y se forman menos agregados», y una mutación situada en la cola de la proteína, E1841K, «estabiliza los filamentos y en algunos tipos celulares no forma agregados visibles, mientras que en otros genera pequeños grumos alargados que, en este caso, no atrapan a la miosina normal».

En conjunto, estos resultados apuntan a que algunas mutaciones parecen «envenenar» también la copia sana del motor, mientras que otras solo afectan a la proteína mutada. «Esa diferencia podría explicar por qué unos pacientes tienen cuadros mucho más graves

que otros».

De cara al futuro, quieren analizar más mutaciones descritas en MYH9, para ver si siguen patrones similares o si aparecen tipos nuevos de defectos. Para ello será fundamental que formen una colaboración con grupos clínicos que tratan a pacientes con estas enfermedades raras, de forma que puedan asociar con más precisión cada tipo de agregación celular con la gravedad de los síntomas.

«Entender cómo un pequeño cambio en una proteína desordena una célula es intelectualmente fascinante, pero lo realmente importante es que eso acabe traduciendo en diagnósticos más precisos y, con el tiempo, en mejores opciones para personas que hoy tienen muy pocas alternativas», reivindica el investigador del CIC.



duciendo estas versiones mutadas en distintos tipos de células, incluidas células sanguíneas. Algo para lo que están empleando mi-

croscopía avanzada de cara a ver cómo cambia su forma y si aparecen esos «granos de arena» o agregados.

### BLOG OPINIÓN

## Conocimientos en ciberseguridad

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ GARCÍA

En un mundo como en el que vivimos hoy en día, la formación en tecnología, y en particular en privacidad y ciberseguridad, debería ser algo en lo que todos los niveles educativos, en mayor o menor medida, deberían estar involucrados.

No estamos hablando de grandes conocimientos técnicos, sino de conocimientos básicos sobre el funcionamiento de las herramientas y dispositivos que utilizamos todos los días y de cómo utilizarlos de forma segura.

¿Cuántos de nosotros leemos con deten-

miento el acceso que solicitan las aplicaciones que nos instalamos en nuestros dispositivos móviles?

Muchas aplicaciones solicitan acceso a nuestros contactos, a nuestra posición, e incluso a nuestra cámara y micrófono!

¿Para qué necesitan la mayoría de estas aplicaciones estos permisos?

Las aplicaciones gratuitas, y muchas de las que no lo son, hacen dinero gracias a comercializar con nuestros datos, es decir, no son gratuitas, nos cuestan privacidad.

Otra de las acciones que muchos de no-

sotros realizamos sin pensar en las consecuencias que puede tener es conectarnos a redes WiFi abiertas. «Es solo para consultar el correo», «La conexión con el banco es segura», etc., son algunas de las excusas habituales.

Sin embargo, con unos conocimientos básicos en ciberseguridad, sabríamos que es bastante sencillo para los delincuentes crear una red WiFi, interceptar las conexiones de los dispositivos conectados a ella y redirigirlas a páginas muy parecidas a las de nuestro banco en las que introduciríamos con toda confianza nuestro usuario y contraseña.

Todo esto es posible incluso usando comunicaciones seguras (candado del navegador cerrado). En el caso del correo electrónico pasaría lo mismo, y aunque pueda parecer inicialmente menos grave, solo tenemos que pensar en la cantidad de servicios a los que accedemos hoy en día iden-



tificándonos en nuestro correo electrónico para darnos cuenta de lo contrario.

Un robo de credenciales de acceso al correo electrónico puede ser el primer paso de un robo de identidad, el cual puede acarrear problemas sociales, financieros e incluso legales en función del uso que hacen los delincuentes de nuestra identidad.

Esto no significa que no debamos instalar aplicaciones en el móvil o que no debamos conectarnos a redes WiFi abiertas, pero los conocimientos básicos en ciberseguridad nos ayudarán a aprovechar estos recursos de forma segura.

Cuanto mejor conozcamos los riesgos a los que nos enfrentamos más fácil será tener el tan nombrado «sentido común digital».

Miguel Ángel Gutiérrez García es Director del Máster en Ciberseguridad UCAV-Deloitte

&gt; LEÓN

# Mejores antibióticos contra las bacterias

Investigadores de la Universidad de León trabajan en un estudio con el que han demostrado cómo se puede mejorar la eficacia de los antibióticos clásicos al combinarlos con un compuesto natural. Por **María Bausela**

Los antibióticos clásicos son una de las bases fundamentales de la medicina actual debido a su capacidad para erradicar bacterias y luchar contra multitud de infecciones. Sin embargo, cuando se entra en el plano intracelular, surgen problemas para que estos sean igual de eficaces en las bacterias que están escondidas dentro de una célula. Es en este área donde «muchos tratamientos pierden fuerza», explica el profesor titular en el Área de Microbiología de la Universidad de León (ULE), Michal Letek.

Esta falta de actuación «fuera del tubo de ensayo» se da especialmente a la hora de actuar sobre la bacteria *Rhodococcus equi*, capaz de sobrevivir dentro de los macrófagos, las células encargadas de eliminar infecciones, dificultando su tratamiento.

Partiendo de esta situación, desde la ULE han lanzado una investigación con la cual han demostrado cómo se puede mejorar la eficacia de los antibióticos clásicos al combinarlos con un compuesto natural.

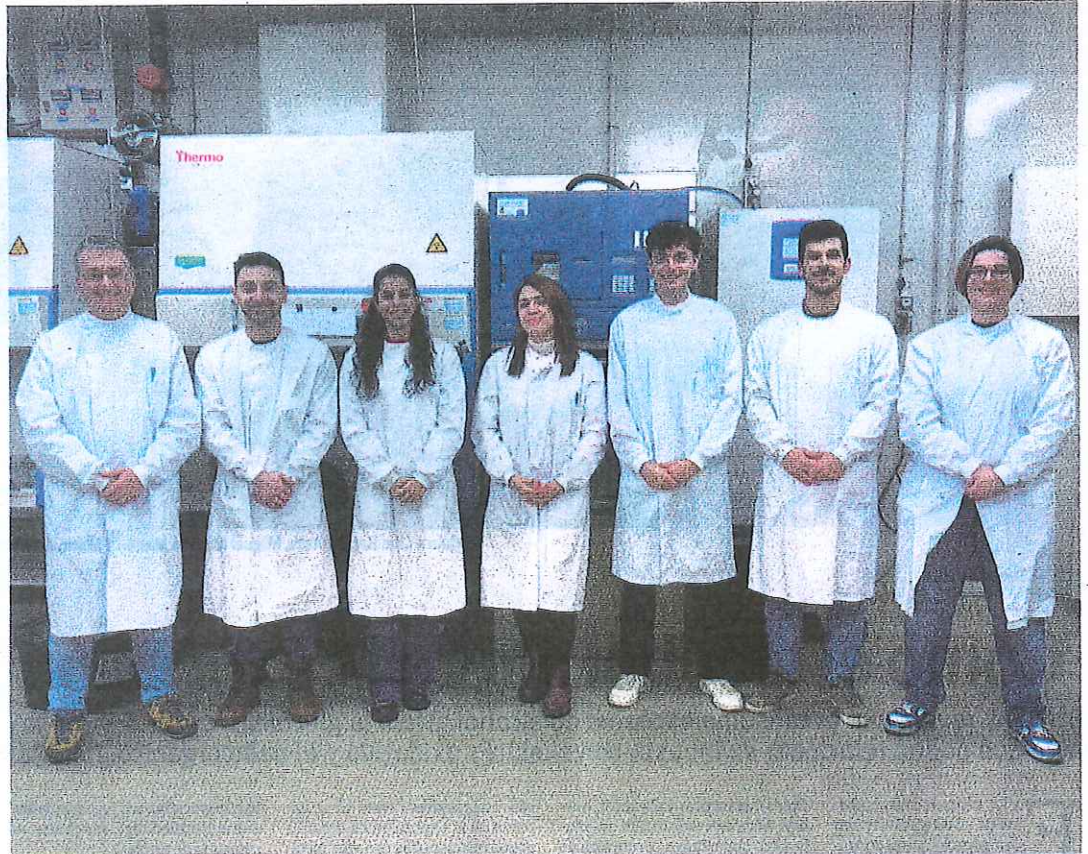
«Las bacterias intracelulares son mucho más difíciles de tratar y, además, la resistencia a antibióticos sigue aumentando. Nosotros llevamos años estudiando cómo el equilibrio redox, la gestión del estrés oxidativo dentro de la bacteria, influye en su supervivencia. A partir de ahí planteamos una hipótesis: si encontrábamos compuestos capaces de desestabilizar esa homeostasis redox, quizá podríamos hacer que ciertos antibióticos funcionaran mejor», añade.

Para comprobar esta teoría decidieron realizar un cribado de 3.251 compuestos naturales de cara a ver si, en lugar de buscar únicamente moléculas nuevas desde cero, «podíamos recuperar o potenciar la actividad de antibióticos existentes mediante combinaciones racionales».

Un proceso mediante el cual quieren mejorar la eficacia de antibióticos ya conocidos frente a bacterias intracelulares.

En concreto, se centraron en *Rhodococcus equi*, un patógeno que puede causar infecciones graves. «Su localización dentro de los macrófagos, es decir, a nivel intracelular, hace que muchos tratamientos funcionen peor». Por ello han estudiado multitud de compuestos naturales de cara a ver si serían capaces de potenciar la acción de antibióticos frente a esa bacteria.

«Queríamos identificar combinaciones terapéuticas que no solo sean más eficaces frente a bacterias intracelulares, sino que ade-



El grupo de investigadores Michal Letek, Pablo Castañera, Helena Ferrero, Farzaneh Javadarand, Sergio Fernández, Jesús Llano y Blanca Lorente.

más actúen por mecanismos múltiples», apunta el investigador.

Esto les ha llevado a ver que, frente a otros compuestos, la eritromicina era la que mostraba un mejor perfil de potenciación al combinarse con compuestos redox-activos.

Una vez realizaron ese cribado masivo de compuestos naturales para detectar candidatos con posible actividad antimicrobiana, especialmente aquellos con un perfil compatible con inducción de estrés oxidativo, procedieron a analizar combinaciones entre compuestos y antibióticos mediante ensayos de sinergia.

Este proceso se vio seguido por la validación de las combinaciones más prometedoras en un modelo de infección intracelular en macrófagos.

Finalmente, han estudiado parte del mecanismo de acción usando un biosensor redox y ensayos de cinética de muerte bacteriana.

«Ahora mismo estamos en una fase preclínica temprana, ya hemos identificado una combinación prometedora y hemos demostrado

actividad en modelos celulares, pero todavía queda mucho recorrido antes de pensar en aplicación clínica o veterinaria».

Así, sus siguientes pasos son validar estos resultados en modelos más complejos y «comprobar si la combinación mantiene eficacia y seguridad en condiciones más cercanas a la infección real». También quieren profundizar en el mecanismo de acción, optimizar las dosis y estudiar mejor la posible traslación terapéutica.

«Dicho de forma simple, hemos encontrado una señal muy interesante, pero ahora hay que demostrar que no es solo un efecto de laboratorio, sino algo robusto y útil en modelos preclínicos más exigentes», incide.

Con el trabajo que han realizado hasta ahora, su principal hallazgo ha sido que la combinación de eritromicina con cinchonidina redujo de forma significativa la carga bacteriana intracelular y lo hacía asociándose a una alteración del equilibrio redox de la bacteria.

Además, en macrófagos infectados, esta combinación redujo la

carga bacteriana intracelular más que la eritromicina sola a baja concentración. Por otro lado, los ensayos mecanísticos mostraron que ambos elementos juntos inducían un aumento del estrés oxidativo bacteriano, detectable rápidamente, lo cual apunta a que esa alteración redox forma parte del efecto observado.

«La idea de fondo es abrir la puerta a terapias combinadas que ayuden a superar algunas limitaciones de la antibioterapia convencional», remarca.

Estos hallazgos permiten que, en lugar de depender solo del desarrollo de antibióticos completamente nuevos, un proceso que es lento y costoso, se puedan potenciar antibióticos existentes mediante combinaciones dirigidas.

«Eso puede ser especialmente útil frente a bacterias intracelulares, donde el problema no es únicamente la sensibilidad bacteriana, sino el acceso eficaz al nicho donde la bacteria sobrevive. Además, una estrategia multidiana puede dificultar la aparición de resistencias. Eso sí, conviene ser prudentes: es-

to no significa que ya tengamos un tratamiento listo, sino una combinación prometedora que merece seguir desarrollándose».

Así, con este trabajo no se limitan a encontrar una combinación que «funciona», sino que intentan explicar por qué funciona. «Eso es importante, porque sin entender el mecanismo es difícil avanzar de forma sólida. En nuestro caso, todo apunta a que la alteración de la homeostasis redox de la bacteria juega un papel relevante en la potenciación de la eritromicina. Ese enfoque mecanístico puede ser útil no solo para *Rhodococcus equi*, sino también como marco general para buscar nuevas terapias combinadas frente a otros patógenos intracelulares».

Mediante el proyecto Letek quiere contribuir a cambiar la forma en que se abordan las infecciones difíciles, demostrando que «combinar conocimiento básico de microbiología con estrategias terapéuticas basadas en reposicionamiento de fármacos puede generar soluciones reales frente a patógenos problemáticos».

## PAPEL | CIENCIA

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Lunes 20 de abril 2026



Foto de familia de los participantes en el homenaje a Vera. MONTESEGUROFOTO

## El cáncer infantil se queda 'en la red' gracias al Santo Domingo y el Río Duero

**SORIA** El C.V. Sporting Santo Domingo y C.V. Río Duero unieron fuerzas para animar, apoyar y centrar el foco en el cáncer infantil y más en concreto para apoyar a Vera, jugadora cadete del C.V. Sporting que en estos días lucha contra la enfermedad. La

iniciativa que cuenta con la colaboración de la Fundación Ronald McDonald, McDonald Soria y la Asociación Soriana Contra el Cáncer desarrolló varios actos durante el fin de semana en el entorno del pabellón de Los Pajaritos en el que pudieron participar y colaborar todos los afi-

cionados que lo deseen bajo el lema Juntos como equipo contra el cáncer infantil. En el acto central las cadetes de ambos equipos se midieron este domingo en Los Pajaritos a las 12.30 horas y en los momentos previos al encuentro se realizó un homenaje a Vera

5

SORIA

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Miércoles 22 de abril 2026

## Satse preside la Junta de Personal de Sacyl tras lograr seis delegados en las pasadas elecciones

Tanto el Sindicato de Enfermería como CCOO y CsiF ganaron un representante

**SORIA** El Sindicato de Enfermería, Satse, en Soria preside desde ayer la Junta de Personal de Sacyl en la provincia. Continuará así cuatro años más al frente de este órgano y subraya su compromiso para seguir escuchando y atendiendo a todos los trabajadores, indicó en un comunicado.

El pasado 9 de abril se llevaron a cabo las elecciones sindicales y Satse logró en esta provincia seis delegados en la Junta de Personal, uno más que en las anteriores, siendo la primera fuerza sindical en sanidad, gracias a los más de 300 votos obtenidos.

El siguiente en representación es Tiscyl/Cesm con cinco delegados, y a continuación CCOO que

ganó un representante más con respecto a las anteriores elecciones y se sitúa en cinco miembros. También mejoró resultados respecto a comicios previos el sindicato CsiF, que pasó de tres a cuatro, con 223 de los votos emitidos. Por su parte, UGT obtuvo tres, el mismo número, mientras que CGT desaparece de la Junta de Personal con ningún miembro —en las anteriores tenía tres—.

La secretaria provincial de Satse Soria, Silvia Aceña, aseguró que "la dirección de la Junta de Personal seguirá siendo diligente y eficaz". El sindicato en Soria se compromete a analizar todas las demandas del personal que lleguen a la Junta de Personal, examinar las situaciones de los profesionales y a

exigir a Sacyl las mejoras pertinentes.

La Junta de Personal de Sacyl es un órgano colegiado de representación del personal estatutario y funcionario que desarrolla su actividad profesional en los centros dependientes de Sacyl en la provincia, tanto en Complejo Asistencial de Soria, como en emergencias y en los diferentes centros de salud de Atención Primaria.

Su función, recuerda Satse, es defender los intereses laborales de los profesionales, vigilar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, así como participar en la mejora de estas, además de negociar con las gerencias de Atención Primaria y Especializada todas estas cuestiones.

El Sindicato reitera en el comunicado su agradecimiento a todos los profesionales que le dieron su voto el pasado 9 de abril, superando los 300 votos, y que ha permitido a Satse incrementar su representación al contar con seis delegados, y presidir la Junta de Personal.

### MÁS PLANTILLA

Asimismo, insiste en que su objetivo prioritario es lograr un incremento de plantillas para cubrir las necesidades reales de la provincia, así como alcanzar una retribución adecuada y una mejor planificación de los turnos de trabajo para que la conciliación de la vida laboral con la personal sea una realidad.

José Antonio Seoane y Silvana Maas, investigadores. VHIO

VALL D'HEBRON  
INSTITUT D'ONCOLOGIA  
VHIO



## LA RELACIÓN DE TABACO Y DIETA CON EL CÁNCER COLORRECTAL

**Salud.** Un estudio del Instituto de Oncología del Vall d'Hebron vincula la alimentación y ciertos pesticidas con el desarrollo de tumores en menores de 50 años

Por C. G. Lucio (Madrid)

**E**l cáncer colorrectal es, a día de hoy, el tumor más frecuente en España, con 44.573 casos detectados en 2025 según cifras de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Este tipo de cáncer se da fundamentalmente en personas mayores, donde se concentran más del 90% de los diagnósticos. Sin embargo, un estudio del Vall d'Hebron Institut de Oncologia (VHIO) ha evidenciado una relación entre los cambios epigenéticos provocados por dieta, tabaco y exposición a un tipo de pesticidas con el desarrollo del cáncer colorrectal en personas menores de 50 años.

Por primera vez, este equipo liderado por José Antonio Seoane, jefe del Grupo de Biología Computacional del VHIO ha identificado la huella que deja el conjunto de exposiciones ambientales y de estilo de vida, el denominado exposoma, y cómo se relaciona esta huella con el cáncer colorrectal. «Hemos desarrollado una metodología que permite 'leer' el historial de exposiciones ambientales y las marcas epigenéticas que esas exposiciones dejan», explica Seoane.

Los resultados mostraron diferencias significativas en las firmas epigenéticas asociadas a tabaco, dieta y exposición al pesticida picloram. Este herbicida comenzó a emplearse en la década de los 60, añade el investigador. Según explica, su uso está muy restringido en Europa, pero sí tiene un empleo más extendido en otras zonas, como EEUU o Latinoamérica.

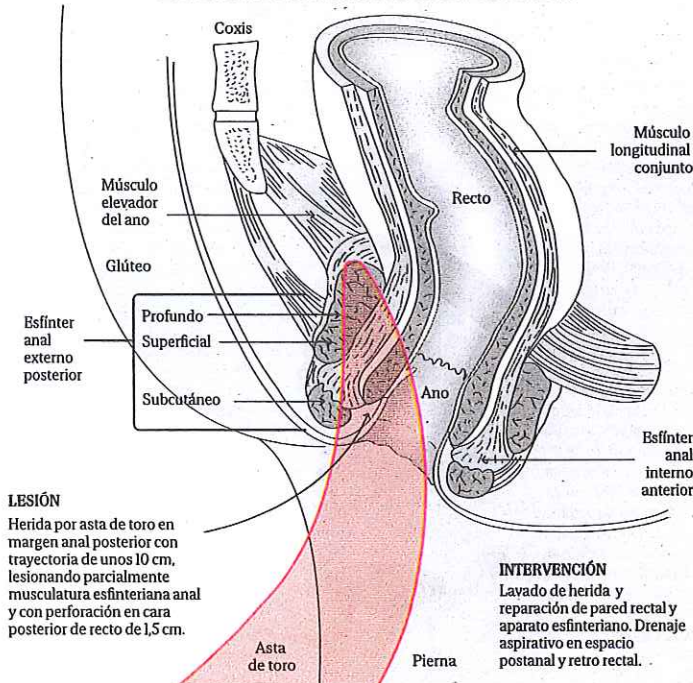
«Quisimos profundizar en esta correlación y analizar bases de datos poblacionales de personas con cáncer y uso de pesticidas por condados en Estados Unidos y observamos que la incidencia del cáncer colorrectal de inicio temprano se asociaba de forma significativa con el uso de picloram», señala Seoane, quien, no obstante, subraya que la investigación es de carácter observacional, por lo que no permite establecer una relación causal entre ambos factores.

Incide también en este punto Robin Mesnage, investigador visitante del King's College de Londres, «se trata de un estudio fascinante y bien realizado que plantea una hipótesis plausible. No obstante, se necesita más trabajo antes de establecer afirmaciones causales».

# PRIMER PLANO

## LA RECUPERACIÓN DE UN TORERO DE LEYENDA

### LA LESIÓN DE MORANTE POR LA CORNADA



#### LESIÓN

Herida por asta de toro en margen anal posterior con trayectoria de unos 10 cm, lesionando parcialmente musculatura esfinteriana anal y con perforación en cara posterior de recto de 1,5 cm.

#### INTERVENCIÓN

Lavado de herida y reparación de pared rectal y aparato esfinteriano. Drenaje aspirativo en espacio postanal y retro rectal.

FUENTE: Parte médico de la enfermería de la plaza de toros de la Real Maestranza

J. AGUIRRE/EL MUNDO

**SALUD.** Esta cornada requería una intervención compleja a manos de un cirujano experto en perianal, especialidad precisamente del jefe médico de la plaza sevillana

## CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD EN PLENA MAESTRANZA

R. R. GARCÍA-ABADILLO  
MADRID

La cornada que recibió Morante de la Puebla, en el «margen anal posterior con trayectoria de unos 10 cm, lesionando parcialmente musculatura esfinteriana anal y con perforación en cara posterior de recto de 1,5 cm», según el parte médico, fue un caso excepcional de los pocos que no se atienden normalmente en las enfermerías de las plazas de toros, sino en hospitales. Pero Morante tuvo suerte porque el jefe médico de La Maestranza, el doctor Octavio Mulet, es un destacado cirujano general y coloproctólogo (experto en cirugía perianal o perineal).

En Francia, cuando los toreros sufren una cornada son estabilizados en la enfermería y derivados a un hospital. En el caso de España, las enfermerías de las plazas grandes cuentan con quirófanos equipados, algunos incluso con sala de reanimación, y las más pequeñas tienen quirófanos móviles que están dotados para hacer cirugías urgentes resolutivas. «En quirófanos móviles en la Comunidad de Madrid hemos operado incluso algún herido casi a vida o muerte. En mis 45 años de experiencia en cirugía taurina, prácticamente todo lo he hecho en plazas pequeñas y el 90% de todas las cornadas se pueden con-

cluir en la misma enfermería de la plaza», afirma Enrique Crespo, secretario general de la Sociedad Española de Cirugía Taurina (SECT), que es cirujano, además, de varias plazas en la Comunidad de Madrid, como Colmenar Viejo y Aranjuez, y de Zamora y Huesca.

Crespo señala que esta cornada «o la del maestro Juanjo Padilla en Zaragoza» [en la que perdió el ojo] tienen que resolverse o finalizarse en hospitales. «Una herida vascular, en la que hay lesiones en la arteria y la vena femoral que exige luego un *bypass*, sin tener un *angiografía* y una serie de aparatos que no están en las enfermerías de las plazas, no se debe hacer. En ese caso, *cerremos el grifo*, como solemos decir, y lo dejamos en las condiciones adecuadas para que llegue a un centro con cirujanos especializados», explica Máximo García Padrós, cirujano jefe de la Plaza de Toros de Las Ventas de Madrid.

«Si yo hubiera estado de jefe del servicio médico, lo hubiéramos explorado y visto la herida, se le hubiera sedado y dado analgesia para el dolor, hubiéramos lavado la herida y comprobado si no tiene afectado ni el esfínter ni el recto para concluir la cirugía. Pero si al abrir la herida comprobabas que tiene dañado el esfínter —que exige una reparación muy metódica— o tiene una perforación de recto, lo derivas a un hospital una vez estabilizado, sedado y habiendo controlado las lesiones que pudieran poner en peligro su vida, que la de ayer no lo fue», explica Crespo.

La cornada fue dura y es una zona muy dolorosa. «La cara de dolor que tenía ayer el maestro refleja el dolor que tuvo que sentir», apunta Crespo. Sin embargo, la suerte se cruzó en el camino de Morante porque el jefe del equipo médico de la plaza de la Maestranza es experto en la cirugía que el diestro requería. «De hecho, en el curso de cirugía taurina que damos todos los años en Las Ventas, la clase de lecciones perianales la da Mulet. Es un experto que, además de que contó con todos los medios precisos que tiene La Maestranza, tiene el conocimiento para esa intervención. En ese sitio tan complejo debe intervenir no ya un cirujano general, sino un especialista en cirugía anorrectal», recalca Crespo.

El secretario general de la SECT subraya: «Como bien dice el doctor Mulet, no era una cirugía de urgencia, era una cirugía muy compleja la que tuvo que realizar, que en la mayoría de las enfermerías de las plazas de toros no se puede completar». Morante pasó la noche en la UCI del Hospital Vimed de Sevilla, donde fue ingresado tras la intervención. Ya en planta, ahora habrá que estar muy atentos los primeros días «porque es una zona muy delicada donde la probabilidad de infectarse es alta», añade Crespo, que indica que lo más seguro es que el diestro tenga dieta líquida «para dejar descargada esa zona».

La plaza de toros de Sevilla, como todas las plazas, debe cumplir por reglamento con un servicio médico que consta de tres partes: «El personal médico, que para los festejos mayores consta de dos cirujanos, un anestésico, un cuarto médico ayudante y un enfermero; un vehículo de transporte sanitario, lo que se conoce como una UVI móvil; y un local de enfermería. Si la plaza es de obra, se monta una enfermería fija y acondicionada, pero en las plazas portátiles, donde no hay, utilizamos los quirófanos móviles que están preparados actualmente y dotados para hacer un tipo de cirugía urgente, incluso resolutiva».

La modernización actual de las plazas de toros hunde sus raíces en la labor de Máximo García de la Torre, padre de García Padrós y fundador de la SECT en 1976. También de Ramón Vila (antecesor de Mulet como cirujano jefe de la Maestranza). Vila analizó las enfermerías y vio que solo 20 cumplían los requisitos. Pero el punto de inflexión fue la muerte de Paquirri en 1984. La falta de medios en Pozoblanco convirtió el informe previo de Vila en una hoja de ruta a seguir, que culminó en el Reglamento de 1992, que por primera vez exigía por ley a contar con tecnología hospitalaria en todas las plazas.

## SIN MORANTE, EL VACÍO

JUANMA LAMET

A mí con Morante me pasa lo que a El Guerra consigo mismo: que después de él, nadie, y después, el resto. Por eso confesaré que lo primero que me vino a la cabeza tras la cogida fue un pensamiento egoísta. Vista desde el tendido, la cornada parecía grave, porque lo levantó en volandas y porque su cara era un desgarramiento como de quinta angustia. Pero no tanto. Por eso cuando *Glandestino*, aún con la sangre fresca en el pitón, se puso a regalar embestidas a la muleta de Borja Jiménez pocos minutos después, yo sólo podía pensar en el llo que le habría formado Morante. Me invadió una melancolía anticipada. En caliente, lo que más me chafaba no era lo que había visto, sino todo lo que iba a dejar de ver.

Con Morante caído en combate, la temporada taurina queda como suspendida en el aire, como sin guion ni argumento. Sin agarraderas ni mayores expectativas en el horizonte inmediato. Que me perdonen los demás, pero hasta que vuelva Morante, nos queda el vacío. Que volverá. Y cuando vuelva será un acontecimiento mayor aún. Un jalón superior de su leyenda, pagado ya el tributo tantas veces esquivado por milímetros, por azares o simplemente por ser Morante. Mientras tanto, en el alero se acumulan el Corpus de Sevilla, Jerez, Aranjuez, Valladolid, Nimes, El Puerto, Marbella... y más tardes aún que iba a anunciar tras su paso por Sevilla.

Sin Morante, se nos abre un paréntesis de incertidumbre, pero, como ya hemos comprobado de octubre a abril, la espera engrandece su leyenda. Y nos recuerda que el dios frágil de las marismas también es mortal.

Morante estaba, en todo caso, más que preparado para la cornada. No ha existido y dudo que exista en el futuro un torero de arte con un valor más desbordante, que se los pase más cerca y que toree más puro y profundo allí donde de verdad silban las balas. Morante pisa tierra quemada. Para que me entienda todo el mundo: donde los demás ponen la muleta, él pone el pecho.

Si algo nos enseñan los toreros es la filosofía estoica de intimar con la muerte a carta cabal. Un pitón es una guadafia, pero esta vez no será. Nos queda Morante para rato y nos queda una pausa (esperemos que corta) para echarlo de nuevo de menos. Para valorarlo en su justa medida: la del torero más completo que han dado los siglos.

Ahora que escribo esto desde La Maestranza, 24 horas después de quedarnos congelados, llevo puesta la corbata que he heredado de Raúl del Pozo. El maestro decía que los toreros son los últimos héroes que se ganan la vida con la espada. Y que ver a Morante era como ver abierto el Cossío entero. Raúl quería hacerle un homenaje en el Varela. Sea.

# Desierto el contrato de obra del hangar para el helicóptero sanitario en Garray

La única empresa que optó a la licitación no presentó finalmente la documentación necesaria y se da por retirada la oferta / El pliego contemplaba 77.200 euros

MILAGROS HERVADA SORIA

El contrato de las obras para formar la base de operaciones del helicóptero medicalizado en el aeródromo de Garray ha quedado desierto. La única empresa que había presentado oferta no formalizó el trámite necesario de facilitar la documentación en el proceso, por lo que se da por retirada y por lo tanto, la adjudicación final no ha sido posible.

La licitación fue lanzada por la Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Junta de Castilla y León, y el objeto del contrato se fijó en el abastecimiento de agua, saneamiento y electricidad para posicionamiento de módulos y hangar en el aeródromo, destinados a formar una base de operaciones, disponible para el helicóptero que la Consejería de Sanidad ha puesto en marcha en Soria.

Según explica la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, va a ubicar en el helipuerto de Garray una base sanitaria y para proceder a la instalación de la misma debe realizar las obras para suministrar abastecimiento de agua y saneamiento a las instalaciones y también electricidad tanto monofásica como trifásica para el tanque de combustible.

Todo ello salió por un presupuesto base de licitación de 77.200 euros y un plazo estipulado de un mes.

El anuncio de licitación se publicó el 23 de enero de este año en la Plataforma de Contratación del Sec-



El helicóptero medicalizado se presentó por el consejero de Sanidad en Garray. MARIO TEJEDOR

tor Público, y las ofertas podían presentarse hasta el 6 de febrero. El órgano de asistencia técnica comprobó que había una única proposición, en concreto Construcciones y Reformas Rusti.

Examinada la documentación, se admitió, y el 16 de marzo fue propuesta como adjudicataria y se le requirió la documentación que rige por la Ley de Contratos del Sec-

tor Público. Transcurrido el plazo, la empresa no la entregó con lo que se entiende que ha retirado su oferta. Ahora la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León declara desierto el expediente de contratación, mediante procedimiento abierto simplificado abreviado, del contrato.

El nuevo helicóptero medicalizado de la Junta de Castilla y León

para Soria entró en servicio el pasado mes de enero de 2026, ubicado en la base del aeródromo de Garray, con el objetivo de mejorar la atención de emergencias en la provincia, aunque inicialmente opera con limitaciones horarias diurnas. Se trata de una de las tres nuevas aeronaves en la Comunidad incorporadas este año, junto a la de El Bierzo y Ávila.

## USO exige que convoque las vacantes de policías y bomberos

SORIA

El sindicato USO exige al Ayuntamiento de Soria la convocatoria «inmediata» de todas las vacantes que afectan a la seguridad ciudadana, tanto de la Policía Local como del Servicio de Bomberos, señala en un comunicado, recalcando que «si San Juan llega sin los refuerzos y medios prometidos, el principal responsable será este equipo de gobierno, con su primer edil a la cabeza».

USO reclama igualmente la actualización del reglamento de Policía, previa negociación con la representación de los agentes, la licitación de la uniformidad pendiente y el cese del abuso digital, sin derecho a la desconexión en el Ayuntamiento de Soria. Sostiene el sindicato que vuelve a recurrir al Procurador del Común ante la «parálisis» del equipo de gobierno, que pone en riesgo, afirma, «la seguridad de las fiestas con una plantilla mermada y sin noticias de las nueve plazas prometidas».

Afirma que la situación de la Policía Local es una muestra de «gestión negligente que amenaza con estallar» ante la inminencia de las fiestas de San Juan, mientras la carga de trabajo aumenta, las soluciones del Ayuntamiento no llegan, asegura USO. Abunda en este sentido afirmando que «es una irresponsabilidad política que las nueve plazas de policía prometidas y anunciadas a bombo y platillo sigan en el limbo. La realidad es que el proceso está estancado y las plazas «en el aire».

# La Guardia Civil refuerza el medio rural con una Oficina Móvil de Atención

El «cuartel sobre ruedas» agiliza la recogida de denuncias

SORIA

La Guardia Civil de Soria ha puesto en servicio una Oficina Móvil de Atención a la Ciudadanía (OMAC), un recurso que permitirá acercar la prestación de servicios policiales a las zonas rurales y a los núcleos de población más alejados de la provincia. Este vehículo, concebido como «cuartel sobre ruedas», nace con el objetivo de garantizar la prestación del servicio en entornos caracterizados por la dispersión geográfica y el envejecimiento de la población, donde en muchas ocasiones resulta difícil el acceso a dependencias oficiales para la realización de trámites ordinarios, según informó la Subdelegación del Gobierno.

La puesta en funcionamiento de esta unidad responde a una estrategia

de la Guardia Civil orientada a ofrecer «una atención más próxima, accesible y adaptada a las necesidades reales de la ciudadanía, reduciendo desplazamientos y tiempos de espera, especialmente en el caso de personas mayores, con movilidad reducida o en situación de vulnerabilidad».

La OMAC está equipada para la atención a víctimas de delitos, la recogida de denuncias, la tramitación de procedimientos relacionados con la intervención de armas y el apoyo operativo en situaciones de emergencia o grandes eventos. Dispone, además, de una dotación tecnológica avanzada que le permite operar con plena autonomía, garantizando la conectividad y los recursos necesarios para prestar servicio en cualquier pun-

to de la provincia, con independencia de su ubicación o de las condiciones del entorno.

Su carácter polivalente le permite adaptarse a diferentes escenarios, por lo que puede actuar como Puesto de Mando Avanzado en dispositivos de especial complejidad, como incendios forestales, fenómenos meteorológicos adversos o la búsqueda de personas desaparecidas.

Este tipo de unidades ha demostrado ya su eficacia en distintos despliegues a nivel nacional, tanto en situaciones de emergencia como en eventos de gran afluencia o en el apoyo a servicios específicos como la atención en el Camino de Santiago, consolidándose como una herramienta operativa de alto valor añadido, según pusieron de manifiesto el subde-



El subdelegado del Gobierno y el teniente coronel jefe de la Comandancia.HDS

legado del Gobierno en Soria, Miguel Latorre, y el teniente coronel jefe de la Comandancia de la Guardia Civil, Sergio Peñarroya, en su representación junto al Árbol de la Música.

La implantación de las OMAC se enmarca en un proceso de modernización y refuerzo de capacidades que ha supuesto una inversión cercana al

millón de euros en la adquisición de nuevos vehículos, permitiendo ampliar progresivamente la cobertura del servicio, destacó la Subdelegación. En la actualidad, estas unidades alcanzan ya un porcentaje significativo del territorio nacional, con especial implantación en comunidades como Castilla y León.

## ESPAÑA



Una niña consulta un teléfono móvil en Salamanca. J. M. GARCÍA / EFE

## Cero pantallas hasta los 6 años: «Hay bebés en su carrito con el móvil»

Alarma entre los médicos por el uso compulsivo de la tecnología en las familias

OLGA R. SANMARTÍN  
PILAR PÉREZ MADRID

«Vemos a bebés que van en su carrito mirando el móvil». La frase, pronunciada ayer por la pediatra María Angustias Salmerón, habría producido indiferencia hace un par de años. Hoy se emite y se recibe «con preocupación», pues los médicos están alarmados por el uso compulsivo de la tecnología en las familias y están viendo que esos bebés con el móvil son después «los niños de dos años que saben mover el dedo por la pantalla, pero no aciertan a meter una pieza dentro de otra». Todas las sociedades médicas españolas que trabajan con menores han presentado en el Congreso de los Diputados un documento con una selección de 70 evidencias científicas que demuestran que «se está produciendo un problema de maduración cerebral en niños y adolescentes».

No son antipantallas ni quieren caer en el «alarmismo indiscriminado que atribuye toda disfunción adolescente al uso digital», pero tampoco en la «minimización que invoca la ausencia de causalidad perfecta como argumento para la inacción». Por ello, recomiendan que «impece el principio de precaución», especialmente en edades con mayor plasticidad cerebral, y se haga un uso cero de pantallas hasta los seis años, de una hora diaria como máximo

hasta los 12 años y de no más de dos horas al día desde esta edad.

«Ya hay suficiente evidencia para ocuparnos de este problema. Hay asociaciones consistentes entre exposición precoz no estructurada y dificultades en lenguaje, atención y regulación emocional. El efecto es mayor cuando las pantallas desplazan la interacción con adultos, que en esa etapa no es un complemento: es un requisito biológico del desarrollo cerebral», avisa Abigail Huertas, vocal de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

Los políticos han empezado a hacer caso a la Plataforma Control Z, que agrupa a una quincena de sociedades médicas y otras tantas de la sociedad civil que reclaman soluciones

### Las sociedades médicas entregan 70 evidencias en el Congreso

### «Es el mayor hackeo cerebral de la historia de la humanidad»

para lo que consideran «un problema de salud pública». El martes fueron recibidos por los miembros del PSOE, PP, Sumar, Vox, Junts, ERC y Bildu de la Comisión de Justicia del Congreso, que trabaja en las enmiendas transaccionales del proyecto de ley de Protección a los Menores en los Entornos Digitales. Esta ley tiene «cosas mejorables», según estas sociedades médicas, pero también «avances». La regulación del uso de la tecnología por los menores es quizá el único asunto donde todos los partidos podrían llegar a un acuerdo.

«Si a nosotros los adultos ya nos cuesta controlarlo, es imposible que los niños se puedan autorregular. Estamos ante el mayor hackeo cerebral de la historia de la humanidad: está cambiando el comportamiento de nuestros hijos, su forma de jugar y de relacionarse», advirtió ayer en rueda de prensa Mar España, presidenta de la Plataforma Control Z.

En una línea parecida habló ayer el secretario de Estado de Juventud e Infancia, Rubén Pérez, que, en la presentación de otro estudio sobre las pantallas, dijo que «no basta con pedir responsabilidad individual» y que «hacer un uso intensivo de la tecnología no significa entenderla mejor».

El dossier con 70 evidencias entregado por los pediatras, neurólogos, psiquiatras y psicólogos en el Congreso contiene grandes cohortes in-

ternacionales, como el Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) de EEUU, que encuentra asociaciones entre actividad digital y variaciones en regiones corticales de atención, control cognitivo y procesamiento de recompensas. O el Japan Environment and Children's Study (JECS), que dice que, a mayor tiempo de pantalla en los primeros años, peores re-

sultados en comunicación y habilidades sociales en edad preescolar. O el Growing Up in Singapore Towards Healthy Outcomes (GUSTO), que indica que una mayor exposición en el primer año de vida está asociada con diferencias en marcadores electrofisiológicos y en funciones atencionales en edad escolar.

Cristina Cordero, de la Sociedad Española de Neuropediatría: «La evidencia científica actual permite afirmar que la exposición temprana a pantallas, especialmente cuando es pasiva, prolongada o sustitutiva de la interacción adulto-niño, se asocia con peores resultados en lenguaje, cognición, autorregulación y funciones ejecutivas».

## Sumar tanea al PP para sortear el bloqueo del PSOE al Sáhara

ÁLVARO CARVAJAL MADRID  
La exclusión de los saharauis del proceso de regularización de migrantes sigue coleando. Los partidos políticos se reunieron ayer en el Congreso con el Frente Polisario para analizar la situación de «discriminación» en la que han quedado y las posibles soluciones para revertirlo, pero el PSOE declinó acudir a esta cita. Sí lo hizo el socio minoritario del Gobierno, Sumar, con varios representantes, igual que también fueron el PP y casi todos los socios de la investidura como ERC, PNV, EH Bildu, Podemos y BNG. No asistieron tampoco Vox y Junts.

«Quiero enviar un mensaje de tranquilidad, de que estamos trabajando en ello. Dar un mensaje de esperanza de que la exclusión no va a frenarnos. No nos vamos a quedar de brazos cruzados», señaló a la salida del encuentro la diputada de Sumar por parte de Más Madrid, Tesh Sidi.

La parlamentaria, que es de origen saharauí, exigió al PSOE «responsabilidad» y «coherencia» porque los ciudadanos saharauis merecen como mínimo las mismas «garantías de igualdad» y las mismas «condiciones» que el resto de los migrantes.

En cuanto a las soluciones para revertir la situación, Enrique Santiago (IU) rechazó el pretexto del PSOE de que los saharauis no pueden regularizarse porque tienen que ir por la vía de solicitar la apátrida. Así que exigió que se puedan compatibilizar esas dos ventanillas para no sufrir un trato «discriminatorio».

Entre tanto, la reunión de ayer vislumbró lo que puede ser una mayoría de partidos alternativa



Tesh Sidi y un miembro del Frente Polisario. SUMAR

para desbloquear una ley que quiere reconocer la nacionalidad a quienes nacieron en el Sáhara cuando era territorio español y a sus descendientes. El PSOE la tiene congelada y Sumar echa a asumir que tendrá que hacer mano del PP para sacarla adelante en la Comisión de Justicia y aprobarla en el Congreso.

# Los sindicatos médicos exigen ya la dimisión de Mónica García

La ministra desvela el contenido de las reuniones y les reprocha su deslealtad

**PILAR PÉREZ MADRID**  
Mónica García acusa a los sindicatos médicos de deslealtad hacia todos. Durante su intervención en la Comisión de Sanidad del Senado, la ministra reprochó ayer al Comité de Huelga que «no están llevando las negociaciones ni sus resultados a los propios médicos que representan». Las acusaciones fueron cruzadas. Y, desde el mismo comité, se pedía la cabeza de la titular de Sanidad, cese o dimisión, «por la reiteración en la manipulación del relato en los últimos meses» y por las «mentiras» y la «falta de rigor» del Ministerio.

Victor Pedrera, secretario general de la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), comenta a EL MUNDO que ellos no habían aceptado una reunión en la que se citaban también a las CCAA y a la que no acudieron. «Eso es lo que se va diciendo desde el ministerio y no se ajusta en absoluto a la verdad de lo que ha ido ocurriendo en las negociaciones». De esta forma, los sindicatos médicos siguen adelante con una cuarta semana de paros entre el 27 y el 30 de abril.

El diálogo entre las partes no termina de avanzar, pese a que ambos reconocen haber acercado pos-



La ministra de Sanidad, Mónica García, ayer. A. M. V. / E. PRESS

turas, «pero no las definitivas», argumenta Pedrera. García se escuda, como dijo en la Comisión, en que «nosotros hemos hecho todo lo posible. Hay consejeros sanitarios genuinamente preocupados, incluso del PP, que no echan gasolina, sino que proponen soluciones».

Ante el cruce de acusaciones, Pedrera cuenta que han pedido que «las

reuniones se graben para dejar claro lo que se dice dentro, porque nosotros ahí dentro oímos cosas distintas de las que la ministra declara en ruedas de prensa». «Eso ya nos cansa un poquito», denuncia.

La ministra, en su turno de respuesta en la comisión, hizo públicas transcripciones de las reuniones mantenidas con el Comité de Huelga. Una

de ellas, como leyó la ministra, recogía: «Creo que a las comunidades lo que hay que decirles es que estamos dispuestos a suspender la huelga después de estar en reunión si hay buen rollo (...). Cada uno de nosotros va a ir a hablar con nuestros consejeros y vamos a decirles: "Oye, que sí, que hay intención de que esto funcione"». Otra: «Si nos dais un ámbito de negociación propio, no vamos a negociar ninguno de los otros aspectos».

Con esto, García acusó a los representantes de no trasladar a sus representantes los «acuerdos, las ventajas y las mejoras» alcanzadas en las mesas de negociación. «Y no lo digo yo, lo dicen las propias transcripciones de las negociaciones que hemos mantenido», señaló.

Desde CESM, Pedrera cuenta que en la última cita se les ofertó «algo que podría ser válido, pero que al final resultó una trampa». El secretario general cuenta que los servicios jurídicos de los sindicatos advirtieron que «esa mesa sectorial o técnica en la que el médico iba a ser interlocutor directo de sus asuntos debían contar con el aval de los sindicatos del ámbito, CCOO, UGT y CSIF. Y sabemos que eso no iba a pasar». De ahí, el último portazo a Sanidad.

## Sumar usa la agenda oficial para arrimarse a Oltra y lanzar su campaña

**NOA DE LA TORRE VALENCIA**  
Mónica Oltra protagonizó ayer su primer acto como candidata de Compromís al Ayuntamiento de Valencia. Pero la ex vicepresidenta valenciana, pendiente del juicio por el supuesto encubrimiento de los abusos de su ex marido a una menor, reapareció en un acto de la agenda oficial de un ministro de Sumar. En concreto, de Pablo Bustinduy, que la «invitó» a participar en un encuentro con entidades vecinales de Valencia para hablar de vivienda.

El acto del ministro figuraba en su agenda pública, pero no fue remitido a la Delegación del Gobierno para la convocatoria a los medios, según confirmaron fuentes gubernamentales. La difusión corrió a cargo del propio Ministerio y de Sumar, con el anuncio de la presencia de Oltra. Es más, la delegada del Gobierno, Pilar Bernabé —que será la candidata del PSOE— no estuvo acompañando al ministro. Sumar busca así arrimarse a Oltra en pleno debate sobre la confluencia a la izquierda del PSOE. Oltra lo tiene claro para Valencia: «Claro que nos vamos a unir».

# Su oficina al mejor precio

MADRID · BARCELONA · ZARAGOZA · BILBAO · DONOSTIA · VALENCIA · SEVILLA · ALICANTE · VALLADOLID

ofiprix.com 900 909 233

**Ofiprix** Muebles de oficina



PROYECTOS GRATUITOS · MONTAJE Y TRANSPORTE GRATUITOS\* ENTREGA INMEDIATA · SERVICIO EXPRESS 24 H.

**PROYECTO GRATIS**

Llámenos y le realizaremos un proyecto de su oficina gratuito y sin compromiso.



**OFIPRIX RENTING**

NO COMPRE SUS MUEBLES, ALQUILELOS. Ahora usted puede alquilar sus muebles y disfrutarlos cómodamente mediante un contrato de arrendamiento.

# El tercer fallecido por sobredosis en el HUBU animó a su familia a luchar «hasta el final»

- Sabiendo que había recibido una dosis seis veces superior a la prescrita, pasó «cuatro meses horribles» en la UCI
- La investigación judicial se reorienta: de un presunto delito de lesiones graves a homicidio por imprudencia profesional

**DIEGO SANTAMARÍA** Burgos cudió al Hospital Universitario de Burgos (HUBU) a mediados de diciembre y no volvió a salir. Debían monitorizarle, al igual que a otros pacientes con cáncer de próstata metastásico, tras comprobar que se le había administrado una dosis del medicamento Cabazitaxel seis veces superior a la indicada. En aquel momento, dos hombres ya habían muerto por intoxicación. Él, por su parte, tuvo que ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con «pronóstico reservado». Allí permanecería, desde entonces, hasta que el jueves se certificó su fallecimiento.

«Era consciente de lo que le habían hecho», aseguran a este periódico fuentes de su entorno. Pese a su estado, crítico dadas las circunstancias, supo lo que había ocurrido. También que su familia tenía intención de denunciar, por lo que les animó a luchar «hasta el final».

Durante su estancia en la UCI, que bien podría calificarse de calvario, este paciente «sufriró varias crisis y se debatió entre la vida y la muerte». La sobredosis de quimioterapia le afectó de tal manera que no quedó más remedio que suspender el tratamiento oncológico y hacer todo lo posible para garantizar su «supervivencia». Pasó, cómo es lógico, «cuatro meses horribles» en los que apenas pudo ver a sus seres queridos.

Dado que las tres muertes registradas en el HUBU y los casos de los otros dos afectados están siendo objeto de investigación por parte del Juzgado de Instrucción 1 de Burgos, ayer mismo se procedió a realizar la autopsia judicial de esta tercera víctima. No obstante, el abogado del Defensor del Paciente en Castilla y León, Santiago Díez, dapormentado que «la intoxicación ha sido determinante». El procedimiento, por lo tanto, se reorienta. Ya no se trata de un presunto delito de lesiones graves por mala praxis médica, sino de homicidio por imprudencia profesional.

En contacto permanente con la familia tras asumir su representa-



El director del HUBU, Carlos Carrión, junto al jefe de Oncología, Enrique Lastra, el pasado mes de enero. S. OTERO

ción legal. Díez prefiere dejar que pasen unos días a sabiendas del «dolor extremo» que ha provocado tan triste pérdida. Lo mismo opina la presidenta del Defensor del Paciente, Carmen Flores, consciente de que les toca asimilar una «situación bastante penosa» que ha culminado de la peor manera posible.

«No debería haber ocurrido nunca», enfatiza Flores, en declaraciones a este diario, mientras tacha de «vergüenza» todo lo acontecido en el complejo asistencial burgalés. Desde el «error humano» que según la Fiscalía recaería 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» hasta el hecho de que «nadie haya pedido perdón a la familia».

Pese a las condolencias mostradas públicamente el pasado 13 de enero por el director del HUBU, Car-

los Carrión, la presidenta del Defensor del Paciente considera un «error imperdonable» que «no haya dimitido nadie en el hospital». Del mismo modo, le enerva pensar que «todavía no se ha dicho quién fue el verdadero responsable». Algo que, de aquí en adelante, tendrá que determinar el juez.

Consciente de que estos cinco pacientes «han sufrido más de lo necesario», Flores cree que hubiese sido conveniente «dedicarles un minuto de silencio» aprovechando la celebración del Día de Castilla y León. En este sentido, lamenta que esa ausencia de perdón que tanto recrimina a los responsables del hospital burgalés sea extensible a las autoridades políticas.

Mientras tanto, los dos pacientes que lograron sobrevivir a esta intoxicación letal intentan rehacer su vida como pueden. Sufriendo, eso sí, las consecuencias de los «efectos hematológicos adversos»

derivados de un fallo en cadena que se originó en Farmacia debido a un «problema de la dilución», tal y como explicó en su día Carrión. Hasta tal punto causó estragos esta sobredosis que, según ha podido saber este periódico, uno de los pacientes está «intentando volver a andar» tras sufrir graves y dolorosas secuelas.

## «MONUMENTAL DAÑO»

Justo después de conocerse que dos pacientes del HUBU habían fallecido y que otros tres se encontraban en estado grave, el Defensor del Paciente se puso manos a la obra dado su convencimiento de que se había producido una negligencia médica. Desde el principio, Santiago Díez sostuvo que las muertes habían sido fruto de un «homicidio imprudente», de ahí que se solicitase una investigación al Ministerio Fiscal.

«Menos mal que la Fiscalía decidió investigar», afirma Carmen Flo-

res con la esperanza de que los tribunales esclarezcan lo sucedido y se depuren responsabilidades.

Incoadas las diligencias el 9 de marzo por parte del Ministerio Público, el Juzgado atendió un mes más tarde el requerimiento para investigar los presuntos casos de homicidio imprudente y de lesiones por mala praxis. La noticia, como era de esperar, supuso una «alegría inmensa» para el Defensor del Paciente, máxime cuando «hacemos numerosas peticiones de investigación y las archivamos». En aquel momento, la propia Flores remarcaba a este diario la importancia de que «cuando vayan a hacer un preparado de una medicación pongan los cinco sentidos porque estamos hablando de salud y de vida».

Con la investigación dando sus primeros pasos, el Juzgado confirmó su intención de llevar a cabo un ofrecimiento de acciones a los legítimos herederos y representantes legales de las víctimas, así como a los perjudicados directos que logran sobrevivir. Del mismo modo, se solicitó un informe médico forense con el fin de determinar con la mayor exactitud posible las causas de los fallecimientos y las secuelas ocasionadas por la intoxicación.

Un elemento clave, sin duda, será la verificación -a instancias del juez- de la «completa e íntegra trazabilidad» de la ficha del medicamento administrado a través de la empresa responsable de Farmis-Oncofarm. Cabe reseñar, a este respecto, que la Fiscalía indicó en su calificación inicial, refiriéndose a la «sospecha de una toxicidad inusual en los tratamientos» detectada el 18 de diciembre, que el Servicio de Farmacia del HUBU efectuó una «primera revisión» de las últimas sesiones con Cabazitaxel desde la implantación de Oncofarm sin que se observase «nada inusual». Sin embargo, poco después se comprobó que, efectivamente, la cantidad de mililitros a cargar en la hoja de medicación

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

Todos los martes...

INNOVADORES



EL MUNDO

## CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR era «elevada» en relación a la dosis prescrita.

Partiendo de esta base, la Fiscalía acabó llegando a una conclusión demoledora: «la absoluta inobservancia de las normas más mínimas del deber objetivo de cuidado exigido por la Lex Artis». Dicho de otra forma, se produjo una «falta de observación, supervisión y comprobación exigida por parte de los profesionales que intervinieron».

Con todos estos elementos sobre la mesa, el Ministerio Fiscal determinó que la responsabilidad penal debiera recaer sobre los facultativos implicados en la grabación errónea en el sistema informático y su posterior revisión. No en vano, también se menciona al Sacyl en calidad de «responsable civil subsidiario».

Desde el «respeto» a la acción de la Justicia, el portavoz de la Junta de Castilla y León, Carlos Fernández Carriedo, se pronunció poco después de que el Juzgado moviese ficha para mostrar su «apoyo» a los profesionales sanitarios del HUBU. Aparte de trasladarles la «confianza» del Sacyl en su desempeño, reafirmó la postura de que lo ocurrido se debió a un «error humano». Por otro lado, quiso dejar claro que el Ejecutivo autonómico asumirá de manera «completa» y con carácter previo la responsabilidad patrimonial que le corresponda no sin antes apelar a la cautela mientras la investigación prospera por la vía penal.

Al margen de lo recogido por el Ministerio Público, hay que recordar que desde el HUBU se intentó ocultar estos cinco casos de sobredosis por «químico» ante la opinión pública. Llegó a trascender, tal y como informó en su día este diario, de que el director se enteró de lo sucedido justo antes de tomar posesión de su cargo. De acuerdo a la versión de la Junta, vía fuentes de la Consejería de Sanidad, Cartón recibió la orden de poner en marcha una investigación interna, a la mayor celeridad posible, con el objetivo de llegar al fondo del asunto.

El Defensor del Paciente, entretanto, no dudó en señalar que «la magnitud de lo ocurrido es inaceptable». Entre otras cosas, según su presidenta, porque no se cometió un «simple error humano» sino «una cadena de fallos que ha costado vidas». Tres hasta la fecha.

A partir de ahora, Flores se encomienda a los tribunales con la esperanza de que se pueda reparar el «monumental daño» que han sufrido estos cinco pacientes y sus familias. No queda otra, a su juicio, después de que se cometiese una «equivocación irresponsable» con resultado de muerte y graves secuelas tanto físicas como emocionales.

# Mañueco, sobre la 'prioridad nacional' de VOX: «Cuando se firme lo explicaremos»

El presidente garantiza trabajo «con intensidad y tranquilidad» para formar Gobierno y Martínez reclama que «no debería pasar líneas rojas»

R. RUANO VALLADOLID

Una vez más VOX no estuvo presente en Villalar. Ningún dirigente acudió a los actos en el municipio vallisoletano, pero este Día de Castilla y León es diferente. El futuro pacto entre el PP y los de Abascal hace que VOX no esté físicamente en Villalar, pero sí en el ambiente y en los discursos políticos. Por el momento no hay acuerdo entre las dos formaciones, pero los pactos en Extremadura y Aragón dejan entrever cómo será el acuerdo en la Comunidad y ahí se encuentra la denominada 'prioridad nacional' de VOX. Un asunto que se ha incluido en las otras dos comunidades autónomas y que Alfonso Fernández Mañueco, al ser preguntado por los periodistas, aseguró que se explicará cuando llegue el acuerdo: «Habla de ese proyecto cuando se concrete y cuando se firme. Lo explicaremos, no se preocupen ustedes, con todo detalle».

Algunos de los aspectos que recoge la 'prioridad nacional' de VOX consisten en devolver a los menores migrantes no acompañados a sus países, prioridad a los españoles en el acceso a la vivienda pública y excluir de las ayudas a las personas irregulares, menos en los casos de urgencia vital.

Por el momento no hay un acuerdo entre el PP y los de Abascal, pero el presidente de la Junta en funciones se comprometió a «trabajar para tener un Gobierno estable para la próxima legislatura en nuestra comunidad autónoma». «En los próximos días, en las próximas semanas trabajaremos con intensidad, pero trabajaremos también con tranquilidad para tener un proyecto de futuro para Castilla y León», significó el presidente de la Junta en funciones desde Villalar de los Comuneros. El también líder del PPcYL sostuvo que lo importante es «el proyecto de futuro» para la Comunidad «más allá de cualquier consideración o medida puntual». Unas medidas que, tal y como aseguró tras entregar los Premios de la Música Folk y Tradicional, serán explicadas «cuando llegue el momento».

Precisamente sobre este pacto de Gobierno en coalición habló el secretario del grupo parlamentario de VOX en el Congreso, José María Figaredo. Sostuvo que las conversaciones están en una fase inicial y espera que el acuerdo se cierre «pronto». Figaredo detalló que las partes están «intercambiando los primeros papeles y borradores todavía» y «con mucho lío», pero el dúo entrará en más detalles en una entrevista en 'El Programa de AR' en Telecinco recogida por Europa Press. «En Vox siempre hemos protestado

cuando ha habido filtraciones (...) y si me pongo a destripar (el contenido) sería romper la confianza de las partes», argumentó. En cualquier caso, dijo que espera que el acuerdo llegue «pronto».

MARTÍNEZ

La polémica por la 'prioridad nacional' de VOX está servida y este Día de Castilla y León sí da muestra de ello, el PSOE y los sindicatos criticaron duramente este nuevo concepto. El secretario autonómico, Carlos Martínez, defendió que Mañueco «no debería pasar la línea roja» de esta petición de los de Abascal: «Los derechos de la ciudadanía en toda democracia implican no tener que mirar el carnet de dónde has nacido, de qué raza eres o a quién amas».

«Es una puerta muy difícil de entender por una parte de la sociedad, que es la de Castilla y León, que pretende ser una sociedad libre, igualitaria y justa», explicó Martínez, en declaraciones recogidas por Ical, después de participar en la ofrenda que el PSOE de Castilla y León realizó ante el monolito de los comuneros. Todo ello tras conocerse «cómo» van cayendo, en cascada, los acuerdos de gobierno entre PP y Vox en Extremadura y Aragón, que anticipan, según Martínez, el de Castilla y León, en una consumación de «la puesta en venta de los derechos de las mujeres, de los trabajadores y trabajadoras y de los sindicatos».

Lamentó, por ello, el líder socialista en la Comunidad que «todo vale para ostentar el poder» al PP, «incluido ese principio de nacionalidad que retuerce la realidad para intentar volver a marcar, de alguna forma, a aquellos que no han nacido en esta tierra», y frente a lo que situó la «resistencia» de las «dos millones y medio de almas» que viven en Castilla y León pero también de los «millón y medio de ciudadanos que han tenido que salir fuera de nuestra Comunidad».

«A ellos no les gustaría que se aplicara ese principio de nacionalidad», sostuvo el secretario general del PSOE de Castilla y León, que recordó además que la migración es «el revulsivo más importante y, seguramente, la última de las esperanzas para un territorio» como Castilla y León. «No solamente desde el punto de vista laboral, sino social, histórico y desde la realidad de una comunidad que todavía hoy tiene como mayor problema la despoblación y la falta de oportunidades», subrayó.

Continuó Martínez con su crítica al Partido Popular, y en concreto a Alfonso Fernández Mañueco, por «darla es-

palda al pueblo» al limitar su presencia en Villalar a la entrega de los primeros Premios de la Música Folk y Tradicional a primera hora de la mañana, generando con ello «ese desapego entre la sociedad y la Junta».

PUENTE Y REDONDO

Las críticas también llegaron desde el Gobierno de España. El ministro de Transportes y Movilidad Sostenible, Óscar Puente, lamentó el «mensaje xenofóbico y racista» del principio de «prioridad nacional» recogido en los acuerdos de gobiernos autonómicos entre Vox y PP, un «desastre» que «pronto» se plasmará en un «pacto» también en Castilla y León.

Puente censuró, en declaraciones recogidas por Europa Press, el principio de «prioridad nacional» de PP y Vox, el cual es, a su juicio, «un mensaje que retrotrae a los años 20 y 30 del siglo XX, lo peor del siglo XX». «Es un desastre», aseguró, para advertir de que ese «desastre» llegará a Castilla y León, una «tierra que pronto tendrá seguramente ese pacto y que sino fueran por los migrantes, pierde población». «No sé que sería de Castilla y León sin la inmigración. Esta es una tierra que tiene un saldo vegetativo negativo, aquí se muere mucha más gente de la que nace y sujetamos poblaciones gracias a la gente que viene», apuntó.

«No puede haber una prioridad nacional que no sea la democracia, la paz, la justicia y la solidaridad». Así lo expresó la ministra de Igualdad, Ana Redondo, como una de las ocho personas que realizaron la ofrenda en el monolito de la plaza de España de Villalar, y donde recordó las cinco décadas que ayer se recordaron de la primera conmemoración del Día de Castilla y León en la campaña del municipio vallisoletano, informa Ical.

En su caso, y tras depositar junto al presidente del CES, Enrique Cabello, el centro dedicado a María Pachecho, «a veces olvidada pero siempre presente» en la lucha comunera, Redondo apuntó que en 1521 «se alzaron los comuneros frente a la injusticia, las desigualdades y el mundo opresor que quería imponer su ley».

«Entonces como ahora, alzamos la voz contra la injusticia, contra las desigualdades y contra los fascismos antidemocráticos», expuso Redondo, en declaraciones recogidas por Ical, en un mundo que señaló «hoy se ha vuelto más violento», en referencia a conflictos como los de Gaza, el Líbano o Afganistán, lugares todos ellos donde «las mujeres están subyugadas y no pueden hablar».



Alfonso Fernández Mañueco junto a Francisco

### SINDICATOS

La secretaria autonómica de CCOO, Ana Fernández, aseguró que Castilla y León «no merece un Gobierno con la ultraderecha», quien anunció que el sindicato ejercerá de «dique de contención en todo momento contra las políticas reaccionarias» del posible gobierno de coalición entre PP y VOX. «No vamos a permitir ningún retroceso en los derechos laborales ni sociales para las personas que viven en la Comunidad», advirtió.

Fernández recordó que, «hoy más que nunca», es necesario poner en valor el «símbolo de las libertades y de la democracia» que ejerce Villalar en Castilla y León, por lo que reivindicó un «futuro digno para los jóvenes y las mujeres de la Comunidad», además de exigir una «reflexión» respecto al posible acuerdo de Gobierno entre PP y Vox, dijo, como recoge Ical.

De igual manera, el secretario autonómico de UGT, Óscar Lobo, reivindicó el espíritu de Villalar y de los comuneros frente a la «extrema derecha» que «no entiende al pueblo» e hizo un llamamiento a la «unidad» de la ciudadanía y a la «cultura del entendimiento y del diálogo» con el objetivo de «abrir puertas de esperanza».

«Un gobierno de coalición entre PP y VOX sabemos que no funciona. Volvemos a hacer un spoiler. Es un tremendo error. Las urnas hablaron hace un mes y apostaron claramente por la moderación, por el entendimiento y no por los extremismos», afirmó Lobo e insistió en «no subestimar al pueblo de Castilla y León». «No nos gusta ser una colonia. Para la extrema derecha, Castilla y León es una colonia en la que las decisiones no se deciden aquí», apostilló.

12

CASTILLA

Y LEÓN

Los médicos inician una nueva semana de huelga por el estatuto marco

VALLADOLID  
Los médicos y facultativos están convocados este lunes a una nueva semana de huelga nacional, la tercera en lo que va de año, para rechazar el Estatuto Marco acordado entre el Ministerio de Sanidad y varios sindicatos de la Mesa del Ámbito, y reclamar un texto propio.

De este modo, el 27 de abril comenzará una semana de huelga en todo el país que se prolongará hasta el próximo 30 de abril, según ha comunicado el Comité de Huelga, integrado por la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) junto al Sindicato Médico Andaluz (SMA), Metges de Catalunya (MC), la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYS), el Sindicato Médico de Euskadi (SME) y el Sindicato de Facultativos de Galicia Independientes (OMEGA).

Desde la anterior convocatoria de huelga de marzo se han celebrado cuatro reuniones entre el Ministerio de Sanidad y el Comité de Huelga sin que se haya alcanzado un acuerdo que evite las movilizaciones. En este contexto, ambas partes habían previsto un nuevo encuentro para abordar la creación de mesas de negociación propias para el colectivo médico y facultativo, con participación de las comunidades autónomas. Sin embargo, la ministra de Sanidad, Mónica García, anunció la anulación de la reunión tras acusar a los sindicatos de incumplir lo acordado.

Louise Brown, fotografiada el pasado jueves en Barcelona.

LOUISE BROWN,  
PRIMERA BEBÉ PROBETA  
"SE DIJO QUE NO  
TENÍAMOS ALMA"

Entrevista. La primera persona que nació por fecundación in vitro, hace casi 50 años, recuerda el estigma al que se enfrentó en la infancia y la juventud. "Juan Pablo II tuvo que aclarar que estas técnicas no eran pecado"

Por Carmen Fernández (Barcelona). Fotografía: Victòria Rovira

La fecundación in vitro es hoy en día un método reproductivo absolutamente normalizado y estandarizado, pero a finales de los 70 supuso una verdadera revolución. Fruto de la investigación nació la llamada primera bebé probeta, Louise Joy Brown (Oldham, Reino Unido, 25 de julio de 1978), que esta semana ha participado en la 6ª edición del Congreso Internacional sobre reproducción asistida EBART que se ha celebrado en Barcelona. P. En 2015 publicó su autobiografía. ¿Cuándo fue consciente de la forma pionera en que había sido fecundada? ¿En qué momento supo que eso le hacía una persona célebre desde la cuna?

R. Con cuatro años me explicaron, con palabras sencillas, que me habían fecundado mediante fecundación in vitro (FIV), que era una forma diferente del resto de las personas. A medida que me fui haciendo mayor me di cuenta, poco a poco, de que eso había sido muy importante. Luego lo comprobé también viajando por el mundo.

P. Esa condición habrá supuesto para usted inconvenientes y ventajas, ¿Cuáles destacaría?

R. Recuerdo que en 1982, cuando nació mi hermana, también por técnicas FIV, un fotógrafo intentó hacernos fotos en la puerta de casa a mí y a mi madre y yo me asusté y me puse a llorar. Tuvimos que escondernos, luego salir por la puerta de atrás y un vecino me llevó en coche a la escuela. Pero luego, por mi condición, he viajado mucho; por ejemplo, pasé mi último cumpleaños en México y este año iré a Argentina. Estoy siempre muy ocupada.

P. Nada más nacer fue sometida a múltiples pruebas médicas para comprobar que su estado de salud era normal. ¿Siempre ha tenido más controles o chequeos de los que son habituales en población general?

R. Me hicieron 100 pruebas y no pudieran encontrar nada que me diferenciara del resto de niños.

Desde entonces, no me he sometido a nada en especial.

P. Ha sido madre de manera natural pero, de haber tenido problemas de fecundidad, ¿se habría sometido a reproducción asistida?

R. La primera vez que me preguntaron esto mismo yo tenía unos 14 años de edad y ya entonces dije que sin lugar a dudas. Mis padres estuvieron 10 años buscando un bebé y, después de ese plazo de tiempo, el ginecólogo les dijo que les iba a ayudar, y lo hizo.

P. ¿Es cierto que sus padres, Lesley y John Brown, se sometieron a su FIV sin saber que sería el primer caso del mundo?

R. Mi madre quería un bebé a toda costa y seguro que, si hubiese sido necesario ponerse desnuda en medio de una plaza y con la cabeza para abajo, lo hubiese hecho. Ellos no sabían que la FIV no había funcionado antes pero iban al ginecólogo y veían bebés, y es lo que querían.

P. ¿Ha mantenido contacto con los profesionales implicados en su nacimiento?

R. Varios murieron siendo yo niña pero con la familia de Bob [el fisiólogo Robert G. Edwards, que en 2010 ganó el Premio Nobel de Medicina y Fisiología por su trabajo en fertilidad], fallecido en 2013, sí mantengo el contacto. P. ¿Ha podido conocer, y mantiene

contacto, con otras personas nacidas por FIV de forma pionera en sus respectivos países; en el caso de España, Victoria Anna Perea? ¿Qué suelen compartir?

R. Conozco a la primera bebé nacida por fecundación in vitro de Brasil, la primera de Estados Unidos... y en España, a Victoria Anna. Junto a ella, en 2017, recibí el XIII premio Fundación Dexeus Salud de la Mujer, en Barcelona. Tengo que decir que con estas personas siento una conexión extraña; es algo que resulta difícil de explicar.

P. ¿Qué papel jugó el Papa Juan Pablo II para la comprensión de su caso en la opinión pública, especialmente la más conservadora?

R. La forma en que yo nací en la época se consideraba un pecado, pero el Papa dijo que si usaba esa técnica para que nacieran niños, no lo era. También se llegó a decir que los nacidos por medio de la FIV no tenían alma y él aclaró que sí la teníamos y que, como todo el mundo, teníamos un lugar en el cielo. Yo, en aquella época, vivía al margen de la polémica, y mis padres lo mismo; estaban demasiado ocupados con su bebé en casa. P. Hay una película inglesa, *Joy*, de 2024, sobre su caso. ¿Diría que es una crónica fiel de lo que pasó?

R. Nos invitaron a asistir a su grabación. Cuando la vi pensé que era una buena película. Permitted que la gente entendiera lo que sucedió, lo que pensaban los profesionales que estuvieron implicados en ese primer caso, el mío. Pero creo que respecto a Jean Purdy [quien implantó el embrión de Louise Brown en el útero de su madre y se convirtió en la primera embrióloga del mundo] lo que se cuenta en la película no es fiel.



Supongo que una película necesita sal y pimienta para ser más atractiva. En general, creo que está bastante bien; y seguro que ayudó a comprender.

P. Su marido, Wesley Mullinder, y sus dos hijos, ¿cómo han convivido con su celebridad?

R. Ni se dan cuenta. Mi marido, que tiene 8 años más que yo, fue, casualmente, uno de los niños del vecindario que me recibieron cuando, después de nacer, mis padres me llevaron a casa, en Bristol.

P. ¿Tiene algún mensaje para parejas que necesiten recurrir a la FIV para poder tener hijos?

R. ¡A por ello! Somos ya 15 millones de personas las nacidas gracias a estas técnicas en todo el mundo. Confíen en sus médicos.

# Soria alcanza las 84 operaciones por cirugía robótica en nueve meses

La uróloga del Hospital Santa Bárbara Carmen Marfil realiza un balance «muy positivo» del Da Vinci con mejoras «tanto para el paciente como para el cirujano»

**VERÓNICA REGLERO SORIA**  
El Complejo Asistencial de Soria consolida su apuesta por la tecnología de vanguardia al alcanzar las 84 intervenciones realizadas con cirugía robótica en nueve meses de actividad. En menos de un año, el centro sanitario ha mantenido un ritmo constante de operaciones alcanzando las 50 intervenciones de junio a diciembre de 2025 a las que hay que sumar las 34 entre enero y abril de 2026 transformado la actividad quirúrgica en las especialidades de Cirugía General, Digestivo, Ginecología y Urología. Con estos datos, Cirugía General y Digestivo es el servicio con mayor volumen de actividad con Da Vinci, acumulando 38 intervenciones, lo que representa el 45,2% del total. Urología se sitúa como la segunda especialidad más activa con 29 intervenciones, alcanzando un 34,5% de la actividad robótica. Ginecología con 17 intervenciones realizadas, supone el 20,3% del global, mostrando un crecimiento progresivo.

Estas cifras son valoradas «muy positivamente» por la uróloga del Hospital Santa Bárbara Carmen Marfil Peña: «Cualquier cambio, y más uno de este nivel, supone mucha incertidumbre y, personalmente, pensaba que nos iba a costar más el salto a la cirugía robótica, pero la experiencia previa en cirugía laparoscópica nos ha ayudado mucho a avanzar más rápido con esta nueva técnica».

En cuanto a los pros, a Marfil se le ocurren «muchos a distintos niveles, y contra, creo que sólo uno que sería el económico, cualquier cirugía es mucho más costosa». En cuanto a los pros «tiene a nivel del cirujano, mejor ergonomía que significa menos cansancio permitiendo acabar la cirugía en menos tiempo, mayor precisión consiguiendo mejores resultados, oferta laboral más atractiva para cualquier profesional que quiera trabajar en Soria ya que



La cirugía robótica permite realizar 84 intervenciones en Soria en nueve meses. MARIO TEJEDOR

indudablemente contar con las últimas tecnologías hace que tanto trabajar como formarse en Soria (ya que nuestro servicio cuenta con docencia y formamos a residentes) sea mucho más atractivo que si no contáramos con ello». Obviamente, «esto se traduce en que el paciente necesita menos tiempo de anestesia y tiene una mejor y más rápida recuperación, mejor resultado funcional y, sobre todo, equidad para la población soriana en este campo».

Para poder intervenir con Da Vinci «es necesario obtener una acreditación específica de la empresa Intuitive (a quien pertenece Da Vinci) que consiste en superar unos exámenes, tanto prácticos como teóricos» que supone «un tiempo previo de entrenamiento con el robot además de estudiar la teoría. Es una formación

única para saber usar el robot, no para enseñarte a operar» ya que ese conocimiento se le presupone al médico. Es decir, apunta la uróloga, «como esos conocimientos ya los tienes, al final consiste en aprender a manejar un «juguete» nuevo con el que operas más fácil, así me ha resultado a mí. Luego, obviamente, es necesaria una curva de aprendizaje que, por ejemplo, en la prostatectomía radical se sitúa en 30-40 casos para que se empiece a aplanar, con esto quiero decir que es un camino largo, sobre todo, en lugares con poco volumen, pero aún así desde el primer minuto a mí me ha resultado más fácil operar con el robot que por laparoscopia por la amplitud de movimiento y la mejor visión».

En cuanto a la evolución de la complejidad de las intervenciones en el

hospital soriano, Carmen Marfil destaca que «el problema de un lugar pequeño es el poco volumen, esto hace que tardes más tiempo en realizar más número de cirugías». Esto se traduce en que «en un hospital con mucho volumen quizás puedas realizar dos o tres cirugías robóticas a la semana, mientras que aquí sólo realizamos una. Pero desde luego, aunque la curva de aprendizaje no se haya completado, cada cirugía que hacemos va resultando menos compleja y los tiempos quirúrgicos se van reduciendo notablemente».

Respecto a la reducción de la estancia media hospitalaria de los pacientes intervenidos con el Da Vinci aunque «aún es pronto para dar estos datos oficialmente, la sensación es que entre 2 o 3 días, hablando de

ingresos de 2 a 10 días, dependiendo del procedimiento, por lo que es un tiempo a tener en cuenta».

En lo que se refiere al perfil del paciente «todos los procedimientos que realizamos con el Da Vinci, antes se realizaban con laparoscopia, por lo que no puedo compararlo con la cirugía abierta». Pero los pacientes que han pasado a operarse con Da Vinci en su especialidad «son las prostatectomías, sobre todo, los pacientes más jóvenes que conservan función eréctil y pacientes con próstatas de gran tamaño, que por laparoscopia son inviables de realizar, las nefrectomías parciales/tumorectomías renales porque te permite realizar casos más complejos que probablemente por laparoscopia no serían viables, las cistoprostatectomías radicales más derivación urinaria del tipo que sea porque el tiempo quirúrgico es infinitamente menor y cualquier cirugía reconstructiva (pieloplastias, fistulas, reimplantes ureterales)».

## CURVA DE APRENDIZAJE

Aunque aún no han completado la curva de aprendizaje, en próstatas «notamos que los pacientes operados con el Da Vinci recuperan en menos tiempo la continencia, teniendo incluso algún paciente con continencia total desde la retirada de la sonda y también, más pacientes que conservan la función eréctil». Hay que aclarar, que «no todos los casos ni pacientes son iguales, y que no en todos los casos se puede realizar preservación nerviosa, porque no podemos olvidar que estamos curando un cáncer y según la carga y distribución tumoral que tengan, en algunos pacientes no podemos hacer esta preservación».

Por último, en cuanto a las nefrectomías parciales, «las estamos realizando y previamente las operábamos por laparoscopia. El estar en un lugar como Soria hace que tengas que lidiar con todo lo que venga. En otros lugares, la curva de aprendizaje se realiza únicamente con un procedimiento como la prostatectomías y casos seleccionados: próstatas pequeñas, pacientes delgados... una serie de requisitos que te permitan facilitar a priori la cirugía. Si aquí, hiciéramos eso, esta curva de la que tanto hablo, no acabaría nunca. Por eso tenemos que hacerla con los casos que se van presentando».

## La Oración en el Huerto bendice hoy su olivo

**SORIA**  
La Cofradía de la Oración en el Huerto celebra hoy sábado a las 13.00 horas un acto central dentro de la programación de su 75º aniversario. La Plaza del Carmen es el escenario de la bendición de un nuevo olivo y el descubrimiento de una placa conmemorativa, en un evento que cuenta con la colaboración del Ayuntamiento de Soria.

Este olivo ha sido plantado gracias al apoyo institucional y perma-

nerará en la plaza como testimonio de este hito histórico. Durante el acto se descubrirá una placa de recuerdo, consolidando este espacio como un punto de referencia para la Cofradía en la ciudad. El acto estará realizado por la música de la Banda Municipal de Soria, que pondrá la banda sonora a una jornada cargada de simbolismo y emoción. Su participación acompañará la bendición, dotando al evento de la solemnidad que requiere la celebración.



Tauromaquia en Castilla y León,  
Bien de Interés Cultural de  
carácter Inmaterial.

Junta de  
Castilla y León

## El absentismo duplica su coste en seis años con bajas 15 días más largas que la media

Castilla y León soporta 1.371 millones de coste por las incapacidades temporales por contingencias comunes, mientras la duración media de los procesos se elevó hasta 57,69 días, frente a los 42,57 de media

DAVID ALONSO / VALLADOLID

El absentismo laboral se ha convertido en uno de los cruces de caminos entre patronal y sindicatos en los últimos tiempos. Es difícil encontrar una asociación de empresarios que no lo sitúe como el gran problema que afrontan actualmente por el riesgo que supone para la productividad y supervivencia de las sociedades. Enfrente, los sindicatos insisten en que lo que la patronal llama «absentismo» son, simplemente, bajas laborales de los trabajadores. Castilla y León no está entre las comunidades donde más bajas se registran, pero sí entre aquellas donde estas tienen un mayor impacto: duran más, cuestan más y presentan una tendencia creciente a la cronicación. El último informe con datos cerrados de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) revela que la Comunidad cerró 2024 con 1.371 millones de euros de coste total asociados a las incapacidades temporales por contingencias comunes, aquellas que dependen de enfermedades comunes y no profesionales, y que la patronal califica como «absentismo laboral».

Una cuantía que supone prácticamente el doble que en 2018, cuando no alcanzaba ni los 700 millones de gasto computado tanto a las empresas como a las entidades gestoras de la Seguridad Social. Todo ello en un contexto en el que cada baja por contingencias comunes se prolongó de media 57,69 días, 15 más que en el conjunto de España. Tiempo que sigue acrecentándose, ya que las primeras estimaciones provisionales de 2025 apuntan ya a 59,29 días de media. Ese eje coste-duración sirve para explicar buena parte de la evolución reciente en Castilla y León. Siempre según los datos de AMAT, el volumen de procesos también ha crecido, sin alcanzar la intensidad del gasto, con un aumento superior al 40% desde 2018. La incidencia, de hecho, se mantiene por debajo de la media nacional. Y es que en Castilla y León se registran menos bajas que en el conjunto del país, pero su impacto es mayor por su mayor duración en el tiempo.

Analizando los datos, se extrae que Castilla y León presenta un comportamiento característico en lo relativo a las bajas laborales por contingencias comunes: menos

### Choque patronal-sindicatos: las empresas alertan del daño a la productividad, y los sindicatos apuntan a las condiciones laborales

frecuencia, pero más peso económico y organizativo. Trasladando los datos al mercado laboral, el absentismo en 2024 equivalió a que 82.375 trabajadores no acudieran ningún día del año a su puesto. Esto es casi uno de cada diez. A ello se suma un aumento continuado de los procesos de larga duración, que se han multiplicado por más de cuatro desde 2019.

En paralelo, el número de procesos iniciados ha pasado de poco más de 165.000 en 2018 a superar

los 230.000 en 2024, confirmando una tendencia al alza, y rozar los 240.000 con los datos provisionales de 2025. Casi un 60% más en siete años. El comportamiento de las bajas también muestra que casi uno de cada tres procesos se inician los lunes, muy por encima del resto de días de la semana.

**PATOLOGÍAS.** En lo que refiere a la tipología de estas bajas, las patologías traumatológicas —especialmente las relacionadas con la espalda, las articulaciones, las tendinitis o los esguinces— concentran la mayor parte de los procesos, con miles de casos asociados a alteraciones de la columna o lesiones musculares. A ello se suma un incremento de las patologías de carácter mental, con duraciones superiores a la media y cada vez mayor peso en el conjunto del absentismo. En Castilla y León, las bajas asociadas a «Patologías diagnosticadas como trastornos mentales» se han duplicado desde 2018, al pasar de 9.100 a 19.099. Además, para este tipo de patologías, la duración media de las bajas supera con creces la media, ya que escala hasta los 131 días, según AMAT.

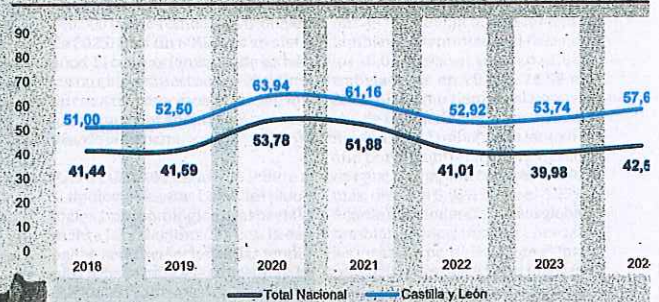
Volviendo a los datos generales de bajas por contingencias comunes, la incidencia media mensual también ha repuntado, al pasar de los 19,01 procesos por cada 1.000 trabajadores en 2018 a 24,89 en 2024. Al mismo tiempo, el porcentaje de trabajadores que no acuden ningún día al trabajo a lo largo del año por encontrarse de baja crece de igual forma, con casi tres puntos más, desde el 6,03% hasta el 8,95%. Acorde a la tendencia alcista global, también se incrementa el peso de las jornadas perdidas sobre el total potencial. Castilla y León ha pasado del 3,93% en 2018 al 5,92%, un aumento del 51% que, aunque sitúa a la Comunidad ligeramente por debajo de la media nacional, evidencia la intensificación de estas bajas por contingencias comunes. De hecho, este crecimiento se produce mientras la población ocupada no deja de aumentar, lo que amplía la base sobre la que se generan las incidencias.

Otro de los elementos que explica la evolución es la diferencia entre aquellas bajas que son producidas por un accidente laboral y las que son por contingencias comunes. De hecho, las bajas por enfer-

**DIFERENCIAS ENTRE 2018 Y 2024**  
(Fuente: Informe de Amat)

2018		2024
165.314	Número de procesos iniciados	232.375
19,01	Incidencia media mensual (por cada 1.000 trabajadores)	24,89
6,03%	Porcentaje de trabajadores que no acuden ningún día al año	8,95%
51.955	Equivalente de trabajadores que no trabajan ningún día al año	82.375
1.400	Número de procesos largos (+365 días)	6.500

**DURACIÓN MEDIA DE LOS PROCESOS FINALIZADOS**  
(Datos expresados en días)



# 6%

## DE JORNADAS PERDIDAS

El absentismo laboral supone en Castilla y León el 5,92% del total de jornadas potenciales de trabajo, casi seis de cada cien días no se trabajan por incapacidad temporal. Este dato ha crecido más de un 50% desde 2018, cuando situaba en el 3,93%, reflejando una aceleración del fenómeno pese a mantenerse por debajo de la media nacional.

edad común presentan duraciones muy superiores a las derivadas de accidente laboral, con diferencias que en algunos casos superan los 50 o incluso 70 días para una misma patología. Por ejemplo, las bajas por trastornos de articulaciones tienen una duración de 111 días cuando es por contingencias comunes, frente a los 43 días de media cuando se trata de un accidente laboral.

**«UN PROBLEMA REAL».** Con estos datos sobre la mesa, la confrontación entre patronal y sindicatos en Castilla y León ha ido en progresivo aumento a raíz de las constantes denuncias desde el ámbito empresarial. Desde la patronal, CEOE Castilla y León sitúa el absentismo como uno de los principales retos para la competitividad empresarial en la Comunidad. «Estamos ante un problema de dimensión económica, social y organizativa», advierte su dirigente autonómico, Santiago Aparicio, al tiempo que subraya la necesidad de una respuesta conjunta. «El absentismo ya no es coyuntural, sino un desafío estructural que compromete la productividad y la competitividad empresarial», insiste, para añadir que responde a una «paradoja compleja» en la que conviven dificultades para cubrir vacantes con un aumento de las ausencias. En ese contexto, la organización empresarial insiste en que «empresas, administraciones, mutuas y sindicatos deben trabajar conjuntamente» y plantea medidas como reforzar la coordinación sanitaria, mejorar la gestión de las bajas o impulsar acuerdos para reducir su impacto.

### DIFERENCIAS EN LA DURACIÓN DE LAS 10 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

(Datos expresados en días)

	Cont. Comunes	Cont. Profesional	Diferencia
OTRAS ALTERACIONES DE LA ESPALDA	98,39	26,26	-72,13
TRASTORNOS NEOM DE ARTICULACION	111,15	43,11	+68,04
TENDINITIS Y SINOVITIS	98,98	78,26	+20,72
OTRAS ALTERACIONES DE LA COLUMNA CERVICAL	72,55	35,34	+37,21
ESGUINCES Y TORCEDURAS DE TOBILLO Y PIE	39,05	26,29	+12,76
TRASTORNOS DE MUSCULO LIGAMENTO Y FASCIA	49,56	29,18	+20,38
CONTUSION DE MIEMBRO INFERIOR	43,34	26,03	+17,31
CONTUSION DE MIEMBRO SUPERIOR	43,42	22,42	+21,00
ESGUINCES DE RODILLA	107,78	57,37	+50,41
TRASTORNOS DEL DISCO INTERVERTEBRAL	189,08	135,83	+53,25
DURACION MEDIA TOTAL	94,74	44,69	+50,05

# +109,8%

## BAJAS POR SALUD MENTAL

Los datos que maneja la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) revelan que desde 2018 las bajas laborales por contingencias comunes asociadas a la salud mental se han duplicado, al pasar de 9.100 a 19.099 caso en Castilla y León.

A las críticas de la patronal autonómica se suman las de casi todo el tejido empresarial de Castilla y León, que también pone el foco en el día a día de las empresas. Desde la Empresa Familiar de Castilla y León advierten de que el problema «ha subido alarmantemente» y ya es la principal preocupación para más de una cuarta parte de sus asociados. Su presidente, Isidoro Alanís, alerta de que el absentismo es «un lastre» que afecta a la productividad y reclama «acciones inmediatas». Tanto la patronal como Empresa Familiar coinciden en señalar el impacto directo del absentismo sobre la operativa diaria: «La prolongación de bajas genera sobrecostes, desorganización interna y dificultades para mantener la actividad».

Igualmente, el presidente del Consejo de Cámaras de Comercio de Castilla y León, Antonio Méndez Pozo, reconoce la «preocupación clara» que existe con el absentismo. Desde Vitartis, su presidente, Santiago Miguel, apunta en la misma dirección: «Lo que no puede ser es que cada día vayamos a la fábrica y no sepamos cuánta gente va a estar y cuántos no».

**«CHANTAJE INACEPTABLE».** Frente al enfoque de los empresarios, los sindicatos rechazan que el debate se centre en el control de las bajas. «Las bajas médicas no se las cogen las personas, sino que son prescritas por profesionales de la sanidad», subraya el secretario de Acción Sindical de CCOO en Castilla y León, Fernando Fraile, quien insiste en que cuestionarlas «es poner en duda criterios médicos». En este sentido, advierte de que el término absentismo se está utilizan-

do de forma «malintencionada y perversa» para referirse a situaciones que responden al ejercicio de derechos laborales.

Por ello, el sindicato sostiene que una parte importante de las bajas está vinculada a las condiciones de trabajo, como los «riesgos ergonómicos, la sobrecarga física o los factores psicosociales», y recuerda que en Castilla y León se realizan «alrededor de 110.000 horas extraordinarias a la semana que no se pagan»: «El objetivo no puede ser limitar derechos, sino abordar las causas reales que están detrás de muchas bajas médicas».

En esa misma línea, UGT Castilla y León eleva el tono ante lo que califica de «chantaje inaceptable» de la patronal, a la que acusa de condicionar la negociación colectiva a lograr avances en absentismo. Para el sindicato, «culpar a los trabajadores del incremento de las bajas médicas es un intento de ocultar las causas estructurales y la responsabilidad empresarial», y defiende que el fenómeno está ligado a «malas condiciones laborales», ante lo que reclama «más prevención, más inversión en seguridad laboral y menos cuestionamiento de las bajas médicas».

En este contexto, los sindicatos insisten en que el absentismo no puede abordarse únicamente desde una perspectiva económica o de control, sino desde la mejora de las condiciones laborales. «No se puede construir un discurso interesante que traslade a la sociedad que el ejercicio de derechos básicos es un problema», advierten, por lo que apelan a la «responsabilidad» de todos los agentes para evitar la «estigmatización».

### PROCESOS INICIADOS POR DÍA DE LA SEMANA

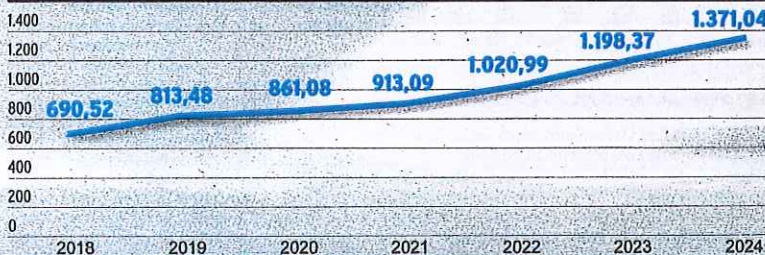
(Datos de Castilla y León expresados en unidades)



Fuente: Base de datos RESIMA. Sistema de Información Sectorial de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

### COSTE DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

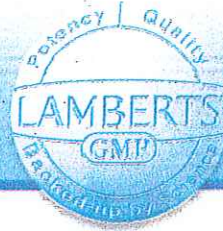
(Datos de Castilla y León expresados en millones de euros)



Fuente: Estimaciones realizadas a partir del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y del Aplicativo RESIMA. Sistema de Información Sectorial de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.



**LAMBERTS®**  
EL RANGO PROFESIONAL



**+200 FORMULACIONES DE CALIDAD FARMACÉUTICA GMP**

## MAGNESIO BISGLICINATO (150 mg)

Ampliamos nuestra gama de magnesio con una nueva opción diseñada para quienes buscan mejor tolerancia digestiva sin renunciar a una buena absorción.

Nuestro Magnesio Bisglicinato es una forma aminoquelada unida a glicina, reconocida por su excelente tolerancia, en personas con sensibilidad intestinal o que quieren evitar un posible efecto laxante.



Es la forma más suave para el sistema digestivo.



Excelente para quienes no toleran otros magnesios.



Óptimo para tomar por la noche.



Adecuado para suplementación prolongada.

- 150 mg de magnesio elemental por cápsula
- Bisglicinato puro (forma aminoquelada, sin mezclas ni aditivos)
- Personas que no toleran otras formas de magnesio
- Apto para veganos



El magnesio contribuye a funciones esenciales del organismo, entre ellas:

- La reducción del cansancio y la fatiga
- El funcionamiento normal de los músculos
- El funcionamiento normal del sist. nervioso
- El metabolismo energético normal
- La función psicológica normal
- El mant. de los huesos en condiciones normales

Presentaciones diferentes del importante mineral magnesio, basándonos en la evidencia científica. Todas de alta calidad y biodisponibilidad, para los diferentes grupos de personas, dependiendo de sus necesidades y objetivos.

### Magnesio como citrato 150 mg

Ideal para:

- Deporte, músculos y rendimiento físico.
- Fatiga y energía diaria (apoyo al metabolismo energético).
- Tránsito intestinal lento (efecto osmótico suave y natural).
- Personas con buena tolerancia digestiva que desean eficacia amplia.

### Magnesio como bisglicinato 150 mg

Ideal para:

- Personas con alta sensibilidad digestiva.
- Toma nocturna y relajación.
- Usuarios que necesitan magnesio sin efecto laxante.
- Personas que no toleran otras formas de magnesio.



Lamberts Española SL - Corazón de María 3, 28002, Madrid • 91 415 04 97 • E-mail: [info@lambertsespanola.es](mailto:info@lambertsespanola.es) • Web: <https://lamberts.es>  
Hechos en UK bajo estándares farmacéuticos GMP - Desde 1989 de venta en establecimientos acreditados de toda España - [@lamberts\\_nutrition](https://www.instagram.com/lamberts_nutrition)





## “COME MENOS, MUÉVETE MÁS”: EL MANTRA QUE PERJUDICA PERDER PESO CON SALUD

**Consejos médicos.** Cristina Petratti subraya que hay frases que “no dejan abordar bien la obesidad como enfermedad”, e incide en que así solo se “culpa a los pacientes”

Por Pilar Pérez. Fotografía de David González

**H**ay frases que se convierten en mantras: «Estás gordo porque quieres», «Si comieras menos y te movieras más...», «No le pones voluntad». Cristina Petratti, médico de familia, recibe en su consulta a más de un paciente que carga no solo con las secuelas de la enfermedad de la obesidad, sino con «el estigma de no haber hecho lo suficiente para evitarla».

Petratti tiene claro, y la experiencia de más de dos décadas dedicada a la obesidad la avala, que el mensaje «Come menos, muévete más», aunque lógico en apariencia, «es reduccionista y dañino». «Equivale a decirle a alguien con depresión que piense en positivo. Genera culpa, frustración y abandono en el paciente, en lugar de motivación», enfatiza.

En la actualidad, la ciencia y la medicina han dado pasos de gigante para señalar que no hay una obesidad, sino muchas, y que el individuo no es el culpable, pero sí responsable, como ella misma argumenta. «El paciente no eligió su genética ni su entorno, por lo que la culpa no le pertenece. Pero sí tiene responsabilidad: buscar ayuda, iniciar un tratamiento y sostener hábitos a largo plazo». Por eso, invita a los pacientes a un diagnóstico preciso, ya que «hay múltiples obesidades con mecanismos biológicos, riesgos y tratamientos distintos. Las guías internacionales proponen ya desde 2025 este cambio de enfoque». La experta lo resume en su último libro

*Obesidades sin culpa: no es falta de voluntad, es biología.* Aquí analiza cómo en esta «enfermedad inflamatoria de bajo grado, a largo plazo, crónica» intervienen el cerebro, las hormonas, el metabolismo, el entorno y las emociones. «No es una cuestión de disciplina ni de voluntad», insiste. Porque lo que calificamos como «kilos de más» o «estar gordo o delgado» tiene tras de sí un largo recorrido histórico y cultural: «Desde Hipócrates y Galeno se trató como fallo moral».

¿Cuál es la receta que sí funciona contra la obesidad? Primero, conocer qué cifras definen la enfermedad. ¿El índice de masa corporal (IMC)? Petratti defiende que «es un dato poblacional útil para la investigación, pero insuficiente a nivel individual». Y justifica este argumento en que no distingue dónde está la grasa ni cómo se comporta. «Lo determinante para la salud es la distribución de la grasa y la disfunción del tejido adiposo, no el número en la báscula», describe. Aquí señala que el perímetro de la cintura es un síntoma de alarma: «Más de 88 cm en mujeres y más de 105 cm en hombres indican mayor riesgo cardiovascular». Con una simple cinta métrica, se puede medir, y asegura que no se precisa de una gran inversión en las consultas.

Una vez delimitada la obesidad, los ejes para abordarla se centran en los hábitos. «El reto está en convertir las obligaciones o la disciplina en parte de nuestro estilo de vida; hay que integrarlas». ¿Cuáles? Alimentación, actividad física, gestión emocional y, cuando procede, abordaje terapéutico farmacológico o quirúrgico. «Los fármacos GLP-1 son una herramienta, no un milagro. Abren la puerta al cambio metabólico y reducen riesgos cardiovasculares, pero no funcionan solos», recuerda. «Sin cambio de hábitos, ni los medicamentos ni la cirugía bariátrica tienen un efecto duradero», recalca.

Interiorizar los hábitos resulta esencial dado que vivimos en entornos obesogénicos. «Las ciudades están diseñadas para el coche, los ultraprocesados son baratos y accesibles, las jornadas laborales roban el tiempo para cocinar, hay sedentarismo digital en niños... Todo apunta a que España podría alcanzar un 37% [hoy 24%] de obesidad en una década», advierte la experta de la Sociedad Española de la Obesidad.

«La obesidad no es un problema estético ni de voluntad, sino una enfermedad con base biológica que requiere tratamiento clínico», resume la experta, antes de remachar con la idea a la que vuelve siempre: «El juicio social aleja a los pacientes del sistema sanitario. Mientras la obesidad no sea reconocida y tratada como enfermedad crónica, seguirá sin recibir los recursos clínicos que merece».

## ENFERMERA SATURADA

### CHUPITOS DE JENGIBRE: ¿SON TAN MILAGROSOS COMO NOS CUENTAN?

**Sin evidencias.** Según el marketing, los beneficios son infinitos, pero no existe base científica sólida al respecto. Aunque esta raíz es saludable, debe usarse con precaución si se toman ciertos fármacos

**L**os chupitos de jengibre para beber, a menudo llamados *ginger shots* porque en inglés todo se vende mejor, se han hecho un hueco en supermercados, gimnasios y cafeterías de especialidad. Su sabor no es para todos los gustos. Confieso que los he probado para poder escribir este artículo. Son tantos los beneficios milagrosos que promete que merece la pena el esfuerzo de beberlo... ¿o no? **¿Qué beneficios dice tener el 'ginger shot'?**

Si nos fiamos de lo que nos cuentan, esa pequeña botella refrigerada nos proporcionará inmunidad instantánea, ayudará a quemar grasa acumulada, tiene efecto *detox* e incluso nos servirá para activar la digestión y prevenir enfermedades como la trombosis cerebral o el infarto de miocardio. En algunos envases sí no incluyen más beneficios debe de ser porque no había espacio en la etiqueta.

**¿Qué dice la ciencia sobre los 'ginger shots'?**

La composición varía enormemente, y aunque su ingrediente principal suele ser el jengibre, su concentración cambia mucho de unos a otros. Respecto a la mejora del sistema inmune por tomarlo,

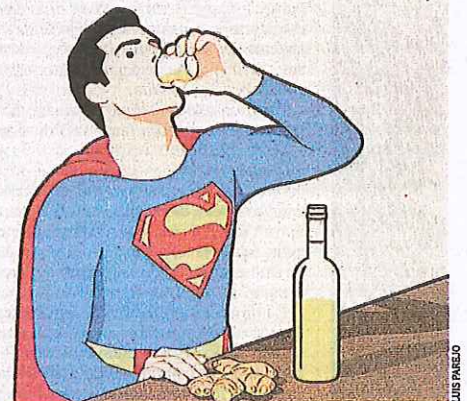
no existe a día de hoy una base científica sólida que permita afirmar tal efecto en una persona sana.

**¿Pero el jengibre tiene propiedades saludables?**

Por supuesto que sí, se trata de una raíz que se lleva utilizando siglos en medicina y los estudios científicos que encontramos publicados en revistas de prestigio sobre sus beneficios son abundantes y con resultados claros. Una infusión de jengibre, de la raíz fresca, puede aliviar náuseas y vómitos leves, como los que generalmente se producen después de un ciclo de quimioterapia. También ayuda a aumentar el vaciado del estómago, por lo que será útil en digestiones pesadas.

**¿Puede interactuar con algunos medicamentos?**

Que algo sea natural no quiere decir que sea inocuo, y el jengibre debe usarse con precaución si tomamos ciertos medicamentos. Por ejemplo, anticoagulantes/antiagregantes (potencia su efecto, por lo que el riesgo de sangrado aumenta); antidiabéticos (puede potenciar la reducción de los niveles de glucosa en sangre) o antihipertensivos (podría ayudar a reducir la tensión, por lo que junto al fármaco podría producir una bajada excesiva).



## LA MÁSCARA QUE OCULTÓ EL AUTISMO DE BEA DURANTE 33 AÑOS: "ME SENTÍ UNA EXTRA-TERRESTRE"

**Neurodivergencia.** Bea Sánchez aprendió a camuflarse en un mundo que sentía que no estaba hecho para ella. Acaba de plasmar su experiencia de diagnóstico tardío del autismo en la obra 'Pues no se te nota' (Península). "Fue un vuelco a nivel emocional", confiesa

Por Cristina G. Lucio. Fotografía de Lucía Rivas

**D**urante muchos años, Bea Sánchez sintió que no se le daba bien vivir. «Siempre me he preguntado por qué no podía fluir como el resto, por qué no podía relajarme, por qué no podía disfrutar...», recuerda. Todo encajó hace siete años, cuando a los 33, le diagnosticaron autismo. «Sentí paz, alivio y mucha tranquilidad porque ya no me sentía tan responsable o tan culpable de esa cantidad de fricción con la vida que siempre había sentido».

Con el diagnóstico entendió por fin por qué el ruido siempre le ha molestado mucho más que al resto, por qué el contacto físico muchas veces le genera incomodidad, por qué no soporta la textura o el color de algunos alimentos o también por qué en tantas ocasiones se ha sentido «una auténtica extraterrestre».

«Con nueve años detectaron que tenía altas capacidades y todo lo que me pasaba intentaban achacarlo a eso, pero yo sabía que no explicaba toda mi realidad», afirma, bajo la sombra de dos majestuosos nogales. Pinos, olivos y jaras es todo lo que se contempla desde el patio de su casa, situada en un recóndito enclave de Jaén.

Es su refugio, un lugar que no aparece en Google Maps y al que sólo se llega con indicaciones a la antigua usanza: al llegar a la ermita, sigue recto y cuando el camino se bifurque, toma la senda de la derecha... «Aquí no llega ni el correo», aclara. Ni siquiera hay timbre en la puerta. La familia se mudó aquí en 2021, dejando atrás una vida muy diferente en Sevilla.

Recibir el diagnóstico de autismo supuso «una primera revolución», prosigue Bea, que se tomó un tiempo antes de retomar la conversación. Pero no fue la única. También vivió «un segundo vuelco emocional» cuando comprendió que, durante todo ese tiempo, había estado camuflando su condición.



ARARA PRESS

**Bulos.** El autismo se presenta de forma diferente en cada persona, también en cuanto al funcionamiento intelectual. No todos los casos padecen discapacidad, como señalan algunos estereotipos

**Inteligencia.** En la misma línea, tampoco pueden asociarse todos los casos de autismo con un talento extraordinario o habilidades especiales, como muestran algunas películas o series de televisión

**Comunicación.** Aunque sus habilidades de interacción social pueden ser distintas de las habituales, las personas con autismo sí tienen interés en relacionarse e interactuar con los demás

**Impacto.** Tradicionalmente, se ha considerado un trastorno mayoritariamente masculino, pero el aumento del diagnóstico en niñas, especialmente en aquellas sin discapacidad, cuestiona esta afirmación

El hecho de que el diagnóstico no hubiera llegado antes se debía en parte a que, desde pequeña y de forma inconsciente, había creado «una máscara» que hacía entender a los demás que sus «rarezas eran una mezcla de inteligencia y timidez femenina».

Bea compara el fenómeno con esas mariposas que tienen alas con dos caras diferentes. Una es brillante, de vivos colores. Y otra resulta mucho menos llamativa, pero es la que les permite mimetizarse con el entorno y sobrevivir.

«Desde pequeña empiezo a comprobar que hay una demanda para que sea como el resto, para que me parezca a mi hermana o a mi círculo. Había una diferencia entre el grupo y lo que salía de mí. Y se me demandaban ciertas acciones sociales que yo no cumplía, así que de forma inconsciente aprendí a crear una cara más aceptable para mi entorno».

Este camuflaje, insiste, no es embuste, sino «una estrategia de supervivencia», una forma de «autoprotección para encajar» y escudarse ante el posible rechazo. Pronuncia estas palabras con detenimiento, subrayándolas pero sin levantar la voz y pensando unos segundos antes de continuar.

«La historia personal del camuflaje se escribe con pequeñas frases como *Vale, me encantaría y Allí nos vemos*. Este doblegarse ocurre de forma lenta y sostenida en el tiempo y se ejercita en paralelo a la consciencia de ser diferente y al miedo a verse solo», resume Sánchez en *Pues no se te nota*, una obra surgida tras su propia experiencia de diagnóstico tardío de autismo que aborda el fenómeno del camuflaje en personas neurodivergentes, repasando sus características y consecuencias. El libro acaba de ser editado por Península tras haber sido un éxito como obra autoeditada.

Esa frase que da título al libro la ha escuchado en incontables ocasiones, lamenta. «Me dicen que no parezco autista. Pero es que no existe un solo perfil en el autismo. Y algunos piensan que no puedes ser autista si no se cumplen ciertas expectativas conductuales o de presentación. Que no puedes ser autista si miras a los ojos cuando hablas con la gente, si tienes hijos y pareja o si eres independiente. Esto es de una ignorancia supina, pero sigue estando ahí», recalca, sosteniendo la mirada.

Confirma sus palabras la neuropediatra María José Mas, quien recuerda que el autismo engloba un amplio espectro y que algunas personas con autismo pueden pasar más desapercibidas por su capacidad para enmascarar y adaptar sus conductas

de forma efectiva. «En el autismo hay dificultades en la comunicación social, en el lenguaje o la interacción con otros y el repertorio de intereses es poco variado. Pero la intensidad de cada manifestación varía en una misma persona y de un individuo a otro, formando un espectro», señala Mas. Además, «quienes tienen mejores capacidades cognitivas y sociales se adaptan mejor al entorno, y pueden pasar desapercibidos mientras las exigencias del entorno no sobrepasen sus habilidades», aclara.

«Puedes tener un cerebro atípico y conseguir que no se note», remacha, en la misma línea, Bea Sánchez, que incide en que no todas las personas con autismo pueden camuflar su condición. «Para llevar a cabo el camuflaje social es necesaria cierta habilidad intelectual y procesos de metacognición. Cuanto más inteligente seas, más recursos desarrollarás para que esta máscara tuya sea indetectable, incluso para ti mismo», asegura. Ella misma practicó el camuflaje durante años sin ni siquiera darse cuenta, reconoce.

«Me he ido dando cuenta de tantas cosas...», musita, deslizando sus manos con suavidad sobre la mesa de la cocina. «He tenido que preguntarme mucho qué parte de mí es mala y qué parte es un aprendizaje para parecerme a todo mi entorno. «Camuflarte es una forma de complacer y no disenter de tu sociedad, tu familia o tu entorno», señala. En su caso, ese enmascaramiento incluye también grandes dosis de anticipación. «Preparo guiones de lo que puede pasar y lo que no. Hago una especie de revisión de situaciones similares, de lo que ocurrió en entornos parecidos, lo que funcionó y lo que no. Y monitorizo mucho mi cuerpo, si estoy sosteniendo la mirada, dónde coloco mis brazos, etc.», aclara.

Porque el autista camuflado, continúa, lo que hace es un constante repaso mental de lo que debería y no debería hacer o decir en un acto social. B intenta adaptarse continuamente a las expectativas sociales. «Camuflarte es una forma de complacer y no disenter de tu sociedad, tu familia o tu entorno», señala. En su caso, ese enmascaramiento incluye también grandes dosis de anticipación. «Preparo guiones de lo que puede pasar y lo que no. Hago una especie de revisión de situaciones similares, de lo que ocurrió en entornos parecidos, lo que funcionó y lo que no. Y monitorizo mucho mi cuerpo, si estoy sosteniendo la mirada, dónde coloco mis brazos, etc.», aclara.

### «Puedes tener un cerebro atípico y conseguir que no se te note. El camuflaje es una estrategia de supervivencia, una forma de autoprotección»

### «Ese doblegarse ocurre de forma lenta y sostenida y se ejercita en paralelo a la consciencia de ser diferente y el miedo a verse solo»

—En cierta medida, todos fingimos por convención social o ante situaciones que no nos agradan. ¿Cuál es la diferencia entre esa adaptación y el camuflaje de una persona autista?

—Cuando hablamos de camuflaje lo que tú pretendes ocultar es tu neurodivergencia. Quieres no parecer autista o TDAH. Quieres simular que tus conductas son coincidentes con las de la mayoría. No se trata de adaptarte al tema de turno, a ese espacio o a la gente, sino que va más allá. Es algo más interno que busca anular tu identidad porque sabes que puede ser estigmatizada.

Además, añade Bea, camuflar conlleva un «enorme agotamiento» una vez que se suelta la máscara. Esa necesidad de estar constantemente en

hiperalerta, monitorizando lo que ocurre, intentando adaptarte y previendo lo que puede ocurrir exige un enorme esfuerzo, explica ella, quien recuerda que la estrategia también incluye en muchas ocasiones contención física, como control de movimientos, lo que acarrea un enorme cansancio posterior.

María José Mas compara el esfuerzo con tener que participar en un evento hablando un idioma que se maneja con dificultad. Todo tu foco y tu atención tiene que estar puesta en no perder el hilo y mantener la conversación, lo que puede resultar agotador, confirma.

Bea Sánchez achaca el desplazamiento de mandíbula que sufre a los «esfuerzos agotadores» tras camuflar en un evento social o ante determinadas interacciones. Pero las consecuencias negativas pueden ir mucho más allá e incluir dolores físicos, desafíos de salud mental o dificultades con la autoestima, entre otras secuelas, remarca.

El camuflaje es «física y mentalmente agotador» y necesita tiempo de recuperación, insiste. «Estaría bien apreciar el ingenio y el esfuerzo hercúleo de todos los que han metido su corazón en una madriguera para lograr tener amigos, trabajo, pareja incluso», reflexiona en el texto.

El libro no es un manifiesto contra el camuflaje, señala la autora. Esta estrategia, subraya, puede ser una herramienta útil y necesaria en algunas circunstancias siempre que no sea constante y se acompañe de un espacio para descomprimir y liberar toda esa tensión acumulada.

«Ahora yo sé que si tengo que participar en un evento, luego necesito tener un espacio y un tiempo para poder regularme. Leer es lo que más me descomprime. Es mi manera de regularme, porque las palabras, más en concreto las letras, siempre son las mismas. Eso me regula mucho. Lo hago constantemente, buscar letras, palabras, letras por todas partes».

Dice que apenas lee ficción, porque su foco de interés está en ensayos sobre neurodivergencia. Un despacho abarrotado de libros de esta temática, muchos de ellos en inglés, lo atestigua. Ha llegado a leer 13 volúmenes en un solo mes.

«Ahora leo de forma más lenta. He estudiado mucho sobre velocidad de procesamiento autista y me di cuenta de que estaba actuando en contra de mi propia velocidad interna». El diagnóstico también es esto, asegura: darse ciertos permisos que antes no tenía.

«Me voy quitando capas que no me identifican, no me pertenecen o no me hacen sentir cómoda», explica.

—¿Por ejemplo?

—Me permito ser más niña y más inmadura de lo que me permitía antes. Siempre quería dar esa imagen de persona independiente, adulta, seria, funcional... que es una palabra que me parece horrible porque no somos robots de productividad. Pero ya no lo hago.

«También he aprendido a decir que no», continúa. «Yo era la más complaciente del universo. Siempre atendiendo cualquier demanda de hay que ir, hay que estar. Porque crees que diciendo que no vas a aumentar el rechazo más todavía. Pero ese no decir no suponía un coste enorme. No tiene sentido. Ahora tengo un máster en intentar no complacer a los demás a costa de mi propia salud».

Hay un mensaje que Bea quiere que quede claro: «Camuflarse no es algo deshonroso, es una estrategia de adaptación de la que no eres culpable y reconocerlo no te obliga a dejar de hacerlo de forma absoluta. Es más, te da opciones».

Lo importante, subraya, es «tener un espacio seguro que te permita saber quién eres después de tanto camuflaje».

Para ella su refugio es poder leer, estar en casa, disfrutando del campo, del silencio, de sus cinco hijos y su marido. «Siempre que me preguntan por las vacaciones digo que no quiero ir a ningún sitio, yo donde quiero estar es en mi casa. Lo importante es poder tener un espacio seguro donde puedas dejar de usar tu máscara lo suficiente para no perderte».

## SORIA

# La unidad de custodia de presos en el hospital estará operativa en julio

Instituciones Penitenciarias asegura que las obras van a buen ritmo, aunque se ha superado el plazo oficial de 5 meses / La obra fue adjudicada por 707.000 euros

MILAGROS HERVADA SORIA

Las obras de reforma y ampliación del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria, ahora a falta de los últimos flecos para terminar, según la Junta de Castilla y León, supusieron la eliminación de la anterior unidad de custodia para presos en el edificio, lo que obligó a la ejecución de nuevas instalaciones para la atención sanitaria de los internos con las exigencias necesarias de seguridad. Según confirmó Instituciones Penitenciarias, la nueva unidad de custodia en el Santa Bárbara será una realidad el próximo mes de julio.

Tras una licitación fallida por parte de la Sociedad de Infraestructuras y Equipamientos Penitenciarios y de la Seguridad del Estado, Siespe, la segunda culminó con la adjudicación a la unión temporal de empresas FCC Construcción SA y FCC Industrial SAU, que formalizó el contrato en septiembre de 2025, por una cuantía de 707.000 euros.

El mismo contemplaba un plazo de cinco meses para la ejecución de las obras, contando a partir de un mes más tarde, el tiempo máximo previsto para la firma del acta de replanteo. De este modo, la unidad de custodia debería haber estado finalizada en marzo, lo que evidencia que se ha superado el plazo contemplado puesto que hasta julio no estará concluida, como indicaron desde Instituciones Penitenciarias, que asegura que las obras van a buen ritmo.

Desde la Junta de Castilla y Le-



La unidad de custodia estará ubicada en la sexta planta del Hospital Universitario Santa Bárbara. M. TEJEDOR

ón ya dejaron caer la queja por el retraso, pues la delegada territorial, Yolanda de Gregorio, afirmó que la finalización del Santa Bárbara está condicionada por la necesidad de coordinar estos remates con las exigencias del módulo penitenciario. En concreto se refirió al acceso, porque «si se finalizan los trabajos sin permitir esa intervención, luego no podría incorporarse».

Se da la circunstancia de que aun-

que las obras de la unidad de custodia y las del hospital las promueven administraciones diferentes, el Gobierno de España a través de la Sociedad de Infraestructuras y Equipamientos Penitenciarios y de la Seguridad del Estado en el primer caso, la Junta de Castilla y León en el segundo, la empresa que las ejecuta es la misma, FCC Construcción SA y FCC Industrial SAU.

El proyecto contempla la adecuación de dos habitaciones de uso pe-

nitenciario en la sexta planta del hospital, con sus dependencias anexas (vestuario, almacén y aseos), sobre una superficie de 162 metros cuadrados. Asimismo, se habilita en la primera planta una sala de espera y aseos de 32 metros cuadrados. Estos espacios, ya reservados para Instituciones Penitenciarias, requieren su adaptación conforme a las exigencias de seguridad y funcionalidad propias de este tipo de instalaciones.

HERALDO-DIARIO DE SORIA.

Lunes 27 de abril 2026

## Palencia se convertirá durante dos días en capital de la salud mental

VALLADOLID

La salud mental en el trabajo, el impulso de redes científicas internacionales y la incorporación de herramientas como la inteligencia artificial marcan la evolución de la Enfermería del Trabajo, una especialidad clave para el cuidado integral de millones de trabajadores, que aún tiene que romper muchos techos de cristal. Lo explica a Ical la presidenta de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo de Castilla y León (AETCyL) Ana Guerra, a las puertas del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, que se celebra este martes, 28 de abril, y también presidenta del III Congreso Internacional de Enfermería del Trabajo, que acogerá Palencia entre el 14 y el 16 de mayo, bajo el lema 'El valor de los cuidados: liderazgo, ciencia y compromiso'.

La cita abordará temas clave como la salud mental, la investigación, la innovación tecnológica o el bienestar corporativo, a través de mesas científicas, talleres y espacios de intercambio, con lo que el colectivo reivindica su papel estratégico en las empresas, donde no solo previene riesgos, sino que detecta de forma precoz problemas emocionales, promueve el bienestar y contribuye a entornos laborales más saludables, porque «cuidar la salud de las personas trabajadoras es cuidar a la sociedad en su conjunto», precisa Guerra. En España, más de 22,5 millones de personas desarrollan su actividad laboral durante una media de ocho horas diarias, un tiempo que convierte al entorno de trabajo en un determinante fundamental de la salud.

## La magistrada de Menores toma posesión como nueva presidenta del Tribunal de Instancia de Soria

Sustituye a la anterior jueza decana, con cambio en la denominación del cargo

M.H. SORIA

Los cambios para la adaptación a la Ley Orgánica de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia también llegan al nombramiento de cargos y el juez decano, en el caso de Soria, decana, pasa a denominarse presidenta de Tribunal de Instancia.

Quien ostenta ya este puesto, tras la reciente toma de posesión, es la magistrada titular de la plaza 1 de la Sección de Menores de Soria, María del Mar Lorenzo Calvo, quien también refuerza la sección de civil e instrucción plaza número 3, lo que antes de la entrada en vigor de la Ley el pasado 31 de diciembre se denominaba Juzgado

de Primera Instancia e Instrucción número 3 de Soria, con competencia en violencia sobre la mujer.

El acuerdo de la Comisión Permanente del Consejo General del Poder Judicial del 24 de marzo dio por válida la decisión de la Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, de 27 de febrero, en relación con la Junta de Jueces del Tribunal de Instancia de Soria de 28 de enero, por la que hizo propuesta de designación y nombramiento de la presidenta del Tribunal de Instancia de dicho partido, según elección hecha por la Junta de Jueces.

Nombró presidenta a María del

Mar Lorenzo Calvo, magistrada con mejor puesto en el escalafón, por un periodo de cuatro años. Sustituye así a la anterior jueza decana, Cristina Sualdea, al frente de Penal, en el puesto durante años.

El día 28 de enero de 2026 se celebró Junta de Jueces del partido judicial de Soria para proceder a la elección de la Presidencia del Tribunal de Instancia, cargo para el que se presentaron dos candidatas, María del Mar Lorenzo Calvo e Irene Carmen Barrena Casamayor, magistrada de la Sección de lo Social del Tribunal de Instancia plaza número 1. Se realizaron dos votaciones con resultado de empate y resultó elegida Lorenzo Cal-

vo al ser la magistrada con mejor puesto en el escalafón.

El cargo de presidenta del Tribunal de Instancia otorga la máxima representación institucional del tribunal y entre sus funciones está coordinar su funcionamiento organizativo y velar por el reparto equitativo de los asuntos. Promueve la unificación de criterios y prácticas entre jueces y magistrados del Tribunal de Instancia, preside las juntas y resuelve recursos gubernativos en materia de reparto, además de labores de inspección para comunicar a la Sala de Gobierno posibles anomalías en el funcionamiento de los servicios comunes.

## CASTILLA Y LEÓN

# Castilla y León retrasa la maternidad: más madres de 40 que de menos de 25

● La proporción de progenitoras con más edad en la Comunidad pasa del 5,5% en 2009 al 11,7% en 2025, la quinta más alta en España ● Suben ligeramente los nacimientos, aunque las defunciones los duplican

**VALLADOLID** Castilla y León es una población envejecida y el saldo vegetativo se mantiene negativo, porque son más las muertes que los nacimientos. De hecho los nacimientos suben ligeramente, pero las defunciones siguen duplicando a los alumbramientos. Hasta el punto que en 2025, la Comunidad registró la segunda peor diferencia, con 16.317 después de que 12.650 personas vinieran al mundo frente a las 28.967 que fallecieron. Un saldo que solo es superado por Galicia. Hay otra realidad donde Castilla y León sale mal parada como es el retraso de la maternidad, ya que nacen más bebés de madres de 40 o más años que progenitoras menores de 25.

La Estadística Mensual de Nacimientos, publicada por el INE y recogida por la Agencia Ical, señala que el año pasado nacieron 12.650 bebés en Castilla y León, que supusieron un 0,8% más que en 2024. Desde 2013, solo cuatro años registraron aumentos en la comparativa interanual (2025, 2024, 2022 y 2014), gracias a la población inmigrante que tiene más hijos. De ese total de nacimientos, 1.188 correspondieron a mujeres menores de 25 años (9,4%) mientras que 1.483 fueron de madres con 40 o más años (11,7%). Además, el 43% de los nacimientos contabilizados en la Comunidad el año pasado correspondía a madres que superaban los 35 años, con 5.417. Una edad en que marca el límite de la fertilidad, porque a partir de esa franja las posibilidades de que una mujer se quede embarazada disminuyen significativamente.

Aquí, también, Castilla y León ocupa los primeros puestos en el conjunto de España. En concreto, cuenta con el quinto mayor porcentaje de madres de más edad, por detrás de Galicia (14,5%), Asturias (13%), Cantabria (12%) y Madrid (11,8%). La media nacional es del 10,4%. Es decir, 1,3 puntos menos que en la Comunidad. Por el contrario, los territorios que tienen una mayor proporción de madres con

menos de 25 años son Murcia (11,9%), Andalucía (11,6), Canarias (11,5) y Valencia (10,5%), sin incluir a la ciudad autónoma de Ceuta.

En 2009, las madres de menos de 25 años protagonizaron el 10,4% de los nacimientos en Castilla y León mientras que las que superaban los 40 eran solo el 5,5% de los partos. Por lo tanto, la proporción de progenitoras mayores se ha duplicado con creces en 15 años.

Un análisis pormenorizado de los datos del INE permite comprobar que el tramo de edad que suma más nacimientos en la Comunidad es el de entre 30 y 34 años (4.009), seguido de entre 35 y 39 años (3.934). El año pasado registró el nacimiento de un bebé cuya madre tenía menos de 15 años y 238 de mujeres entre 15 y 19 años. Además, hubo 140 partos de mujeres con una edad entre 45 y 49 años y once, con 50 o más.

En todas las provincias de Castilla y León, el porcentaje de madres con 40 o más años supera el 10%, salvo en Palencia, donde en 2025 fue del 8,3%. Las tasas más elevadas se registraron en Zamora (13%), Salamanca (12,3%), Valladolid (12,5%) y León (12,2%). A continuación, se situaron Burgos (11,6%), Ávila y Segovia (10,9%, en cada caso), Soria (10,7%). En cuanto a las madres más jóvenes, con menos de 25, solo Valladolid y Zamora superaron el 10%, con un 10,5 y un 10,8%, respectivamente, mientras que Palencia se quedó con el 10,1% y León, el 9,8%. Completan el listado Burgos (9,3), Segovia (8,9), Ávila (8,5), Salamanca (7,6) y Soria (6,9%). Por lo tanto, la tasa de madres mayores es superior que el de mujeres que dan a luz con menos de 25 años en todos los territorios.

El retraso de la maternidad es uno de los motivos de la caída de la natalidad, ya que la edad es uno de los principales obstáculos para que una mujer se quede embarazada. Las mujeres de Castilla y León tuvieron en 2024 su primer hijo a los 32 años de media. Una edad que seis años más con los que lo

## Nacimientos según la edad de la madre

### ■ Provincias (2025)

	Menores de 25 años	% sobre el total	Mayores de 40 años	% sobre el total	Total*
■ Ávila	75	8,5	96	10,9	884
■ Burgos	195	9,3	245	11,6	2.106
■ León	196	9,8	244	12,2	2.006
■ Palencia	81	10,1	67	8,3	805
■ Salamanca	124	7,6	200	12,3	1.628
■ Segovia	83	8,9	102	10,9	937
■ Soria	34	6,9	53	10,7	495
■ Valladolid	319	10,5	380	12,5	3.045
■ Zamora	80	10,8	97	13	744
■ Total	1.188	9,4	1.484	11,7	12.650
■ España	30.577	9,5	33.380	10,4	321.348

(\*Incluye 9.979 nacimientos de madres de edad comprendida entre los 24 y los 39 años)

### ■ Comparativa (2009-2025)

Edad de la madre	Nacimientos 2009	% sobre el total	Nacimientos 2025	% sobre el total
■ Menos de 25 años	2.133	10,4	1.186	9,4
■ De 25 a 39 años	17.162	84,1	9.979	78,9
■ Más de 40 años	1.121	5,5	1.484	11,7
■ Total	20.416	100	12.650	100

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística



laboral y una sobrecualificación, que no se traduce en empleos estables ni bien remunerados.

Todo ello, aseguró, provoca un retraso en los procesos de emancipación, que en la Comunidad ya se sitúa por encima de los 30 años de media. «Este retraso impacta directamente en decisiones vitales como la maternidad o la formación de una familia, que se posponen por falta de voluntad, sino por falta de condiciones», sentenció Acebes.

El docente de la UEMC subrayó también un cambio sociológico por la «devaluación» o «deterioro» de la institución familiar. «Hace 40 años, la familia era una institución muy fuerte y muy valorada por la sociedad y ahora ha quedado en segundo plano. Ya no es indispensable ser madre», sentenció. Tampoco se olvidó de mencionar que el concepto de «primer amor» ha cambiado con el paso del tiempo. «Nuestro padres y abuelos se enamoraban con 20 años y su pareja era para toda la vida, algo impensable ahora», apuntó. En este sentido, se refirió al «amor líquido», relacionado con una transformación de la concepción de las relaciones amorosas.

Por otro lado, está presente la llamada «segunda juventud», que se inicia con 40 años. «Cada vez vivimos más y las etapas de la vida se alargan, sobre todo la de juventud, que es la de preparación para la vida adulta. La adultez se ha reducido a costa de la juventud», expuso Eduardo González. Algo que está relacionado con la tendencia al individualismo y al disfrute de una vida independiente frente a tener una pareja, que supone cesiones y límites.

La presidenta del Consejo de la Juventud castellano y leonesa concluyó que el aumento relativo de la maternidad en edades más avanzadas y el descenso entre las más jóvenes no debe interpretarse como una «libre elección generacional aislada», sino como la consecuencia de un contexto que limita la capacidad de la juventud para decidir cuándo y cómo desarrollar su proyecto vital.

tenían hace cuatro décadas (25,6 años).

### CONDICIONANTE

El profesor de Ciencias Sociales de la Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC) de Valladolid, Eduardo González, consideró que el retraso de la maternidad está relacionado con el componente económico. «Ser madre no es una decisión baladí por que es algo que nos condiciona de por vida, al formar parte de un proyecto familiar. Y eso obliga a contar con un sustento económico suficiente», precisó. A su juicio, puede existir un deseo y una voluntad de crear una familia pero está «muy presente» el condicionante estructural y económico.

En este sentido, mencionó a Ical que, con los cambios experimentados en el mercado laboral, lo habitual es contar con una formación de diez años para alcanzar un puesto de trabajo que permita vivir de forma holgada. Hasta llegar a ese mo-

mento, añadió, hay una precariedad laboral y una incertidumbre económica, unido al problema de la vivienda, que traen consigo una emancipación tardía. «No puedes proyectar un plan de vida a los 25 años por que, a esa edad, muchos jóvenes están en periodo de formación como en la universidad», expuso.

Por su parte, la presidenta del Consejo de la Juventud de Castilla y León, Ainoa Acebes, aseguró que el hecho de que los nacimientos de mujeres de 40 años y más superen a los de menores de 25 años no es una cuestión meramente demográfica o cultural, sino que responde, en gran medida, a las condiciones materiales de vida de la juventud. «Nos enfrentamos a importantes dificultades estructurales para desarrollar proyectos de vida autónomos», denunció. Entre ellas, citó el elevado coste de la vivienda -tanto en compra como en alquiler-, unos salarios bajos en comparación con el coste de vida, la alta temporalidad

Todos los martes...

INNOVADORES



EL MUNDO



## INNOVADORES

**MEJORES HORMIGONES GRACIAS A LOS RESIDUOS.** Investigadores de la Escuela Politécnica Superior de la USAL en Zamora reutilizan la tierra de diatomeas proveniente

de la industria láctea de la provincia para la producción de materiales de mejores prestaciones mediante su uso de reemplazo al cristal líquido, un silicato industrial.

# HERALDO-DIARIO DE SORIA

## EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Martes 28 de Abril de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXIII. Número: 19597

## Antón tiende la mano al diálogo como alcalde, 'gobernar es escuchar'

● Asume el cargo con «orgullo, agradecimiento y responsabilidad desde la humildad», marcando su línea de trabajo en la igualdad, el feminismo y la sostenibilidad, y reivindicando el municipalismo



## Condenado a 23 años de cárcel el asesino de su pareja en Matamala

**SORIA**  
La Audiencia Provincial de Soria condena a 23 años de cárcel al acusado del asesinato de su pareja sentimental en Matamala de Almazán en la Navidad de 2022, además de un año más por el delito de daños, ya que incendió la vivienda en la que se produjeron los hechos con la intención de ocultar el crimen, según consideró el jurado popular que otorgó el veredicto de culpabilidad. **Pág. 6**

2

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Martes 28 de abril 2026

## OPINIÓN

### Las huelgas de médicos salen caras

LAS HUELGAS de médicos con las que nos obsequia la ministra de Sanidad, Mónica García, por negarse a dialogar y negociar con el colectivo, empiezan a costarnos caras a los ciudadanos, que las pagamos con la suspensión de consultas y el cierre de quirófanos. Y todo esto tendrá su consecuencia ineludible en las listas de espera, que volverán a engordar. Sólo ayer se suspendieron casi 200 operaciones en la sanidad de Castilla y León, 400 pruebas diagnósticas y más de 8.000 consultas. Las huelgas de médicos nos salen caras a los contribuyentes, que pagamos la sanidad y también pagamos las broncas entre médicos y políticos.

Confiemos en que los prestigitadores estadísticos de la Consejería de Sanidad no aprovechen la movilización médica para camuflar parte de la incompetencia que también rige entre tanto gerente, coordinadores y coordinadores de los coordinadores. Demasiados médicos en puestos burocráticos, mientras en algunos ambulatorios, como se les conoce clásicamente a los centros de salud, las esperas en atención primaria en algunas consultas no bajan de los ocho días. Son siempre ocho días, como es el caso del Pisuerga en Arroyo de la Encomienda, sin ir más lejos de Valladolid. Han inventado el nuevo sistema métrico decimal: el litro, el kilo, el metro y los ocho días de espera para consulta. No faltan médicos. Sobran médicos dedicados a la burocracia y a los kilómetros para cubrir puestos o hacer guardias. Falta organización o el sistema acabará estallando. Y esto no es causa de la

ministra que cubre su hambre de vanidad con el protagonismo perdido en el Gobierno de Sánchez, en vez de estar en la algarada continua contra Isabel Díaz Ayuso. Por cierto, que Madrid, con todas las críticas, demonizaciones y demás bulos sobre su sanidad, es, de largo, la comunidad con las listas de espera más mermaidas. No hay ningún secreto. Y seguramente si lo copiaran los rectores de la sanidad de Castilla y León, nuestras listas de espera, que están mucho mejor que el conjunto nacional, todavía brillarían más esplendorosas. Consiste en no detener la Sanidad los fines de semana, como si las dolencias y enfermedades se fueran de puente. En Madrid las pruebas e intervenciones también se practican sábados y domingos. Mañana y tarde. Es una idea de gestión que no requiere de grandes estrategias sanitarias. Tomen nota los otros y los unos para incorporar entre las prioridades nacionales del pacto venidero. Prioridad nacional es también, sin género de duda, que haya oncólogos en El Bierzo, donde el gerente, Juan Ortiz de Saracho, gestiona un verdadero desguace de sanidad, pero da rueda de prensa sobre auténticas perlas. Sólo hay que ver los resultados electorales del 15-M, con un PP 14 puntos por debajo del PSOE en Ponferrada, para pulsar el sentir de la gente y lo encantada que está con la sanidad berciana y las zarandajas del gerente, que llegó para arreglar el desaguado y, de momento, ni un palo al agua. Prioridad nacional es que haya anestesiistas en el hospital de Miranda.

# CASTILLA Y LEÓN

## Los médicos retoman la huelga con 8.681 consultas y 194 operaciones canceladas

● El sindicato médico llevará su protesta a las puertas de los hospitales ● El consejero, Alejandro Vázquez, exige a Sánchez el «cese inmediato» de la ministra Mónica García «por su incapacidad para resolver el grave conflicto»

**SANTIAGO G. DEL CAMPO VALLADOLID**  
Los médicos de Castilla y León retomaron ayer la huelga, sumando a la larga lista cosechada durante casi un año 8.681 consultas y 194 operaciones quirúrgicas canceladas más en la Comunidad, a lo que hay que añadir otras 408 pruebas diagnósticas no realizadas. Es el triste balance de una jornada que, sumada a las otras movilizaciones, convierte el calendario de atención médica en las nueve provincias en un queso de gruyer con un total de casi 200.000 consultas y 5.000 cirugías suspendidas.

El desocio de las protestas en la atención sanitaria redunda directamente en perjuicio de los ciudadanos. La lista de espera se ha disparado de tal modo que será muy difícil volver a adecuar el ritmo. Los facultativos protestan ante el Gobierno de España, alzan la voz a la ministra de Sanidad, Mónica García, a la que exigen un Estatuto Marco propio, pero los daños colaterales son dramáticos.

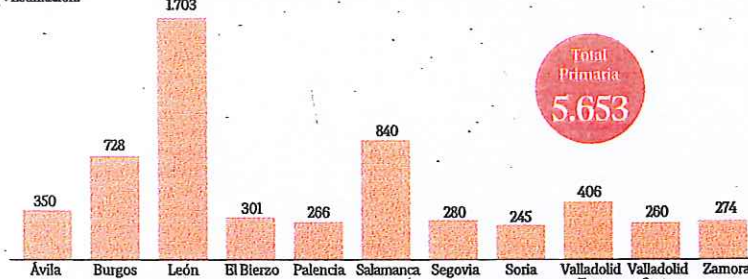
El 18% de los médicos de Castilla y León secundó en la jornada de ayer la huelga, que además del Estatuto Marco pide la eliminación de las guardias de 24 horas y limitar la jornada a 35 horas semanales, amén de otras demandas relativas a la jubilación y la calificación profesional. Tan nula es la respuesta del Gobierno de España que el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, salió a la palestra para exigir al presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, el «cese inmediato» de la ministra titular.

El paro convocado en los centros sanitarios de la Junta de Castilla y León por los sindicatos médicos —dentro de la convocatoria a nivel nacional— tuvo un seguimiento medio del 18%, según los datos registrados por la Gerencia Regional de Salud en las once áreas de salud de la Comunidad en el turno de mañana. En el conjunto de centros de Sacyl, el paro alcanzó una media del 22% en Atención Hospitalaria (985 profesionales en huelga) y del 10% en Atención Primaria (228 en huelga).

Secundaron la huelga 1.213 facultativos de los 6.896 disponibles en el turno de mañana. Por provincias, el seguimiento fue del 9,1% en Ávila, con 36 médicos en huelga; del 2% en Burgos, con 192; del 27,5% en León, con 319; del 14,1% en Palencia, con 58; del 13,9% en Salamanca, con 184; del 14,8% en Segovia, con 67; del 20,6% en Soria, con 44; del 16,8% en Valladolid, con 271 y del 9,9% en Zamora, con 42 médicos en huelga, según las cifras difundidas por la Consejería de Sanidad.

En cuanto a las 8.681 consultas canceladas en esta primera jornada de huelga de abril, 5.653 correspondieron a medicina familiar y pediatría en el

### HUELGA DE MÉDICOS EN CASTILLA Y LEÓN CONSULTAS CANCELADAS EN MEDICINA DE FAMILIA Y PEDIATRÍA



### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CONSULTAS EXTERNAS CANCELADAS

	Intervenciones quirúrgicas		Pruebas diagnósticas		Consultas externas	
	Canceladas	% canceladas	Canceladas	% canceladas	Canceladas	% canceladas
C.A. de Ávila	0	0	7	3	137	12
C.A.U. de Burgos	35	45	48	25	409	20
H. Santos Reyes	0	0	2	10	127	46
H. Santiago Apóstol	0	0	21	48	79	29
H. El Bierzo	6	53	21	26	10	23
C.A.U. de León	25	57	48	31	862	33
C.A.U. de Palencia	17	45	28	19	113	11
H.U. de Salamanca	46	54	11	24	433	15
H.U. de Segovia	13	54	72	58	273	20
C.A. de Soria	15	79	42	40	149	26
H. Clínico de Valladolid	16	29	20	14	156	8
H. de Medina del Campo	3	23	24	63	26	6
H.U. Río Hortega	15	38	37	20	245	11
C.A. de Zamora	3	10	27	16	9	14

FUENTE: Sacyl

EL MUNDO

turno de mañana, que por áreas de salud se distribuyó en 350 en Ávila; 728 en Burgos; 1.703 en León; 301 en El Bierzo; 266 en Palencia; 840 en Salamanca; 280 en Segovia; 245 en Soria; 406 en Valladolid Este; 260 en Valladolid Oeste y 274 en Zamora. De la misma forma, se canceló un total de 194 intervenciones quirúrgicas, 408 pruebas diagnósticas y 3.028 consultas externas programadas en los hospitales de la Comunidad.

### «GRAVE PERJUICIO»

Alejandro Vázquez subrayó durante la jornada de huelga el «grave perjuicio» que las movilizaciones están suponiendo para los ciudadanos. «Afrontamos hoy una nueva jornada de huelga médica que, recuerdo, se inició el pasado 13 de junio del año 2025, y por lo tanto cumple ya más de diez meses de conflicto. Es una huelga que se dirige contra el Ministerio de Sanidad, concretamente contra la reforma del Estatuto Marco, y que verdaderamente lo que hace es poner en grave perjuicio la asistencia sanitaria de los ciudadanos de Castilla y León y del resto del Sistema Nacional de Salud», explicó el consejero en una alocución.

«Yo voy a mencionar algunas cifras que ponen en contexto esta idea, y es que se han suspendido casi 5.000 intervenciones quirúrgicas, casi 20.000 pruebas diagnósticas, muchas de ellas importantes; pruebas radiológicas y más de 200.000 consultas, tanto de atención primaria como de atención especializada», añadió el consejero.

Vázquez cargó contra el Ejecutivo central en respuesta a la ausencia de soluciones en todo este tiempo: «A lo largo de estos diez meses ha quedado de manifiesto la incapacidad de la ministra para resolver este grave conflicto, y por lo tanto no es posible que permanezca ni un día más en el Ministerio», manifestó. «El pasado 27 de marzo, a la entrada del Consejo Interterritorial, ya manifesté que si llegado el día de hoy no se habla resuelto el conflicto —quedaba un mes en aquel tiempo, tiempo más que suficiente, para poder resolver un conflicto laboral—, iba a pedir en público la dimisión de la ministra, y aquí me encuentro precisamente pidiendo, en este momento, la dimisión de la ministra de Sanidad».

«Y tanto es así, que no solamente la hemos pedido en este tiempo algunos consejeros y los sindicatos médicos y las asociaciones de médicos internos residentes, sino que ya empieza a ser un clamor popular, y empieza a ser una situación intolerable para el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud y del Sistema Sanitario de Castilla y León», añadió Vázquez. «Si la ministra no hace uso de su decencia política y se marcha del Ministerio, desde aquí exijo al presidente del Gobierno, autoridad que la nombró, a Pedro Sánchez, que cese de modo inmediato a la ministra de Sanidad. El Sistema Sanitario no aguanta ni un solo día más con esta ministra enfrente», concluyó.

Por su parte la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), convocante de la huelga, recordó que todos los médicos de España están convocados a la huelga del 30 de abril. «CESM quiere mostrar, mediante esta movilización, el rechazo unánime del colectivo médico ante un borrador de Estatuto Marco que empeora nuestras y merma las condiciones laborales», apuntó en un comunicado. En Valladolid habrá concentraciones en la puerta de los hos-

pitales hoy martes, 28 de abril a las 12,00 y en la plaza Mayor mañana miércoles 29 a las 18,30.

### COMITÉ

El Comité de Huelga de médicos exigió a Pedro Sánchez que asuma personalmente la negociación para desbloquear el conflicto, que ayer entró en su tercera semana de huelga. Los sindicatos médicos pidieron, a través de una carta, la intervención directa del presidente del Gobierno, ya que consideran que este conflicto «ya excede» al Ministerio de Sanidad y se trata de «una cuestión de Gobierno».

«La sostenibilidad del sistema, las condiciones laborales de los médicos y la calidad asistencial requieren decisiones que trascienden un Ministerio que se ha mostrado incapaz de abordarlas», destaca el Comité en un comunicado que recogió Europa Press. En esta línea, reclaman a Sánchez que tome el control político de la situación y garantice una «negociación real, seria y con capacidad efectiva de decisión», que «permita desbloquear una crisis que afecta a profesionales, pacientes y comunidades autónomas». «No se puede legislar contra los médicos y, al mismo tiempo, defender la sanidad pública», afirman.

El Comité afirma que no está reclamando privilegios, sino que exige «condiciones dignas» para ejercer la medicina con «seguridad, calidad y estabilidad»; el derecho a negociar directamente con la Administración, y avanzar hacia un Estatuto propio de la profesión médica. Por todo ello, reclama la «apertura inmediata» de una negociación «seria», con interlocutores dispuestos a negociar sin líneas rojas y con verdadera voluntad de alcanzar soluciones.

En este contexto, los sindicatos médicos consideran que Mónica García ha dejado de ser una «interlocutora válida». «La ausencia total de avances en la negociación, su evidente desgaste político, la decisión de orientar su futuro hacia otros escenarios políticos y la falta de capacidad efectiva de decisión demuestran que este conflicto ha superado ya el ámbito de su Ministerio», explican.

Además, sostienen que el anuncio de la ministra de concurrir a las elecciones en la Comunidad de Madrid «no es una cuestión personal ni partidista», sino «la constatación de que este conflicto requiere una interlocución sólida, estable y con capacidad real de decisión», señalan. El Comité subraya que el conflicto nace de «infructuosas» reuniones, no se ha producido «ninguna rectificación sustancial».

> PERSONAJES ÚNICOS / ROSA MARÍA CÁRDABA



Esta investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid recibe el Premio de Enfermería San Juan de Dios debido a su estudio 'Exploración integral de las experiencias de mujeres con coagulopatía', en el que realiza una exploración integral de las mujeres con estos trastornos hemorrágicos congénitos. Por María Bausela

# La enfermera de la salud de las mujeres

Una enfermera entregada a la salud de las mujeres. Hace más de 20 años desde que Rosa María Cárda García, profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid, comenzara a adentrarse en el mundo asistencial tras licenciarse en la carrera de Enfermería. Una formación en la que ya observó que existía una falta de «perspectiva de género» en multitud de aspectos del mundo de la salud, pero no fue hasta que se especializó como matrona, especialista en ginecología y obstetricia que empezó a «interesarme por cosas que veía que estaban pasando desapercibidas», apunta la investigadora.

A raíz de esa curiosidad hacia las áreas menos exploradas de la salud de las mujeres, Cárda García decidió completar su formación con dos másteres sobre igualdad y género, en los cuales adquirió conocimientos sobre los cuales se apoyó para la realización de su doctorado en el programa de género en la Universidad Complutense de Madrid.

«Cuando estaba ideando mi tesis doctoral, decidí hacerla dentro de este programa de género con una visión hacia el embarazo, concretamente acerca de cómo la conformidad con normas de género influyen en la calidad de vida durante el climaterio, la etapa que transcurre cuando la mujer deja su fase reproductiva y se acerca a la menopausia. Ya en aquel entonces vi cómo estos aspectos de género tienen una influencia sobre la salud, ya que observamos que las mujeres que no estaban de acuerdo con la 'norma de género de fidelidad sexual' (por la cual se imponen expectativas sobre la conducta en una relación) tenían mejor calidad de vida».

Con el paso de los años, esta enfermera ha mantenido su visión en la investigación de la salud de las mujeres. «Es lo que más me interesa ahora mismo, sin lugar a dudas». Su trabajo en este ámbito abarca todas las vertientes, desde aspectos de violencia como es el planchado de senos, «que se hace sobre todo en países africanos», con el objetivo de retrasar el desarrollo del seno «para que no se conviertan en deseables para el hombre y no sean violadas». Has-



Rosa María Cárda García, profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. E.M.

ta ámbitos como el estudio del puerperio, aquel periodo que transcurre cuando «el hijo o la hija ya ha nacido, el bebé es el importante y la mujer se convierte en la gran olvidada», ya que «apenas se ha estudiado y muchas mujeres presentan cuadros de ansiedad».

Esta amplia trayectoria investigadora y docente ha sido reconocida recientemente con la entrega del Premio de Enfermería San Juan de Dios, un galardón que le ha sido otorgado con motivo de su estudio 'Exploración integral de las experiencias de mujeres con coagulopatía (EXIMCO)', en el cual pone el foco en la situación de mujeres con hemofilia y trastornos hemorrágicos congénitos.

Fue en una jornada organizada por la Federación Española de Hemofilia (FEDHEMO) donde por primera vez escuchó que las mujeres no solamente eran portadoras de la hemofilia, sino que también podían ser enfermas. «Yo tenía la idea de que el hombre es el

que lo padece y la mujer solo puede ser una portadora, por ello, acudir a esta cita cambió completamente el concepto que tenía de estos trastornos», asegura.

Tras esto explica que «poco a poco» se interesó por las coagulopatías en el caso de las mujeres y se planteó hacer una exploración integral de las mujeres con estos trastornos hemorrágicos congénitos en función a tres aspectos, el biológico, el psicológico y el social y cultural; ya que «es algo que prácticamente no estaba explorado».

Así, ha empleado análisis cuantitativos y cualitativos para ver cuál es la calidad de vida de estas mujeres que tienen alguna coagulopatía. Estudios en los cuales ha obtenido datos sobre su bienestar emocional, situación social y cultural, pero también sobre sus menstruaciones, algo que resulta fundamental, ya que «las mujeres con coagulopatía tienen menstruaciones mucho más abundantes y anemias y muchas veces es

algo que lo tienen normalizado».

Estos son aspectos que remarca que «generalmente no se valoran», pero resultan «muy importantes, debido a hechos como que estas mujeres deben planificar su embarazo debido a que a lo mejor tienen que estar controladas a nivel hematológico. De hecho, entre el 40 y el 50% de las hemorragias postparto inmediatas que son graves son de mujeres que tienen alguna coagulopatía y lo desconocen».

Aún no han finalizado el estudio, pero Rosa María Cárda García cuenta que espera poder demostrar que hay más mujeres de las que se piensa con esta patología, e incide en que están convencidos de que «tanto su bienestar físico como psíquico, como social e incluso su reproducción están afectados».

«Principalmente, lo que queremos es dar luz a que esto existe, porque creo que la población en general lo desconoce y considero que por justicia social tiene que

conocerse. Simplemente el hecho de sacarlo a la luz y que se pueda seguir investigando en ello será importante».

En este sentido, añade que el Premio de Enfermería San Juan de Dios no solo supone un orgullo y una gran satisfacción, sino que va a contribuir a que puedan seguir investigando en este ámbito y «acabar con los sesgos de género en la salud. Mi mayor motivación es devolverle a los pacientes y a la sociedad lo que invierten para que nosotros investiguemos. A lo largo de mi trayectoria como profesional de la salud he conocido a muchos pacientes y cuando ves que te lo agradecen realmente y que sienten que les has ayudado, eso para mí es de lo más importante. Hay que aportar, hay que tener un respeto por la persona y no tenemos que olvidar para lo que estamos, que es para cuidar y para mejorar su salud, incluida la de las mujeres en aquellos aspectos relevantes a la perspectiva de género».

&gt; VALLADOLID

# Manzanas, la clave para regular la glucosa

El Instituto de Procesos Sostenibles investiga cómo darle una segunda vida al bagazo obtenido de esta fruta, algo que les ha llevado a estudiar sus propiedades para regular el apetito. Por **María Bausela**

La manzana es una fruta que cuenta con multitud de productos que se derivan de ella, como es el caso del zumo, la compota o la sidra de manzana. La gran mayoría de estos alimentos se obtienen a través de un proceso de prensado por el cual se retira la piel, pulpa y semillas, un residuo que de forma conjunta se denomina bagazo. Este residuo, rico en nutrientes, cuenta actualmente con pocos usos, viéndose limitado a su introducción a la alimentación animal mezclado con otros alimentos, o a la composición de fertilizantes dadas sus propiedades beneficiosas.

La abundancia de este residuo, su composición química en términos de macromoléculas y metabolitos, así como la necesidad de ofrecer una alternativa para su reutilización, ha llevado a los investigadores del Instituto de Procesos Sostenibles (ISP) de la Universidad de Valladolid (UVA) a evaluar cómo los componentes de la manzana influyen en las respuestas fisiológicas, algo que les ha llevado a ver su capacidad para regular la glucosa y el apetito.

Mario Martínez, profesor titular en el ISP y químico de alimentos especializado en tejidos vegetales,

es quien lidera este proyecto centrado en «entender el papel de los compuestos fenólicos ligados a matrices vegetales sobre la protección cardiometabólica. En concreto, este proyecto de gran envergadura se enfocó sobre el potencial de la manzana o el bagazo de manzana para interactuar con las células del intestino delgado y promover así la regulación metabólica, especialmente en el control de la glucosa y el balance energético», explica.

Gracias a estudios preliminares realizados por su grupo de investigación, ya habían observado el perfil metabólico de ciertas frutas en cuanto al fraccionamiento físico de compuestos fenólicos durante el prensado en frío, la fabricación de zumo, algo mediante lo cual habían visto que algunos compuestos se retienen en el bagazo mientras que otros pasan al zumo. Además, también han analizado la estructura molecular de esos compuestos retenidos en el bagazo.

Partiendo de estos antecedentes, quieren investigar si la manzana entera y su subproducto industrial, el bagazo, pueden aportar beneficios cardiometabólicos mediante sus compuestos fenólicos, «específicamente modulando la absorción

de glucosa y la regulación del apetito».

Para ello, desarrollaron un modelo experimental avanzado que simula de manera realista las condiciones del tracto gastrointestinal y el proceso de digestión humana para evaluar, «en condiciones fisiológicamente relevantes», la interacción de los compuestos liberados durante la digestión y su interacción con células intestinales para ver de qué manera influyen tanto en el transporte intestinal de glucosa como en la secreción de hormonas relacionadas con la saciedad.

«Mediante este enfoque in vitro, logramos aislar polifenoles bioaccesibles y eliminar compuestos potencialmente tóxicos, facilitando tanto su análisis como su aplicación en ensayos celulares», apunta.

Gracias a este trabajo lograron unos resultados en los cuales demostraron que la manzana entera ejerce un efecto en la reducción de la absorción de glucosa a lo largo del proceso digestivo, «lo cual sugiere un papel relevante en el control glucémico».

Por el contrario, el bagazo de manzana presentó un efecto más limitado sobre la absorción de glucosa, dado que esta desaparece tras la digestión intestinal; «sin em-

bargo, destaca por su capacidad para estimular la secreción de la hormona GLP-1, la cual se encarga de regular el azúcar en sangre y la saciedad, incluso después de la digestión, algo que apunta a un potencial efecto en la regulación del apetito», añade el investigador de la UVA.

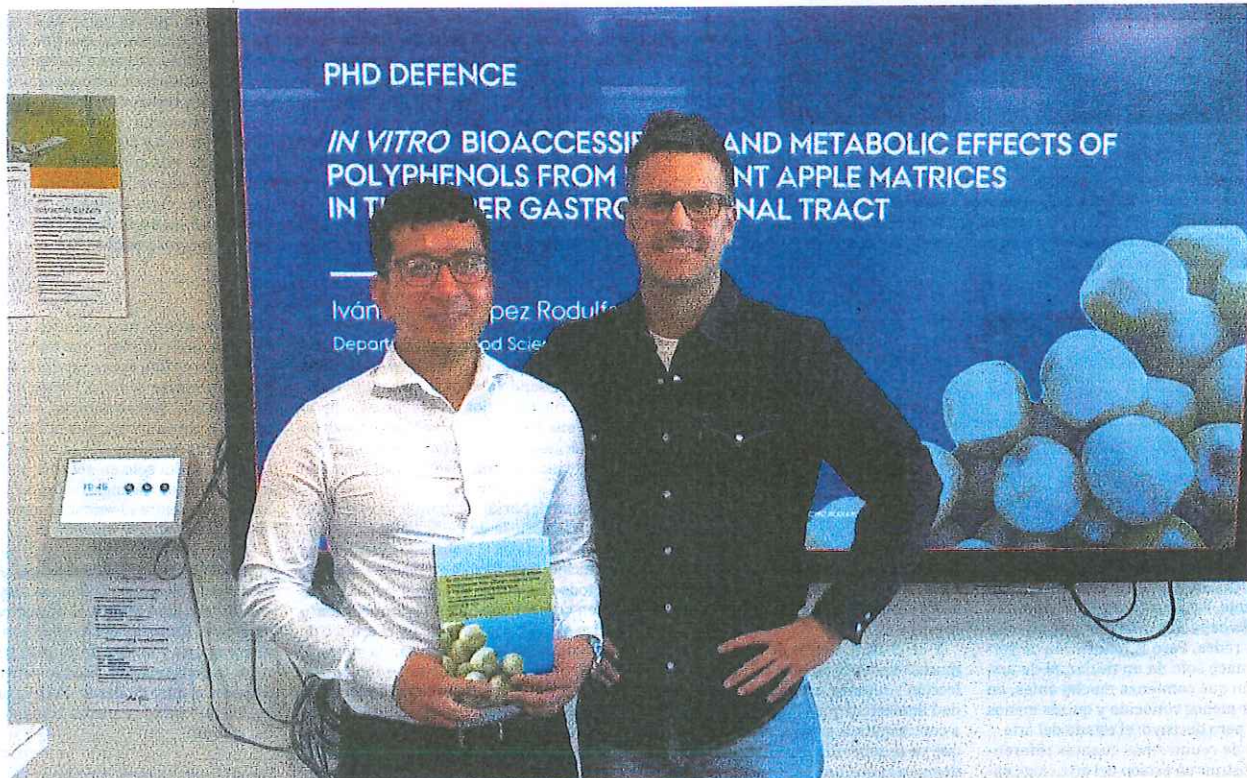
«Esto pone de manifiesto que no solo es relevante la presencia de compuestos bioactivos en los alimentos, sino también la forma y el momento en que estos se liberan durante la digestión, ya que ello condiciona sus efectos sobre el metabolismo y el control del apetito. En conjunto, estos hallazgos evidencian que diferentes fracciones de un mismo alimento pueden actuar mediante mecanismos distintos, y refuerzan la necesidad de avanzar hacia estrategias nutricionales más precisas que aprovechen las propiedades específicas de cada matriz alimentaria en la prevención de enfermedades crónicas».

Además, el uso de alimentos capaces de modular el apetito representa una estrategia más fisiológica, sostenible y potencialmente más segura que el empleo de fármacos. Esto se debe a que, a diferencia de los tratamientos farmacológicos, «que pueden ser eficaces

pero también conllevan costes elevados y posibles efectos adversos gastrointestinales o metabólicos», estos alimentos actúan de forma gradual, integrándose en la dieta habitual «sin alterar de manera abrupta la homeostasis».

Por ello, promover estrategias basadas en la integración de estos alimentos permite «un enfoque orientado a la población general y no exclusivamente a individuos con una patología establecida, lo que resulta especialmente relevante en la lucha contra enfermedades metabólicas crónicas como la obesidad o la diabetes tipo 2».

Así, con este proyecto, Mario Martínez quiere contribuir a «trasladar el conocimiento científico al ámbito real, desarrollando soluciones alimentarias que puedan integrarse fácilmente en la dieta diaria y mejorar la salud de la población. Queremos demostrar que es posible aprovechar subproductos como el bagazo de manzana para crear ingredientes funcionales capaces de modular procesos clave como la regulación del apetito y el control glucémico, de cara a ofrecer alternativas accesibles y sostenibles que complementen o, en algunos casos, reduzcan la necesidad de intervenciones farmacológicas».



Ivan M. Lopez-Rodulfo, estudiante de doctorado, y Mario Martínez, profesor titular en el Instituto de Procesos Sostenibles y químico de alimentos. E.M.

&gt; BURGOS

# Cuando el calor aprieta, la ciencia protege

Un estudio de la Universidad de Burgos analiza cómo la termorregulación cambia con la edad y busca anticipar los golpes de calor en personas mayores combinando factores personales, ambientales y tecnologías emergentes. Por María Merino

Cada verano, cuando las temperaturas suben varios grados por encima de lo habitual, el riesgo de sufrir un golpe de calor deja de ser una advertencia genérica para convertirse en una amenaza concreta, especialmente entre la población mayor. No se trata solo de episodios extremos. El aumento sostenido de las temperaturas está modificando la forma en la que el cuerpo responde al calor y obliga a replantear las estrategias de prevención más allá de las recomendaciones habituales.

En esta línea se sitúa un trabajo impulsado desde la Universidad de Burgos, que busca anticiparse a estos episodios a partir de un análisis más amplio de los factores que intervienen. El estudio plantea la posibilidad de medir y prever el riesgo con mayor precisión, combinando variables personales y ambientales para construir perfiles que permitan actuar antes de que aparezcan los síntomas más graves.

La propuesta parte de una constatación clara. A partir de cierta edad, el organismo pierde de forma progresiva su capacidad para regular la temperatura corporal, un proceso natural que se agrava en entornos cada vez más cálidos y en territorios con una población envejecida. Sin embargo, los estudios disponibles siguen siendo limitados cuando se centran en personas mayores, lo que dificulta ajustar las recomendaciones a situaciones reales.

La responsable de este estudio enmarcado en el grupo de investigación CYS es la Dra. Carla Collazo Riobó, investigadora y profesora ayudante doctor en la Universidad de Burgos, donde comenzó su trayectoria como estudiante de Terapia Ocupacional. Tras su formación de grado y máster, se incorporó a la investigación con un contrato predoctoral en el área de Psicología Evolutiva, combinando práctica clínica y análisis científico. Su labor se vincula directamente con el grupo CYS (Ciencia y Salud), creado en 2020 en la universidad para investigar la salud de personas mayores y con discapacidad desde un enfoque multidisciplinar.

La idea de investigar los golpes de calor en personas mayores surge de la convergencia entre una línea de trabajo centrada en calidad de vida y termorregulación de este colectivo y el interés de la doctoranda Sandra Núñez Rodríguez, asevera Collazo. Teniendo en cuenta el contexto socioeconómico actual, marcado por poblaciones envejecidas, cambio climático y vida en núcleos rurales de Castilla y León, así como la brecha entre la tec-



Carla Collazo, investigadora y profesora ayudante doctor en la Universidad de Burgos. SANTI OTERO

nología disponible y su uso real en mayores, nace este proyecto de investigación.

El objetivo va más allá de los golpes de calor: se pretende mapear la termorregulación de los mayores e identificar si sus patrones están relacionados con factores epigenéticos, patologías o fragilidad. El estudio analiza cómo cambia la respuesta del organismo con la edad frente al calor y al frío, identificando los factores que aumentan la vulnerabilidad y buscando anticiparse a los problemas derivados de la hipertermia, subraya la investigadora.

Este proyecto se diferencia de otros estudios sobre termorregulación por su enfoque centrado en personas mayores reales, su carácter multidimensional y su vocación preventiva. A diferencia de la literatura clásica, que suele trabajar con jóvenes sanos o deportistas en laboratorio, aquí se analiza a adultos mayores en su contexto cotidiano, considerando comorbilidades, medicación, fragilidad, vivienda, hábitos y apoyo social. Además, no solo se mide la temperatura corporal: se evalúan masa muscular, fuerza, estado cognitivo, percep-

ción del calor y conductas adaptativas, vinculándolas a la respuesta fisiológica frente al calor o el frío.

El proyecto también incorpora tecnologías emergentes, como wearables, ropa inteligente y dispositivos de enfriamiento, con un análisis crítico de su aplicabilidad real en mayores, tratando de cerrar la brecha entre el potencial tecnológico y las necesidades diarias de esta población. Las principales lagunas detectadas en la investigación actual incluyen la falta de estudios que integren monitorización fisiológica con valoración integral del individuo, la escasa validación de tecnologías emergentes en entornos reales y la limitación metodológica de muchos trabajos, que usan muestras pequeñas, respuestas a corto plazo y contextos poco representativos de regiones envejecidas como Castilla y León.

Hoy es posible detectar señales tempranas de estrés térmico antes de que aparezca un golpe de calor clínico, aunque aún no existen sistemas plenamente validados en personas mayores, explica la investigadora. Los modelos predictivos actuales combinan datos fisiológicos y ambientales y muestran pre-

visión prometedora, pero se han probado sobre todo en laboratorio y con poblaciones distintas, por lo que la meta es estimar el riesgo térmico de manera personalizada y continua.

Para ello, el estudio integra distintas fuentes de información: variables antropométricas y de composición corporal, fuerza y fragilidad física, valoraciones cognitivas y funcionales, así como mediciones de temperatura de la piel y percepción subjetiva del calor y del frío. El análisis busca identificar qué perfiles concentran mayor riesgo y qué factores son más determinantes.

Los wearables tienen potencial como herramientas de monitorización y alerta temprana, pero su efectividad dependerá de adaptarlos a las necesidades de las personas mayores, teniendo en cuenta comodidad, usabilidad y adherencia. Combinados con modelos predictivos, podrían avisar sobre aumento de carga térmica y sugerir acciones simples, aunque su uso continuado en este colectivo aún es limitado.

Más allá de la tecnología, la prevención se traduce en medidas

prácticas para el día a día, como ajustar horarios de actividad, fomentar la hidratación, revisar ventilación y ropa, organizar redes de apoyo y formar a cuidadores para identificar signos tempranos de estrés térmico. El objetivo es reducir la exposición al riesgo incluso sin dispositivos, priorizando el entorno y la organización de la vida diaria.

Los resultados del estudio permitirán a familiares, cuidadores y residencias priorizar medidas de prevención según el riesgo térmico individual, ajustar actividades y protocolos durante olas de calor, y formar al personal en la detección temprana de estrés térmico, asevera la investigadora.

Los siguientes pasos incluyen estudios longitudinales y colaboración con instituciones para traducir los hallazgos en planes de actuación concretos. A futuro, la meta es que los golpes de calor en personas mayores se puedan prevenir de manera efectiva, integrando tecnología, educación y redes de apoyo, adaptando viviendas y residencias y facilitando decisiones informadas que permitan mantener la autonomía y seguridad del colectivo.

# PAPER

LA LUCHA  
DE PEPE  
Y OTROS  
14.000 NIÑOS

POR UN COLE  
SEGURO  
PARA SUS  
ALERGIAS

Tiene 5 años y tantas alergias a los alimentos que "sería más rápido enumerar lo que sí puede comer".

Familias como la suya reclamaron hace unos días en el Congreso una normativa común para la prevención y actuación frente a la anafilaxia en los centros educativos

Por Cristina G. Lucio Fotografía de Javier Barbancho

## PAPEL

Por Cristina G. Lucto (Madrid)

**A** sus cinco años, Pepe no come pescado. Tampoco prueba casi ninguna fruta. Y ni se acerca a las legumbres, los frutos secos, la calabaza o los mariscos, entre otros productos. No es una cuestión de gustos —«ojalá lo fuera»—, sino de vida o muerte.

«Tiene alergia a tantos alimentos que sería más rápido enumerar lo que sí puede comer», señala su madre, Ruth Martín, que hace malabares para que el pequeño siga una dieta equilibrada y segura tanto dentro como fuera de casa.

«A restaurantes nunca vamos. Es imposible. En una ocasión lo intentamos en una conocida cadena. Pero revisando la carta lo único que podía tomar era un zumo de naranja», subraya Ruth que, junto a Guillermo, su pareja, se ha acostumbrado a leer las etiquetas de cualquier producto que pase por sus manos y no pisa la calle sin el botiquín de emergencia que Pepe necesita en caso de sufrir la más grave de las reacciones alérgicas, una anafilaxia.

Lamentablemente, ya ha comprobado en alguna ocasión lo necesario que es tenerla siempre cerca. «Tuvimos que usar el autoinyector de adrenalina hace poco, un día que tomó una chuchería que pensábamos que era apta. Se puso muy mal en cuestión de minutos, casi inmediatamente», recuerda.

«No quiero pensar en lo que habría pasado si no la hubiéramos llevado encima».

«Esto es como tener siempre una espada de Damocles sobre ti», continúa Ruth, cuya ansiedad se eleva especialmente durante las siete horas que Pepe pasa en la escuela, sobre todo en los momentos en los que hay más riesgo de que entre en contacto con alérgenos.

Mira el reloj y suspira aliviada al ver la hora que es. «Ha pasado la hora del recreo, cuando toman el almuerzo, y no me han llamado del cole, así que está todo bien», exhala.

Con todo, esta madreleña asegura que han tenido «mucha suerte» y que en la escuela a la que asiste Pepe tanto el profesorado como los responsables del comedor y otros miembros de la comunidad educativa tienen en cuenta la realidad del pequeño y se han preparado para actuar ante una posible reacción grave. «Pero esto no es así en todos los casos ni muchísimo menos», lamenta.

Por esta razón, su familia es una de las que ha impulsado esta pasada semana la presentación en el Congreso de los Diputados del manifiesto *Cada minuto cuenta*, un documento elaborado por la Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex (AEPNAA) que reclama una normativa común en todo el territorio nacional para la prevención y actuación frente a una anafilaxia en los centros educativos.

El texto plantea medidas como la implantación de protocolos claros y homogéneos sobre prevención y respuesta; la formación del personal de los centros educativos, que se asegure la disponibilidad de la medicación de emergencia o la elaboración de planes individualizados para menores en riesgo. Asimismo, también reclama una coordinación real y estable entre los sistemas sanitario y educativo que permita asegurar seguimiento, equidad y una respuesta eficaz en todos los centros.

«Para miles de niños y niñas en España, convivir con el riesgo de sufrir una crisis anafiláctica forma parte de su día a día, especialmente en entornos donde pasan gran parte de su tiempo, las escuelas», expone Gabriela Huelin, vocal de AEPNAA y madre de Cecilia, de 8 años, que tiene alergia a la proteína de la leche y al huevo.

«Este es un problema que va en aumento, prácticamente en todas las aulas va a haber al menos un niño



con una alergia alimentaria. Y ahora mismo su seguridad depende de la voluntad del centro escolar. A día de hoy, las familias viven con la incertidumbre de saber si su hijo estará protegido ante una emergencia y no puede ser. Necesitamos que se adopten medidas», reclama.

«No queremos exigir, queremos que familias y comunidad educativa vayamos en el mismo equipo y que haya una garantía de personal formado y protegido normativa o legalmente en los centros, con capacitación para reconocer una reacción alérgica grave, activar el protocolo y actuar con seguridad ante este problema creciente», añade.

Según explica Ignacio Dávila, presidente de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), las alergias alimentarias se han duplicado en los últimos 25 años, principalmente por el impacto de factores ambientales. «Aunque las causas últimas de este incremento se siguen investigando, hay evidencias de la influencia que ejercen algunas cuestiones como los cambios en la microbiota, la exposición a microplásticos o el cambio climático, entre otros», explica.

«Se estima que aproximadamente un 8% de los menores de 14 años tiene actualmente una alergia alimentaria, un porcentaje mucho mayor que hace

**Ruth Martín, junto a su hijo Pepe, muestra la medicación de emergencia que siempre lleva consigo.**

unos años», coincide Cristina Ortega, pediatra alergóloga y miembro de la Sociedad Española de Inmunología, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP), quien recuerda que este tipo de alergias puede ser muy grave. «Los alimentos son los responsables de la anafilaxia hasta en un 70% de los casos». Esta «reacción aguda y sistémica», que tiene múltiples caras y se presenta con afectación de la piel, las mucosas, el aparato respiratorio y digestivo o los sistemas cardiovascular y neurológico, puede resultar mortal y «no es para nada anecdótica», aclara.

La incidencia de estas reacciones graves está entre 3,3 y 30 casos por 100.000 habitantes, por lo que se estima que «puede haber hasta 14.000 casos anuales» con una tendencia ascendente, añade Dávila.

Ante una anafilaxia, coinciden ambos especialistas, «cada minuto cuenta». Porque esta reacción grave puede desencadenarse de forma inmediata. «Actuar no admite demora porque puede ser mortal. Exige una respuesta inmediata y coordinada», reclaman.

En estos casos, advierten, la medicación de emergencia que debe administrarse es la adrenalina. «Es el salvavidas. No sirven otros tratamientos, como los antihistamínicos para hacer frente a una anafilaxia».

Los autoinyectores de adrenalina son un medicamento seguro y eficaz que los alérgicos deben tener siempre a mano, subrayan. «Hay que dejar atrás miedos infundados. Ante la duda, hay que administrar la adrenalina. Es mejor administrarla y que no se necesite a hacerlo cuando ya sea demasiado tarde», apunta Ortega, quien hace hincapié en que «no hay ninguna contraindicación absoluta para administrar la adrenalina».

Lamentablemente, circulan gran cantidad de bulos sobre el uso de la adrenalina, muchas veces sembrados por el cine, advierten los especialistas. «La realidad no tiene nada que ver con lo que se ve en películas como *Pulp Fiction*. Ni debe ponerse en el corazón, ni es

**«Es un problema que va en aumento. En todas las aulas va a haber al menos un niño con una alergia alimentaria»**

**«Ante una anafilaxia, cada minuto cuenta porque esta reacción puede resultar mortal en muy poco tiempo»**

peligroso ni complicado», insisten. Los autoinyectores están diseñados para usarlos sobre la ropa, en la cara exterior del muslo, y son muy sencillos.

Tanto SEAIC como SEICAP apoyan y refrendan el manifiesto propuesto por la asociación de familias y reclaman a los poderes públicos «un consenso nacional homogéneo».

«Este no es un problema aislado ni excepcional, sino una realidad creciente y silenciosa. Una cuestión que no es solo médica, sino personal, social y también educativa», remarca Ortega. «Los niños y adolescentes pasan aproximadamente un tercio de sus vidas en el entorno escolar. Y la seguridad en ese ambiente no puede ser opcional», reclama.

En ese sentido, desde el Consejo General de Enfermería reivindican la necesidad de que exista personal de enfermería en todos los centros educativos «con el objetivo de que puedan prestar asistencia sanitaria a quienes lo precisen».

Soledad Galé es madre de un niño multialérgico y también docente. Su punto de vista, que contempla ambas perspectivas, es claro: «No podemos apelar a la buena voluntad. Necesitamos un marco normativo

que dé seguridad a los niños cuando están en clase y que también nos respalde y nos avale como docentes», reivindica. «Pedimos solidaridad. Queremos ser parte de la sociedad y creemos que ahora mismo no lo somos».

Ruth Martín pronuncia prácticamente la misma frase. «La realidad es que nos sentimos muy abandonados», expone. «Te dan el diagnóstico y te quedas solo con la responsabilidad de proteger a tu hijo. Te quedas muy solo en una sociedad que desconoce absolutamente el problema y que tampoco hace nada para cambiarlo». Esa sensación, continúa, produce una enorme dosis de ansiedad. «En tu día a día tienes que estar conteniendo todo el día tus emociones. Para que Pepe no tenga miedo y para que se sienta seguro, pero también para que la gente no piense, por puro desconocimiento de lo que esto supone, que eres una exagerada», lamenta.

A esto se suma la tensión de tener que leer continuamente todas las etiquetas —«porque las recetas de los productos cambian constantemente»— sin saber si «las trazas que muchas veces se declaran son reales o una advertencia para curarse en salud».

En este clima de incertidumbre, saber que las escuelas sí están preparadas para prevenir y enfrentarse a una posible anafilaxia, supondría «un soplo de aire» muy importante para muchas familias, apunta.

«Esto te cambia la vida», suspira. «Pero saber que los niños están seguros en la escuela nos la haría un poco más fácil».

El año pasado, en San Juan, los padres de Pepe le pidieron que escribiera un deseo para el futuro. No lo dudó. Con su letra aún temblorosa, en mayúsculas y con un rotulador azul, el niño escribió: «Quiero que nadie tenga alergias». Impactados por la frase, decidieron guardar el papel en lugar de tirarlo a la hoguera. «Este año lo quemaremos», anuncia Ruth. «A ver si así se cumple».

## LA EXTINCIÓN DEL MAMUT MOLDEÓ MUCHOS ECOSISTEMAS

**Ecología.** Un estudio vincula las diferencias en las redes tróficas de los distintos continentes a la desaparición de la megafauna. Los efectos de la pérdida de mamuts, tigres de sable o canguros gigantes perduran hasta hoy

Por Amado Herrero

**E**n un pasado remoto, enormes mamíferos habitaban gran parte del planeta. Inmensos mamuts lanudos, tigres de dientes de sable con colmillos de 18 centímetros, perezosos del tamaño de un elefante o canguros gigantes de hasta 200 kilos. Pero la mayoría de estas especies desaparecieron hace entre 50.000 y 10.000 años, en el llamado evento de extinción del cuaternario (llamado así por el periodo de la escala temporal geológica en el que se produjo).

Un nuevo estudio, publicado ayer en la revista *PNAS*, analizó las consecuencias de esta extinción masiva que, según los autores, transformó radicalmente las redes tróficas del planeta, con consecuencias que todavía hoy se pueden observar en los ecosistemas.

El trabajo también ha estudiado por qué los cambios fueron más pronunciados en ciertas regiones, especialmente en América. Y sus resultados subrayan la importancia de preservar el equilibrio en la naturaleza; la desaparición de una especie tiene complejas consecuencias para todos los otros seres que interaccionan con ella, y toda una red de relaciones se modifica de manera compleja. «Cuando los

depredadores desaparecen, sus presas pueden multiplicarse sin control, lo que provoca una serie de reacciones en cadena», señala Lydia Beaudrot, profesora de biología integrativa en la Universidad Estatal de Michigan (EEUU) y autora principal.

Partiendo de información publicada en trabajos anteriores, desarrollaron la hipótesis de que los efectos de una gran extinción tendrían que dejar una impronta visible en las redes tróficas. Para identificar dichas consecuencias, el equipo analizó información disponible sobre las relaciones depredador-presa en 389 zonas de regiones tropicales y subtropicales de América, África y Asia. Incluyeron más de 440 mamíferos en el análisis, como osos, lobos, elefantes y grandes felinos.

Si bien las redes tróficas de todo el mundo comparten los elementos básicos —ciertos animales se alimentan de otros que, a su vez, pueden ser presa de superdepredadores— el número de niveles y los tipos de especies implicadas varían considerablemente de una zona a otra. Así, constataron que las redes actuales cuentan con menos presas en América y que éstas son de menor tamaño. Por otro lado, al analizar las características de las presas (como la masa corporal y los

patrones de actividad) vieron que los depredadores de América se alimentaban de presas con una gama más limitada de rasgos.

Las divergencias entre regiones no se explican únicamente con factores actuales como el clima o las estaciones, señalan, sino también con diferencias en la gravedad de las extinciones pasadas. Si bien cada región sufrió su cuota de pérdidas, América fue la más afectada: en los últimos 50.000 años este continente ha perdido más de tres cuartas partes de todos los mamíferos de más de 45 kg. Las autoras ilustran esos cambios con un ejemplo: Sudamérica albergó en su día varias especies de ciervos gigantes; su extinción dejó menos presas para depredadores como los tigres de dientes de sable y los lobos gigantes, lo que esencialmente redujo la diversidad trófica. «Se perdió entonces gran parte de la base», apunta Chia Hsieh, coautora.

El motivo exacto por el que desaparecieron los mamíferos más grandes sigue siendo objeto de debate. Las dos principales pistas que exploran son los factores climáticos y ambientales, y la expansión de los humanos desde África hacia el resto de continentes. En cualquier caso, si esta investigación no ofrece respuesta respecto a las causas, sus autores reivindican que aporta claves para comprender los posibles efectos a largo plazo de las especies que hoy se enfrentan a la extinción.

Hoy en día, en todo el planeta casi la mitad de todos los mamíferos que pesan más de nueve kilos están considerados vulnerables, en peligro o en peligro crítico de extinción, según la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza. Por eso, Chia Hsieh incide en la importancia de comprender hasta qué punto las extinciones históricas han hecho que ciertas comunidades sean más vulnerables. «Al estudiar el pasado, también podemos intentar comprender qué nos depara el futuro».



Recreación artística de un ejemplar de mamut lanudo. J. LUGON STUDIO

# El adiós a la piel de mariposa de Leo

Dos andaluces son los primeros españoles en recibir la terapia génica financiada

**PILAR PÉREZ MADRID**

«Hoy es un día para guardar en la memoria. Para nosotros y para muchos otros que se van a poder beneficiar del tratamiento». Lidia, la madre de Leo, contaba ayer a EL MUNDO sus sensaciones después de que su hijo fuera uno de los dos primeros españoles en recibir la terapia génica que va a cicatrizar las heridas derivadas de la «piel de mariposa», al salir del tratamiento recibido en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). «Leo iba nervioso porque no sabía si le iba a picar o doler. Pero ha salido muy contento», apuntaba Lidia.

La epidermólisis bullosa distrofica, el nombre oficial de la enfermedad rara que sufre este pequeño sevillano de 12 años, es la culpable de la falta del colágeno necesario para la cohesión de la piel. La terapia usa el virus del herpes simple (desactivado) como vehículo para introducir en las células el gen que falta y permitir su posterior cicatrización. Este remedio está destinado solo a los que tienen la forma distrofica, como apunta Núria Tarrats, investigadora de la asociación de pacientes Debra. «Se beneficiarán como un 25% de los pacientes españoles; unos 200, registrados oficialmente a través de la asociación». En España, la contabilidad total asciende a un millar, apunta la investigadora.

Junto a Leo, Adrián, un joven ma-



Leo, junto a su madre, ayer a la salida del hospital Virgen del Rocío tras recibir la terapia. A. POZO / ARABA PRESS

lagueño de 22 años, también tuvo ayer el acceso financiado a Vyjuvek. Ambos son los dos primeros españoles en recibir la terapia génica en nuestro país. Andalucía ha echado mano de las vías de acceso alternativas a

través del uso en situaciones especiales para que cualquier paciente pueda tener acceso al fármaco que el Ministerio de Sanidad puso en marcha hace unas semanas.

Leo y Adrián forman parte del gru-

po de 45 pacientes andaluces a los que la Consejería de Salud, dirigida por Antonio Sanz, tiene previsto facilitar el acceso. En Europa lleva ya más de un año aprobada.

Vyjuvek es la primera terapia génica

aprobada para la epidermólisis bullosa distrofica, que provoca una extrema fragilidad de la piel y las mucosas. El roce más leve puede provocar heridas que llegan a afectar hasta el 80% del cuerpo, y las personas afectadas requieren entre dos y cinco horas diarias de curas.

La madre del pequeño cuenta que «todos los días a las 7 de la mañana recibe una serie de curas de hora y pico, casi dos, que para él son tan necesarias que forman parte de su rutina». Junto a ellas, en días alternos, «tenemos curas específicas para brazos y piernas, son otras dos horas».

El medicamento actúa directamente sobre las heridas, «favoreciendo la cicatrización, incluso en casos crónicos, aliviando el dolor y mejorando de manera significativa la calidad de vida de quienes lo reciben», explica

**«Este es el primer lunes de muchos hasta que cierren sus heridas»**

Tarrats, que incide en que «según la situación de cada paciente, se necesitan meses hasta ver los efectos».

«Este es el primer lunes de muchos que tendremos que venir hasta ver que las heridas se cierran», contaba Lidia, que apuntó que Leo no había pegado ojo de los nervios imaginando «cómo va a cambiar todo desde ahora». Para ellos es una luz al final del túnel, porque «solo él sabe cuánto ha sufrido. Hoy caerá rendido en la cama», remacha Lidia.

LOTERÍA NACIONAL

3 MAYO • 15 MILLONES A UN DÉCIMO • 3 MAYO • 15 MILLONES A UN DÉCIMO • 3 MAYO

SORTEO EXTRAORDINARIO DEL

**DÍA DE LA MADRE**



SORTEO EXTRAORDINARIO  
*Día de la Madre*

JUEGA CON RESPONSABILIDAD



LOTERÍAS Y APUESTAS DEL ESTADO