



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

MAYO - JUNIO

2024

SALUD | PLANO FÍSICO Y EMOCIONAL

S.L.O. / SORIA

Cuando a T. le diagnosticaron un cáncer hace unos años se encontraba en un buen momento de su vida, «posiblemente en el mejor: tenía planes para casarme y hacía unos meses que había encontrado un buen empleo con el que podría impulsar mi carrera». Tuvo que enfrentarse al diagnóstico y a las consecuencias que conlleva esta enfermedad «de la que nadie quiere oír hablar». Más allá de choque psicológico, el deterioro físico por los tratamientos (pérdida del cabello y brusco aumento de peso, en su caso) es lo que el paciente y los demás ven a primera vista, «lo que más impacta». Ella llevó los cambios «con alibajos, supongo que como todo el mundo. Tenía peluca, aunque me ponía más pañuelo, y me cuidaba la piel con hidratante y protección solar, poco más. Pero pensaba que después podría volver más rápido a mi aspecto habitual». De hecho, tras haber superado la enfermedad y meses después de que le hayan dado el alta, su lastré continúan siendo algunas secuelas físicas con las que lidia «con ayuda». Porque el cáncer también puede tener un impacto a largo plazo para quienes ya lo han superado e influir en su autoestima.

Para que durante el proceso las personas afectadas por un cáncer cuenten con un «soporte emocional para lo que están viviendo» y se vean mejor, desde el año pasado y, «tras detectar la necesidad», la Junta Provincial de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en Soria desarrolla talleres de oncoestética y autocuidado bajo demanda y en pequeños grupos a lo largo del ejercicio. Nadie dice que sea fácil enfrentarse a un diagnóstico así, ni tampoco a los «cambios emocionales y físicos» que conlleva esta enfermedad, por eso desde la organización se pone este servicio a disposición de todos los afectados que lo necesiten. «Lo importante es que sepan que existe y que pueden acogerse a este recurso», explica Isabel Ciria Abad, una de las psicólogas que desarrolla su labor en el Junta Provincial de la AECC. Para ello, los interesados solamente tienen que contactar con la organización soriana a través del teléfono 975231041 o en la sede (Duques de Soria, 12) para tener información. Lo más destacable, a modo de resumen, es que están abiertos a todos los afectados, que es posible desarrollarlos tanto de forma presencial como conectándose a



MAQUILLAJE TERAPÉUTICO

Ayudar al paciente a «ajustarse a su nueva imagen» y «contar con un espacio en el que salgan y se canalicen las emociones» son los objetivos de los talleres de oncoestética y autocuidado que desarrolla desde hace un tiempo la Junta Provincial de la AECC en Soria

Autoestima estable

OBJETIVOS

«AUMENTAR EL BIENESTAR»

Todo lo que se trabaja en los talleres oncológicos y de autocuidado de la AECC de Soria «es un ajuste a la nueva imagen», desde el plano físico y emocional, como indica la psicóloga Isabel Ciria. Es una manera de «aumentar el bienestar» de las personas en tratamiento oncológico, quienes necesitan un apoyo para mantener la autoestima estable. Porque más allá de los consejos para cuidados físicos y alimentarios, verse bien contribuye a ese buen estado general para poder afrontar de la mejor manera posible una enfermedad cuyos tratamientos tienen muchos efectos secundarios.

través de las nuevas tecnologías y que son totalmente gratuitos.

LOS CAMBIOS. Durante los tratamientos, la piel «se vuelve más sensible», con sequedad, deshidratación y hasta hiperpigmentación; la «caída [parcial o total] del cabello [cabeza, pestañas y cejas]» es algo habitual, aunque también puede haber cambios en las uñas y existir «cicatrices», la pérdida de un miembro o extirpaciones por las operaciones, además de otras secuelas físicas con huella en el aspecto físico de quienes padecen cáncer, tal y como explica la psicóloga. «Depende del proceso» y no todo el mundo reacciona igual a los tratamientos. Habituar a la nueva imagen y aceptarla no siempre es un camino fácil y por eso se pusieron en marcha estos talleres de oncoestética y de autocuidado para los efectos secundarios. Para su desarrollo se contacta con «especialistas» en estos asuntos, desde maquillaje oncológico «para pintarse las cejas», que a algunas personas les preocupa más, hasta cuestiones enfocadas hacia «habilidades de autocuidado». «Sobre todo para que [los pacientes] puedan empoderarse y ajustarse a su nueva imagen», indica Isabel.

Aunque la mayor parte de las personas que hasta ahora han acudido a los talleres son mujeres, «también hay chicos» que se preocupan por cómo deben cuidarse durante los tratamientos. Para ellos «la pérdida del cabello puede resultar menos impactante», admite la psicóloga, pero también necesitan cuidados para el cuero cabelludo, como hidratación o protección solar, la piel del resto del cuerpo o pautas de higiene. Porque los tejidos pueden mostrarse más reactivos cuando se utilizan ciertos productos de higiene, independientemente del sexo del paciente. Y para que eso no ocurra y el enfermo evite una situación molesta a mayores del tratamiento, están las profesionales de estos cursos, donde ofrecen las pautas y consejos adecuados a las necesidades de cada persona.

«Encontrar respaldo mutuo para una misma situación» ayuda a las personas que padecen cáncer. Porque también se trata de «contar con un espacio en el que salgan y se canalicen las emociones», además de «reforzar el autocuidado». La sensación general de quienes ya han participado «es de tener el control de la situación». Una meta que otros muchos pueden conseguir gracias al apoyo de la AECC en Soria.



Crecemos contigo



GASOIL DE CALEFACCIÓN, AGRÍCOLA Y AUTOMOCIÓN

La mejor calidad de producto a un precio competitivo

NUEVA DELEGACIÓN EN SORIA

900 700 705

SERVICIO EN 24 HORAS
www.enexiaenergia.es

LAS FRASES

PILAR ALEGRIA
MINISTRA DE EDUCACIÓN

[Begoña Gómez] «Quiero trasladarles dos mensajes: extrañeza y tranquilidad [...] No ha habido nada de nada»

NÚÑEZ FEIJÓO
PRESIDENTE PARTIDO POPULAR

«España es más grande que la ambición de una persona, por mucho que sea la más ambiciosa del último siglo»

SANTIAGO MORALES
PRESIDENTE CD NUMANCIA

«Hay que hacer un análisis con la cabeza fría para conseguir que el Numancia esté donde tiene que estar»

¿Hospital en venta?

Si es cierto que van a privatizar El Mirón, que lo digan. Si hay que demolerlo, también

Primero se diseñó, en los años 30 del siglo pasado, como hospital especializado para tuberculosos. Se daba por supuesto que los buenos y frescos aires de la provincia de Soria eran milagrosos para combatir esta enfermedad pulmonar. Sin embargo se renunció a ese uso tan específico cuando voces autorizadas cayeron en la cuenta que el frecuente Cierzo que lo azotaba llevaría los virus de los enfermos hacia el casco urbano de la ciudad de Soria. Verdad o leyenda, lo cierto es que pasó a ser un establecimiento que con la denominación de Hospital Provincial se ocupó de los enfermos de todo tipo

SOPA DE
GUINDILLAS
**JOSÉ LUIS
BRAVO**



hasta que a principios de los 80, Adolfo Suárez inauguró el que conocemos como Santa Bárbara y que muchos siguen identificando como 'La Residencia'. El caso es que a partir de ese momento, el vetusto edificio del Mirón perdió el norte. Parece que nadie sabía qué hacer con él, era del Estado y respondía a la denominación de Hospital Institucional. Sufrió por aquel entonces, y nunca mejor dicho, una renovación en tiempos de la presidencia de Felipe González, que pudo pasar a la historia de la sanidad soriana como la más esperpéntica de las reformas que se hayan perpetrado en un edificio público. Fue la empresa FOCSA, Fomento de Construcciones y Contratas, o mejor dicho sus subcontratadas empresillas, las que sembraron de chapuzas el inmueble. Dobles techos que encerraron fluorescentes viejos entremedio y seguían funcionando, alféizares de las ventanas que vertían las aguas hacia el interior, tajeas que no servían para recoger las aguas por falta de cañerías o una ficticia obra de refuerzo de los forjados que se cobró pero no se hizo. Nadie

actuó contra una empresa que habría merecido, como mínimo una larga, o indefinida, exclusión de las contratas públicas.

Es el caso que, en estos momentos, tras varios intentos de dar uso a la instalación con consultas de psiquiatría o una unidad de paliativos con funcionamiento ejemplar, lo que se plantea, porque la Junta no sabe qué hacer con esa mole del Mirón, es que se privatice su uso, quizá para una residencia de ancianos. Insisto, privada, y se comenta que la empresa interesada es la poderosa ACS del mismísimo Florentino Pérez, presidente del Real Madrid. Poco importa quien sea. Lo razonable sería que la Junta reconociera, porque ahora sí es suyo, que no es útil el inmueble si el Santa Bárbara cumple con las expectativas de los sorianos y las promesas de Mañueco, y que se dejara de marear la perdiz. Si es cierto que van a privatizar el espacio que lo digan, si hay que demolerlo, también. Que lo argumenten con fundamento y ya veremos que opinan los sorianos. Sospecho que no les va a gustar.

SALUD | PUBLICACIONES

La FCCR edita el 'Refranero de la Dieta Mediterránea' de Juan Manuel Ruiz Liso

La publicación, de más de 250 páginas, se elaboró en fascículos, pero ahora se han recopilado para difundir más de 4.500 dichos populares de varios temas

REDACCIÓN / SORIA

Con motivo del 30º Aniversario de la Fundación Científica Caja Rural de Soria, el director de la misma, el doctor Juan Manuel Ruiz Liso, ha escrito el *Refranero temático de la Dieta Mediterránea, Bienestar y Salud*. La publicación, de más de 250 páginas, se elaboró parcialmente en fascículos en 2023.

Ahora, de forma completamente gratuita, el autor quiere hacerlo llegar a los sorianos para difundir la sabiduría popular que se ha transmitido de generación en generación y que él ha recopilado. «Es un libro que contiene más de 5.400 refranes temáti-

cos de la Dieta Mediterránea y el Bienestar y la Salud; y que incluye también refranes típicos de Soria, Castilla y León y de los meses del año», comenta el autor incidiendo en que es una recopilación «inédita y original» y la única con estas características y centradas en la Dieta Mediterránea, conclusión a la que ha llegado después de revisar «las mejores y mayores editoriales y librerías».

TRADICIÓN ORAL. «Algunos de los refranes incluidos no dejan de ser pilcantones pero no se podían olvidar ni menospreciar. Era la forma de dar a conocer la medicina preventiva por tradición oral desde hace siglos», aña-

de Ruiz Liso. Igualmente, esta publicación recoge la historia de los refranes en la literatura y más de 70 productos de la Dieta Mediterránea con sus refranes, así como los que hemos hecho nuevos sobre la trufa. Más de 300 dichos de los mejores autores literarios internacionales», subraya.

El enlace para poder descargar este completo refranero se puede encontrar en la web de la Fundación Científica Caja Rural de Soria, en el apartado de documentos y publicaciones. Un dato curioso es que los refranes en fascículos se han usado para aprender español en China en una plataforma con tres millones de usuarios, denominada Xhslink.

SANIDAD | ATENCIÓN MÉDICA

LISTA DE ESPERA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL SORIA

ESPECIALIDAD	PACIENTES	0-90 DÍAS	90-180 DÍAS	180-365 DÍAS	MÁS DE 365 DÍAS	ESPERA MEDIA	DERIVACIONES
Oftalmología	254	249	3	2	--	40	250
Traumatología	223	119	75	25	4	103	130
Cirugía general y aparato digestivo	169	125	36	8	--	69	--
Otorrinolaringología	102	66	35	1	--	75	--
Urología	86	64	21	1	--	67	--
Ginecología	42	40	2	--	--	44	--
Dermatología	21	21	--	--	--	16	--
TOTAL	897	864	172	37	4	67	380

FUENTE: Salud Castilla y León (Sacyl)

Traumatología y Oftalmología concentran el 52% de los 900 pacientes en espera quirúrgica

En estas dos áreas se han derivado 380 enfermos a la sanidad privada. La demora media es de 67 días y asciende a 356 días de espera tras el rechazo en un centro alternativo

A.P.L./SORIA

El número de pacientes en espera de operación quirúrgica en el Complejo Asistencial de Soria ha pasado de 881 en 2022 a 908 en 2023 y a 897 en 2024 (datos comparativos del primer trimestre de cada año). Igualmente, las derivaciones han pasado de 139 en 2022, a 409 en 2023 y a 380 en el presente ejercicio (130 de Traumatología y 250 de Oftalmología), según las estadísticas de Sanidad Castilla y León (Sacyl).

De los 897 pacientes en espera estructural, 29 son de Prioridad 1, cuyo tratamiento quirúrgico programable no admite demora de más de 30 días; 102 de Prioridad 2, cuya situación clínica o social admite una demora relativa pero se recomienda que la intervención se realice en menos de 30 días; y 766 de Prioridad 3, cuya patología permite la demora de tratamiento porque no produce secuelas importantes. La demora media es de 67 días, con mayor retraso en Traumatología (103) y Otorrinolaringología (75). Cirugía general y del aparato digestivo (69)

y Urología (67), según Sacyl.

Los pacientes de Castilla y León tuvieron que esperar una media de 114 días para ser operados en el primer trimestre del año, tres más que en el mismo trimestre del pasado año, según los datos de la Consejería de Sanidad. Por especialidades, Neurocirugía, con una demora de 175 días, Traumatología, con 159 y Cirugía Plástica, con 136, son las que acumulan en la comunidad un mayor tiempo de espera, mientras que en el extremo opuesto se sitúan Dermatología (26 días), Ginecología (45 días) y Cirugía Cardíaca (51 días). En total, a finales del pasado trimestre 34.834 pacientes

La demora en la especialidad de Traumatología es de 103 días, por encima de la media

estaban esperando ser intervenidos, lo que supone una reducción del 3,8% con relación al mismo trimestre de 2023.

Por hospitales, el tiempo de espera para someterse a una operación osciló entre los 178 días del Complejo Asistencial de Salamanca y los 39 de Palencia. Tras Salamanca, la demora más alta correspondió al Hospital del Bierzo (136 días), el Complejo Asistencial de León (135 días) y Complejo Asistencial de Burgos (114 días).

El resto se encuentran por debajo del centenar de días: Hospital Río Hortega (82 días); Hospital Santos Reyes (72 días); Hospital Santiago Apóstol (68 días); Complejo Asistencial de Soria (67 días); Hospital de Medina del Campo y Complejo Asistencial de Zamora, ambos con 53 días; Complejo Asistencial de Segovia (52 días); Complejo Asistencial de Ávila (49 días) y Hospital Clínico de Valladolid (47 días).

Por diagnósticos, los cuatro procesos con mayor número de pacientes en espera de intervención a 31 de marzo de 2024 han sido los siguientes: cataratas (4.451, frente a los

5.099 pacientes de hace un año), hernia inguinal 1.890 (2.173), artrosis de rodilla 1.981 (2.007) y deformaciones adquiridas de los dedos 1.393 (1.335 pacientes en 2023). Son el 28 por ciento de toda la lista de espera.

En cuanto al criterio de prioridad para ser intervenido, la totalidad de los 972 pacientes registrados en el nivel 1, es decir, con indicación de ser operados antes de 30 días dada su patología, estaba en marzo dentro del rango y con una demora media de 13 días. En prioridad 2 había en la fecha analizada un total de 5.844 pacientes, con una demora media estructural de 114 días. En prioridad 3 se han registrado 28.018 pacientes en lista de espera, con demora media de 117 días.

Durante el primer trimestre del año se ha establecido el máximo de entradas en pacientes en la lista de espera quirúrgica respecto al primer trimestre del 2022 y 2023. Del primer trimestre de 2024 al mismo periodo de 2022, el número de entradas ha aumentado un 11,33%.

CASOS

15 PROCESOS MÁS COMUNES

Los casos más frecuentes en Castilla y León son cataratas por la edad, otras cataratas, artrosis de rodilla, hernia inguinal, deformidades en dedos, artrosis de cadera, trastorno interno de rodilla, otras enfermedades de nariz y senos nasales, colestasis, lesiones de hombro, hernia ventral, hipertrofia de próstata, mononeuropatías de extremidad superior, hernia umbilical y enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides.

DEMORA MEDIA

92

eran los días de espera para una operación en Soria en 2022, que pasaron a 85 en 2023 y a 67 en 2024. Hay un descenso del 27% en dos años.

29 de Prioridad 1

La demora media en Castilla y León es de 114 días. En la comunidad, hay demoras para operaciones por encima de los 200 días en Angiología y Cirugía vascular, Traumatología y Urología en Salamanca; Traumatología en León; y Otorrinolaringología en El Bierzo. En cuanto al estado de los pacientes, hay 972 casos de Prioridad 1 (los más urgentes porque no admiten demora de más de 30 días), de los que 29 serían en Soria; 5.844 de Prioridad 2; y 28.018 de Prioridad 3.

PERYCLES, PLAN DE CONTROL

Pretende mejorar la efectividad y eficiencia del sistema para reducir las listas de espera y las demoras, priorizar la gravedad y la urgencia y conseguirlo de forma eficiente y sostenible, aportando información adecuada, clara y transparente a los pacientes.

PROCURADOR DEL COMÚN

181

QUEJAS DE SANIDAD

El Procurador del Común reclama a la Consejería de Sanidad «reforzar» las medidas para reducir las listas de espera y las demoras en la atención, así como adoptar otras para evitar retrasos en la atención, al ser un asunto que motivó un «importante» número de quejas en 2023, lo que para la institución que preside Tomás Quintana refleja la «preocupación» de los castellanos y leoneses por este asunto. El pasado ejercicio se registraron 181 quejas en Sanidad y Consumo.

LAVANDERÍA
Gargal

- Lavado, planchado y secado de todo tipo de textil
- Restaurantes, fábricas y empresas
- Renting para hoteles y ropa laboral
- Recogida y reparto en Soria y provincia

976 645 600 / 639 728 829

C/ Nueva, 5. Ólvega (Soria)



SANIDAD | INVERSIONES EN EQUIPAMIENTO

El plan de montaje de la nueva fase del hospital moviliza más de 7,4 millones

La adquisición del acelerador lineal (3.025.000 euros) y del TAC simulador (más de 700.000 euros) para la puesta en marcha de la Unidad Satélite de Radioterapia absorben más de la mitad del presupuesto



Obras de la nueva fase de ampliación y reforma del Hospital Universitario San Bárbara. / FOTO: EUGENIO GUTIÉRREZ

ANA I. PÉREZ MARINA / SORIA

El Plan de Montaje de la nueva fase de ampliación y reforma del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria supondrá una inversión de 7.423.000 euros. La adquisición del acelerador lineal, con un importe de licitación de 3.025.000 euros, y de un TAC simulador, que se licitará en las próximas semanas por más de 700.000 euros, para la puesta en marcha de la nueva Unidad Satélite de Radioterapia, absorben más de la mitad del presupuesto. «Hay dos expedientes de mucho impacto económico, que son el TAC simulador y el acelerador lineal, que ahora está en fase de valoración de ofertas [...] La línea principal del plan de montaje, más allá de expedientes concretos, es que se contemplan la Unidad Satélite de Radioterapia. Del total, más de la mitad son para esta unidad, unos 3.800.000 euros para nuevos equipamientos y 100.000 euros en mobiliario general», abunda el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente.

Cabe apuntar que la Gerencia Regional de Salud publicó el 10 de abril la licitación del procedimiento abierto para el suministro e instalación de

un acelerador lineal multienérgico, equipamiento auxiliar y puesta en marcha del equipo con destino al Complejo Asistencial de Soria (Hospital Santa Bárbara), por un importe ligeramente superior a tres millones de euros y con un plazo de ejecución desde la adjudicación de once meses.

Hay que recordar que las obras del hospital incluyen una nueva Unidad de Diálisis, los Hospitales de Día Médico y Oncohematológico, Farmacia, Pediatría, unidades de hospitalización, consultas externas, área de residencia del personal de guardia, almacenes, vestuarios y la citada Unidad de Radioterapia.

Así las cosas, el responsable de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO) pone de relieve la automatización y modernización de la Farmacia Hospitalaria. «Es más de un millón de euros en equipamientos, en distintos expedientes», señala. A mediados de mayo se licitó el contrato de suministro, instalación y puesta en funcionamiento del sistema de automatización del almacén del Servicio de Farmacia (instalación de caruseles horizontales y verticales), por un importe de 532.400 euros, con un plazo de ejecución del contrato de 120

días, iniciándose a partir del 1 de julio o a partir de la fecha de su formalización, si esta fuera posterior.

En los próximos días, avanza el gerente de Soria, se publicará la licitación de las salas blancas, tres espacios «especiales» para la preparación de medicamentos en condiciones de seguridad (citostáticos, parenterales y peligrosos). «Cada sala tiene una climatización distinta, son muy especiales con unas condiciones restrictivas. Son unos 460.000 euros», matiza José Luis Vicente.

Además, apunta que se prevé la automatización del almacén general, además de la Farmacia Hospitalaria, para lo que están previstos unos 400.000 euros, contrato que se licitará en un par de semanas.

En cuanto a la nueva Unidad de Diálisis, este miércoles se publicó en la Plataforma de Contratación del Sector Público la adjudicación del contrato de suministro, instalación y puesta en marcha de una planta de tratamiento de agua de doble ósmosis inversa, por 215.985 euros. Este contrato supone el inicio del Plan de Montaje. «Hay que añadir el mobiliario de la Unidad de Diálisis, que son otros 100.000 euros. Tenemos pen-

diente, a través de otras fórmulas contractuales, otros 500.000 euros adicionales para equipamientos. Es una unidad potente, con muchísimo volumen de pacientes y actividad», significa el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria.

En cuanto a la nueva Unidad de Pediatría, hace hincapié en una partida «especial» que se destinará a humanización del servicio, que superará los 100.000 euros.

MOBILIARIO. Por otro lado, en breve se remitirá para su licitación el expediente relativo a la modernización de los vestuarios, que incorporarán unas 1.200 taquillas con sistemas de apertura inteligente. «Pasamos a un modelo bastante más moderno. Los profesionales tendrán acceso a su taquilla con una tarjeta. Todo esto costará unos 300.000 euros», sintetiza.

El pasado 30 de mayo, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria licitó cuatro expedientes de contratación para el suministro, instalación y montaje del mobiliario de la nueva fase del hospital, por 307.787,01 euros y con un plazo de ejecución de dos meses para cada uno de los diferentes procedimientos, iniciándose a partir del 1 de julio o fecha en la que se formalice el contrato. Asimismo, próximamente se licitarán otros cuatro expedientes, que junto a los cuatro anteriores suman un importe total de 977.300 euros.

El Consejo de Gobierno autorizó este jueves el gasto de 262.000 euros al suministro e instalación, en un plazo de dos meses, del mobiliario a medida -115 muebles- para el área de Consultas Externas y otras diez zonas ubicadas en el nuevo edificio del hospital. Los espacios donde se instalará esta dotación son el Servicio de Farmacia, la Unidad de Radioterapia, Consultas Externas, Documentación Clínica, Electromedicina, Hospital de Día Médico, Hospital de Día Oncológico, Diálisis, hospitalización de Pediatría, la residencia del personal de guardia y la Unidad de Hospitalización de Medicina Interna.

En las próximas semanas, para equipamientos médico-clínicos (ecógrafos, ecocardiógrafos, básculas, electromiogramas...), hay una previsión de desembolso de 250.000 euros.

«Hay otra partida, que es del plan ordinario anual, con 428.000 euros adicionales, en la que está incluido el densitómetro digital, campímetros, equipos de anestesia, desfibriladores, máquinas de ozono...», subraya.

También, la dotación de una sala específica para tratamientos y técnicas de la Unidad del Dolor costará unos 100.000 euros. «Son infinidad de expedientes», finaliza el gerente de Asistencia Sanitaria.

UNIDAD DE DIÁLISIS

55

PACIENTES Fueron atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Santa Bárbara en 2023. Se realizaron un total de 7.795 sesiones, distribuidas en tres días a la semana, en horarios de mañana y tarde, de lunes a sábado.

Planta de agua

La Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, adjudicó esta semana el contrato de suministro, instalación y puesta en marcha de una planta de tratamiento de agua de doble ósmosis inversa para la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Santa Bárbara, a la empresa Fresenius Medical Care España SAU, por 215.985 euros y una plaza de ejecución de cuatro meses.

SANIDAD | ENFERMEDAD NEUROLÓGICA

Sección de fisioterapia en el centro
terapéutico de Parkinson Soria en el
Hospital Virgen del Milagro
sueco/cap/887

Párkinson Soria busca aumentar sus actividades en toda la provincia

La entidad celebra su 25º aniversario con el ánimo de contribuir a mantener la autonomía y calidad de vida de los pacientes



MONATRA
Soluciones profesionales



975 22 62 38

info@monatra.com

www.monatra.com

Avda. Valladolid 71 Soria

facebook.com/monatra

*tableros
a medida*



**Dale color
a tu vida**

MONTÓ
pinturas

La marca del profesional

TRAYECTORIA

25

AÑOS

La Asociación Parkinson Soria cumple este año 25 años de su creación. Nació en el año 1999 para atender, orientar e informar y mejorar la calidad de vida de pacientes y familias.

35

USUARIOS EN EL CENTRO DE DÍA

Su centro terapéutico en el Hospital Virgen del Mirón cuenta con 35 usuarios. En San Esteban y San Leonardo de Yagüe la entidad ofrece servicios puntuales.

147

SOCIOS

La entidad soriana cuenta ahora con un total de 147 socios, una cifra que se ha incrementado en algo más de 40 personas desde principios de 2023. A finales del año pasado contaban con alrededor de 95 socios.

PRÁCTICAS

La entidad busca más colaboración con la UVA

PÁRKINSON SORIA desea ampliar a otras titulaciones de la rama de la salud el convenio que desde este curso académico 2023-2024 posibilita a estudiantes de Enfermería del Campus Duques de Soria de la Universidad de Valladolid (UVA) realizar prácticas en el centro de rehabilitación que la agrupación mantiene en las instalaciones del Hospital Virgen del Mirón. El objetivo es que también otros estudiantes puedan realizar sus prácticas académicas con los pacientes que reciben en el centro sesiones de fisioterapia, una especialidad vital para estos enfermos, logopedia o terapia ocupacional. Los buenos resultados del actual convenio suscrito con el Grado de Enfermería a lo largo del presente año lectivo han animado a Parkinson Soria a querer ampliar esta iniciativa con la que, asegura la gerente de la asociación, Mónica Hernández, «estamos muy contentos». En virtud de este acuerdo de colaboración con Enfermería están realizando sus prácticas en el centro de terapias terapéuticas de la entidad tres estudiantes «que están haciendo un trabajo fenomenal», indica Hernández.

«El mundo se te cae encima con el diagnóstico. Es importante la actitud»

SONIA ALMOGUERA / SORIA

Nació en el año 1999 para informar, asesorar y, sobre todo, mejorar la calidad de vida de los pacientes de parkinson, así como de sus familiares y cuidadores. Bajo la presidencia de la doctora Pilar Sánchez-Malo, un grupo de ellos puso en marcha con este fin la Asociación Parkinson Soria. Comenzaron con muy pocos medios, pero muchas ganas. En poco tiempo consiguieron poner en marcha su centro terapéutico en la cuarta planta del hoy Hospital Virgen del Mirón que continúa siendo el eje principal de la actividad de la entidad.

Un cuarto de siglo después, han conseguido avanzar mucho, especialmente en la desestigmatización de esta enfermedad neurodegenerativa aún sin cura, pero su «lucha» constante continúa con nuevos retos y el propósito de seguir contribuyendo a mejorar y prolongar la autonomía de los afectados ampliando sus servicios. La Asociación Parkinson Soria celebra el 25º aniversario de su fundación con nuevos bríos y el proyecto de fortalecer a lo largo de 2024 su expansión «a todos los rincones de la provincia». La nueva presidenta de la entidad, Blanca Ortega, avanza que se trabaja ya en la planificación de las poblaciones a las que se quiere llegar. Teniendo en cuenta que el 31% de los enfermos de parkinson residen en municipios rurales y que se calcula que hay muchos casos sin diagnosticar en España, la idea es aumentar la presencia en distintas localidades. Ya cuentan con logística en San Esteban de Gormaz y en San Leonardo de Yagüe a través de convenios con profesionales autónomos cinco enfermos se benefician de sesiones de fisioterapia en estos municipios.

También al centro terapéutico de Parkinson Soria en la cuarta planta del Hospital Virgen del Mirón de la capital soriana se desplazan habitualmente pacientes desde Covalada, Cebrejas del Pinar, El Burgo de Osma, Caltojar o Fuentetoba, entre otros pueblos. De ahí, asegura la presidenta de la asociación, que sea imprescindible continuar «visibilizando» la enfermedad y dando a conocer el trabajo de la entidad porque, asegura, el parkinson «no mata, pero puede ser

muy invalidante». No hay dos pacientes iguales. La enfermedad «da la cara» de forma diferente y hace aflorar distintos síntomas (a veces combinados y otras no), pero en todos los casos, insiste Ortega, es vital que los diagnosticados comiencen cuanto antes tratamientos terapéuticos paralelos para completar otros como el farmacológico. «Aunque estés bien, la enfermedad progresa» y continúa socavando silenciosamente, recalca Mónica Hernández, gerente de Parkinson Soria. Aunque mayoritariamente se asocia esta patología neurológica con el temblor de extremidades en reposo, sólo un porcentaje minoritario de pacientes manifiestan este síntoma. Disagias, lentitud de movimientos, falta de equilibrio o inestabilidad postural, problemas de sueño, dificultades para hablar o escribir, estreñimiento, o rigideces «que son horrosas» evidencian, entre otros indicios motores y no motores, esta enfermedad que incluso, apunta Hernández, «puede empezar con una depresión».

Tratar de arrojar luz sobre una patología que, a día de hoy, sigue siendo bastante desconocida es, por tanto, una de las actuaciones prioritarias para esta agrupación que, sólo desde principios de 2023 ha conseguido aumentar notablemente su número de socios, pasando de alrededor de 95 a los 147 actuales.

«Se te cae el mundo encima cuando te diagnostican», añade Blanca Ortega, pero es vital que los pacientes, primero, acepten la enfermedad y, después, que no se aíslen, «que sigan en contacto con el mundo». La presidenta de Parkinson Soria lo sabe por experiencia propia, ya que padece esta patología.

Ella apostó por «plantar cara» al parkinson con sesiones terapéuticas complementarias (fisioterapia, logopedia...) y su ritmo de vida habitual. Con su trabajo en la asociación, además, «siento que estoy haciendo algo por ayudar a otros» enfermos, confiesa. «Es muy importante la actitud, la positividad», alega Mónica Hernández. Sobre todo porque empieza a afectar a personas jóvenes.

El 10% de los diagnósticos se efectúa antes de los 40 años. «Cada vez nos encontramos más jóvenes que se

encuentran bien y dicen: 'ya iré' y es un error, indica la presidenta de Parkinson Soria.

El nuevo plan de información en el medio rural de Parkinson Soria tendrá una primera fase con la organización de charlas informativas en distintas localidades. «Nos gustaría también tener contacto con los CEAS de la provincia y los centros de salud, sobre todo para cuantificar cuántos pacientes hay de esta enfermedad», añade la gerente de la entidad. La zona de Arcos de Jalón, Olvega, Tierras Altas, Pinares y Berlanga de Duero son algunas de las áreas en las que se quiere reforzar la presencia de la entidad.

PASADO Y FUTURO. Fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, entrenamiento cognitivo y apoyo emocional y psicológico son los servicios que se ofrecen en este centro que actualmente cuenta con 35 usuarios. Divididos en distintos grupos, éstos reciben en horario de mañana sesiones terapéuticas, algunas en grupo y otras individualizadas. El equipo está conformado por dos fisioterapeutas, una logopeda, un terapeuta ocupacional y una psicóloga. «Los grupos se estructuran por afinidad, con personas más o menos en la misma situación», explica la presidenta de Parkinson Soria.

«Lo importante es tener una terapia continuada, porque la medicación no lo es todo», añade la gerente de la agrupación. «Hay que seguir luchando», agrega Blanca Ortega, y qué mejor que «sentirte comprendida». Eso es, precisamente, lo que ofrecen: apoyo. El diagnóstico y la convivencia con la enfermedad acarrea momentos duros «y nosotros estamos al lado», añade Mónica Hernández.

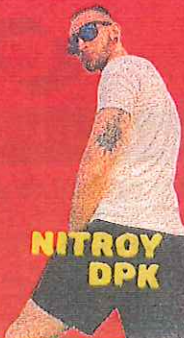
La sede social de la asociación en el edificio de la Fundación Científica Caja Rural (calle Diputación, 1, primera planta) es el primer punto de contacto con pacientes y familiares que deseen la ayuda de la entidad. Tras 25 años de trayectoria, Parkinson Soria afronta esta nueva etapa inmersa en múltiples actividades y programas para seguir dando a conocer esta patología y el trabajo de la agrupación en pro de los pacientes y sus familias. «Visibilizar, visibilizar, visibilizar» es el lema de la presidenta.

vivestival!
SEMIFINAL

EMISIÓN MIÉRCOLES 12
A LAS 21:30 h.



LAMÁQUINA
DE TURING



NITROY
DPK



NON GRATTA

Aquí
nos
vemos





DESCUBREN UN MECANISMO QUE PUEDE PROTEGER FRENTE A LA OSTEOPOROSIS

Un equipo de investigadores de la Universidad Complutense de Madrid ha descubierto un mecanismo que puede proteger frente a la osteoporosis y, tras comprobar sus resultados en células madre adultas, ha patentado una técnica para aumentar la formación de hueso. Científicos de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) ha demostrado por primera vez que un recep-

tor regula negativamente la formación de hueso -osteogénesis-, y han comprobado que su ausencia en ratones evita la pérdida de masa ósea común asociada a enfermedades como la osteoporosis, que afecta a más de 200 millones de personas en todo el mundo. Este mecanismo de protección ósea, que los autores han descrito en *Journal of Bone and Mineral Research*, se basa en una mayor capacidad para generar células formadoras de hueso frente a aquellas que lo degradan. Los resultados muestran que ese receptor podría convertirse en una molécula clave en el desarrollo de nuevas terapias.

AVANCES | MÁS ALLÁ DE LAS PRIMAVERALES

AGENCIAS

Las enfermedades alérgicas son cada vez más habituales y las altas cifras de afectados suponen igualmente un alto coste para el Sistema Sanitario. Concretamente, de entre 1.823 y 6.656 euros por paciente al año si solo se tiene en cuenta los gastos directos derivados de la asistencia sanitaria, según un estudio de los datos recopilados a través de un registro europeo promovido por la Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI por sus siglas en inglés), que ha celebrado este semana su congreso en la Feria de Valencia.

«Las enfermedades alérgicas y el asma son una de las dolencias crónicas más comunes en todo el mundo y suponen una carga sanitaria global considerable. Sin embargo, su impacto real es difícil de estimar debido a la falta de representatividad y al carácter incompleto de los datos disponibles», explica el presidente del Comité de Investigación y Divulgación (ROC, por sus siglas en inglés) de la EAACI, Ioana Agache.

Por este motivo, la sociedad europea puso en marcha con la colaboración de las sociedades científicas nacionales de la especialidad de Alergología, el registro HEAD (por Healthcare Economics and Allergic Diseases), que empezó a recopilar datos en mayo de 2022. Actualmente hay inscritos 778 adultos y niños con una o más de las siguientes enfermedades: rinitis alérgica, asma, dermatitis atópica, alergia alimentaria, alergia a medicamentos y urticaria crónica.

El estudio se inició con dos objetivos: describir los patrones de atención de las enfermedades alérgicas y el asma en toda Europa y evaluar su impacto en términos de uso de recursos sanitarios, los costes sociales, y desde el punto de vista de los pacientes y sus familias en cuanto a incapacidad laboral y costes personales.

Los costes totales medios por paciente y año fueron de entre 1.823,19 y 6.656,85 euros, con una horquilla de 1.394,976 y 516,05 euros de costes indirectos. Los costes directos se han estimado te-



EL ALTO COSTE DE LAS ALERGIAS

Estas enfermedades suponen un desembolso directo de entre 1.800 y 6.600 euros por paciente al año

LAS CIFRAS

778

adultos y niños están inscritos en el registro HEAD impulsado por la Sociedad Europea de Alergología con una o más de las siguientes enfermedades: rinitis alérgica, asma, dermatitis atópica, alergia alimentaria, alergia a medicamentos y urticaria crónica.

5,33

es el número de días de trabajo que suelen perder los empleados a causa de estas alteraciones. En el caso de los niños, llegan a faltar al colegio entre 14,88 y 24,09 jornadas, con la carga que esto implica para la organización de las familias.

ses después, la mujer fue dada de alta», recuerda Campos con emoción. «Y aunque todavía la piel artificial creada no es perfecta, esa piel le ha permitido vivir».

«Luego, por una casualidad, supimos de la extraordinaria evolución que tuvo en su vida otro de los pacientes tratados con la piel artificial generada en Granada. Un profesor asociado de nuestro grupo de investigación participaba en una subida al monte Kilimajaro cuando se encontró con un joven que participaba en la escalada y que le contó que la piel de gran parte de su cuerpo era artificial y había sido creada en Granada. ¡Era la piel que habíamos hecho nosotros!». Y no solo eso, «gracias a este encuentro casual, supimos que, motivado por la recuperación, había corrido maratones, escalado el Mont Blanc y había cruzado a nado el Estrecho de Gibraltar. Estaba encantado con

En próximas fechas se implantará el primer paladar a un niño con malformación

su piel nueva y quería estimular a otros pacientes con grandes quemaduras como las suyas», relata.

Este grupo de investigación también ha desarrollado una córnea artificial que ya está en la segunda fase del ensayo clínico y en próximas fechas se implantará el primer paladar a un niño con malformación.

MUSEO DE LA MEDICINA. Campos es un gran defensor de la ciencia y la medicina que se han hecho en España. «Se han hecho aportaciones brillantes de las que nuestra sociedad debería tomar conciencia porque como decía el poeta Goethe, 'todo lo que recibimos de nuestros padres, hay que conquistarlo', es decir, hay que valorarlo, celebrarlo y hacerlo nuestro para realmente poseerlo», opina Campos.

Para este médico habría que promover un Museo Español de la Medicina, «un lugar que pusiera en valor, entre otras muchas aportaciones a la medicina, avances como la campaña de vacunación que Balmis llevó a cabo en el siglo XIX en varios continentes para luchar contra la viruela, o a figuras como Fidel Pagés, el médico militar que inventó la anestesia epidural en un hospital en Melilla».

niendo en cuenta las hospitalizaciones (entre 177,05 y 890,85 euros), la atención en Urgencias (29,18-154,48 euros) costes por atención especialista (223,29-475,38 euros), por Atención Primaria (27,61-137,32 euros) por atención psicológica (4,85-136,84 euros), el coste de las pruebas diagnósticas (21,27- 82,48 euros) y de los tratamientos (106,23-470,65 euros).

Las enfermedades alérgicas también tuvieron costes indirectos, como los gastos individuales del paciente por consulta (entre 50,85 y 183,79 euros), medicación (entre 416,94 y 1.093,66 euros), transporte (44,15-218,51 euros), gastos en seguros privados (61,79 y 298,99 euros) y control ambiental (99,33 y 955,23 euros).

De media, los pacientes adultos perdieron entre 2,68 y 5,33 días de trabajo, los niños entre 14,88 y 24,09 días de colegio y sus familias perdieron entre 3,99 y 23,35 días. «La importante carga que suponen las enfermedades alérgicas, en costes y en incapacidad laboral, según esta investigación, exige una acción inmediata para mejorar su gestión», manifestó Agache.

DIRECTRICES. La EAACI informó que ha también ha presentado una nueva guía de directrices sobre ciencias medioambientales para las alergias y el asma, enfocándose en el impacto de la exposición a corto plazo a los contaminantes del aire exterior.

«El tratamiento del asma aconsejado por las directrices de la EAACI puede mejorar los resultados relacionados con el asma, pero se necesitan medidas globales de aire limpio para lograr un impacto significativo», señaló Agache.

La guía proporciona recomendaciones para la prevención, la atención al paciente y la mitigación de la alergia para apoyar a profesionales sanitarios y pacientes para individualizar y mejorar el tratamiento del asma, además de servir de referencia también para los responsables políticos y los legisladores para establecer normas y objetivos legalmente vinculantes para la calidad del aire exterior a nivel internacional, nacional y local.

Con la mirada puesta en 2030

El Ministerio de Sanidad publicó hace unos días un estudio sobre la planificación de Recursos Humanos sanitarios que desvela un déficit actual de 4.502 médicos de familia en España, un número que esperan que aumente hasta llegar a los 5.496 profesionales en el año 2029. Sin embargo, esperan que esta tendencia mejore a partir de 2030, ya que habrá un cambio paulatino de déficit a equilibrio.



20

MINUTOS DE SIESTA es un tratamiento eficaz contra el dolor crónico. Este breve descanso modifica la percepción del malestar inducido por la falta de sueño, lo cual es significativo para comprender cómo el descanso influye positivamente en la regulación de la sensación de dolor.

CIENCIA | PIONEROS EN LA HISTORIA

DEL NOBEL CAJAL A LA INGENIERÍA TISULAR DE ANTONIO CAMPOS

El sillón 38 de la Academia de Medicina que fue titularidad del premiado español lo ocupa hoy un catedrático de la Universidad de Granada centrado en la investigación de un área que solo el navarro podía vislumbrar hace un siglo

ELENA CAMACHO (EFE)

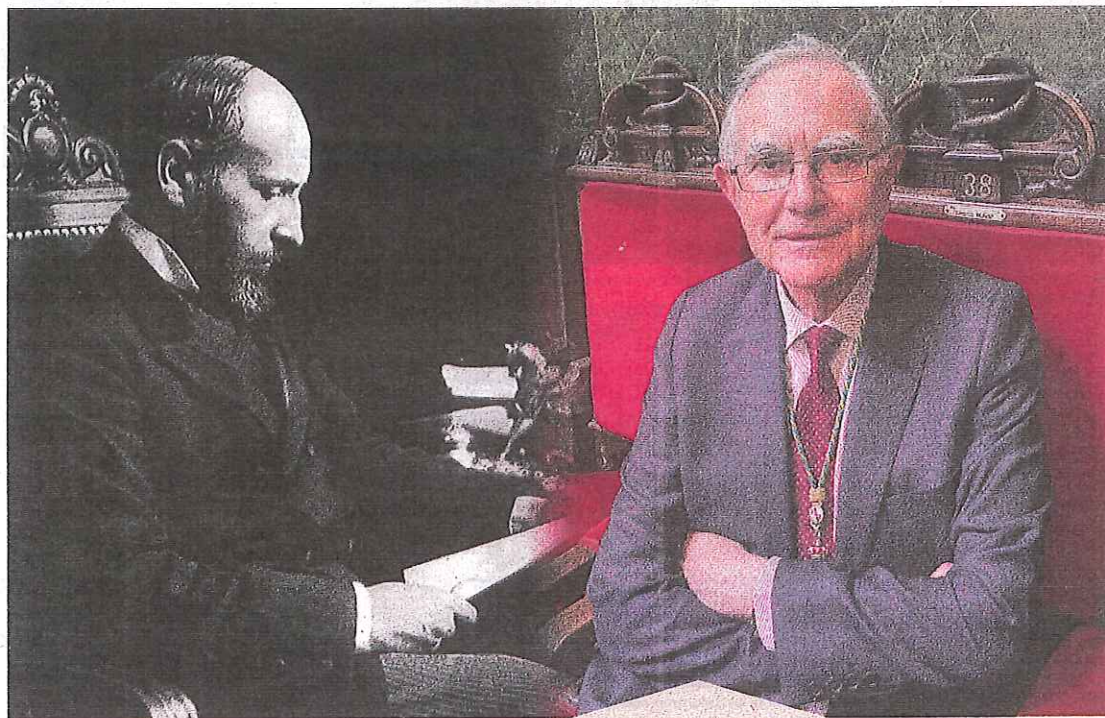
Renombrado y afamado tras ganar el Nobel por sus descubrimientos sobre las neuronas, Ramón y Cajal siguió investigando una idea aún más innovadora: cómo regenerar el tejido nervioso. Cien años después, el científico Antonio Campos ha conseguido tejidos artificiales con potencial para regenerar órganos y curar a los pacientes.

Campos, catedrático de Histología en la Universidad de Granada, ocupa el sillón número 38 de la Real Academia Nacional de Medicina, el mismo en el que se sentó Santiago Ramón y Cajal, ha dedicado su labor docente e investigadora a la ingeniería tisular, un área innovadora de la histología que hace un siglo solo podía vislumbrar alguien como el nobel español.

Este médico humanista, pionero de la investigación de tejidos e impulsor del primer programa de doctorado en ingeniería tisular en España es, además, uno de los mayores conocedores de la figura del nobel español.

«Las investigaciones de Cajal, plasmadas en su obra *Histología del sistema nervioso del hombre y los vertebrados*, fueron esenciales para la ciencia. Ese libro, como los *Principia* de Isaac Newton o *El origen de las especies* de Darwin, abrió una puerta a un mundo desconocido, la puerta hacia el conocimiento de los circuitos y estructuras del sistema nervioso que hasta entonces no se conocían», explica Campos en una entrevista.

«A día de hoy todos sabemos que sus descubrimientos histológicos marcaron un antes y un después en el conocimiento de la función y la patología del sistema nervioso, pero pocos saben que al final de su trayectoria científica, con la ayuda de Jorge Francisco Tello -uno de sus discípulos-, creó conductos de ciáticos vacíos en los que ponían médula de sauco y hacían que las terminaciones nerviosas continuaran a través de ellos para inervar las zonas periféricas denervadas. Básicamente lo que hacemos hoy en día con biomateriales para crear nervios artificiales», destaca Campos.



«Lo que hacemos hoy en día con biomateriales para crear nervios artificiales», destaca Campos.

Cajal y Tello intentaron una proeza, regenerar el tejido nervioso, y lo hicieron un siglo antes de que Robert Langer y Joseph P. Vacanti, en un artículo publicado en la revista *Science* en 1993, definieran por primera vez el concepto de *ingeniería tisular*, el campo que usa la ingeniería y las ciencias de la vida para desarrollar tejidos artificiales con fines terapéuticos y que supuso un cambio de paradigma en la medicina.

Uno de los grupos pioneros en ingeniería tisular en España es el que dirige Antonio Campos en la

Universidad de Granada, que desde finales de la década de 1990 intenta generar tejidos artificiales lo más biomiméticos posible con los tejidos naturales para poder curar a los pacientes.

«Lo que hacemos ahora ha cambiado el paradigma de la histología porque ya no está orientada solo a dar con el diagnóstico, sino a la terapéutica porque de un tiempo a esta parte hemos comprobado que los tejidos también curan», asegura.

SEGUNDA PIEL. Córnea, piel, nervios, mucosa oral, cartílagos y hasta paladares infantiles son algunos de los tejidos que investiga el grupo de Campos. De momento, la córnea y

«Ramón y Cajal creó conductos de ciáticos vacíos en los que ponía médula de sauco. Es básicamente lo que hacemos hoy con biomateriales para crear nervios artificiales»

el paladar artificiales han sido ya aprobados por la Agencia del Medicamento para su ensayo, y la piel está aprobada para uso compasivo hospitalario en grandes quemados.

Este modelo de piel artificial ya se ha probado con éxito en más de 10 pacientes. «La primera fue una mujer con quemaduras en casi el 80 por ciento de su cuerpo, lo que implicaba una altísima probabilidad de mortalidad». A partir de una muestra de piel sana de dicha paciente se fabricaron láminas de piel biomiméticas con células de la paciente y biomateriales generados por el grupo (como una recreación de su propia piel) que fueron trasplantadas a la paciente. «Tres me-



Precio: 2 euros.
Teléfono de atención al cliente: 91 050 16 29.

EL MUNDO



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



MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033.
Madrid. Tel.: 91 443 50 60.
© Unidad Editorial Información General,
Madrid 2024. Todos los derechos

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

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

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

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

Impresión: Impresora Norte, Polígono
San Miguel, Sector 4-C/ Albert
Enrén, 44. 50830 Villanueva de Gállego
(Zaragoza) Dep. Legal: SO-55-2005



PATIO GLOBAL YIN LI

QUIÉN. El doctor Yin Li, un reputado médico chino, es el mandamás del PCCh en Pekín. Formado en Moscú y Harvard, llegó a tener un alto cargo en la OMS antes de volver a su país en 2008.
QUÉ. Visitó Madrid la semana pasada y fue recibido por la vicepresidenta primera y ministra de Economía, María Jesús Montero, en la sede del PSOE en Ferraz. Lo hizo de manera discreta y para constatar el estado óptimo de la relación Madrid-Pekín

El doctor del Partido Comunista chino al que recibió en Ferraz la vicepresidenta Montero

El doctor Yin Li estuvo en Madrid la semana pasada. Fue una visita discreta. Este reputado médico chino sacó el estetoscopio diplomático para auscultar el estado de las óptimas relaciones entre España y China. Como era un pez gordo del Partido Comunista Chino (PCCh), fue agasajado por altas autoridades. En este caso, por la vicepresidenta primera del Gobierno y ministra de Hacienda, María Jesús Montero, que recibió en la sede del PSOE a un ilustre emisario de la superpotencia asiática.

Yin (61 años), además de médico, es el mandamás del PCCh en Pekín y uno de los 24 dirigentes del poderoso y exclusi-



LUCAS DE LA CAL
SHANGHAI

vo Politburó, el órgano clave del partido en la toma de decisiones. Su paseo por Ferraz buscaba, entre otras formalidades, avanzar en una posible visita oficial a Pekín del presidente Pedro Sánchez, que algunos apuntan que se produciría tras el verano.

Desde que China abrió sus puertas el año pasado tras el largo cerrojo de la pandemia, hay una larga lista de espera para viajar al gigante asiático. Líderes de todo el mundo piden cita en Pekín porque saben que viajar a la segunda economía mundial y regalar los oídos al presidente Xi Jinping significa que volverán a casa con grandes acuerdos comerciales y de inversión.

Los grandes mandatarios europeos discuten en alto en sus corrillos de Bruselas que hay que reducir la dependencia de China, pero luego se frota las manos cada vez que el régimen de Xi les da luz verde para visitar Pekín. Para Sánchez, sería su segundo salto a la capital china desde marzo de 2023.

Yin Li, del Politburó del PCCh, con la vicepresidenta primera, María Jesús Montero. PSOE

Yin Li, escoltado por Yao Jing, embajador de China en España, fue recibido en Ferraz, además de por Montero, por el secretario de Organización del PSOE, Santos Cerdán, y por la responsable de

Política Internacional y Cooperación al Desarrollo del partido, Hana Jalloul. En aquella reunión, aunque no saliera luego en la foto de grupo difundida por el PSOE, también estuvo José Luis Rodríguez Zapatero, el ex presidente calificado por la propaganda de Pekín como «amigo del pueblo chino». No olvidan cuando Zapatero, en 2005, fue de los primeros líderes occidentales en apoyar el fin del embargo europeo de armas a China, vigente desde la matanza de Tiananmen en 1989.

Tras concluir en Ferraz, el doctor Yin, acompañado por otros funcionarios del PCCh, también participó en un encuentro con una delegación del Partido Comunista de España, con José Luis Centella a la cabeza. Antes de regresar a casa, Yin viajó a Sevilla, donde fue recibido en el Palacio de San Telmo por el presidente autonómico, Juanma Moreno, y por varios de sus consejeros, quienes llevan tiempo buscando abrir las puertas de Andalucía a los inversores tecnológicos chinos.

Yin, que además de la carrera de Medicina estudió gestión de Salud Pública en Moscú y en Harvard, llegó a ser vicepresidente de la ejecutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) antes de volver a China en 2008 como viceministro del Ministerio de Salud. A partir de 2013, con Xi Jinping en el poder, desfiló como secretario del partido en las provincias de Sichuan y Fujian. Hace un par de años fue nombrado jefe en Pekín y miembro del Politburó. Mantiene un perfil alto en la política interna y este 2024 ha entrado al ruedo diplomático con visitas a Marruecos, Qatar y España.

Es uno de los 24 dirigentes del Politburó, el órgano de toma de decisiones del PCCh

China tiene lista de espera de visitas oficiales para cerrar acuerdos comerciales



EL RUIDO DE LA CALLE
RAÚL DEL POZO

¿Paja sin pruebas?

Para unos, la imputación de la esposa del presidente del Gobierno es pólvora mojada. Según otras fuentes, el juez Juan Carlos Peláez, que podría procesar a Begoña Gómez, llegó a calificar las diligencias de Manos Limpias de infundadas y descabelladas, y en todo el sumario no hay ni una sola prueba contra ella. Es un mamotreto de paja sin contenido real de los medios de extrema derecha. Pero el juez ha sufrido un acoso terrible en el que lo han calificado de alimaña. Entre la confusión de vocablos y pufietas no está claro si Begoña está investigada o soporta una condición procesal de investigada; tampoco si va a tener recorrido el empapelamiento, si se va a archivar o no.

Lo que está claro es que, cuando Pedro Sánchez amenazó con la espantada y escribió la carta a los españoles, sabía que un juez investigaba a su esposa por tráfico de influencias y corrupción. La Policía se lo comunicó a Begoña el mismo día en el que él escribió la carta. Así que lo sabía, lo ocultó en las preguntas que le hicieron en el Parlamento, inició una aguerrida campaña diplomática, lanzó la campaña de los bulos y la máquina del fango y arremetió contra jueces y periodistas aunque conocía la situación de investigación de su esposa.

Es probable que sea inocente, pero también se sabe ya que la Fiscalía española hace el papel de abogado defensor, que la Fiscalía europea intenta saber si han metido mano a los fondos europeos y que la Guardia Civil la exculpa inicialmente aunque no sea su oficio sentenciar. Ayer se supo además que la Audiencia Provincial ve «indicios» suficientes para que el juez siga investigando.

Núñez Feijóo declara que el país está parado y la legislatura, perdida por la corrupción y el desgobierno. Oscar Puente dice que lo de la imputación es una chorrada absoluta. Pero en esta época de elecciones y tensión política se va a la caza del adversario si no es de los tuyos. También los políticos de las medias verdades, los jueces y los periodistas están en las listas negras y soportan insultos y abucheos. La demagogia, una de las peores formas de corrupción política, basada en la calumnia del adversario, está en su mejor momento. Ante esa transferencia de culpas entre partidos, candidatos y jueces que llaman *crispación* no hay confrontación de opiniones, sino de calumnias. Una masa sin rostro, una inmensa masa de votantes, manipulable, pide cabezas. Tratan a los ciudadanos como a chusma vil, los encienden con la miseria del populismo y convierten la libertad en odio.

Los domingos
EL MUNDO + ¡HOLA!
¡por sólo 4€!

Los domingos con EL MUNDO, la revista
Actualidad Económica y también la revista ¡HOLA! ¡Todo por solo 4€!

También puedes llevarte sólo EL MUNDO al precio de siempre.
Promoción válida hasta agotar existencias y disponible a nivel nacional excepto en Cataluña.





Nazareth Castellanos, a la izquierda, junto a Gisela

ESTA ES LA HUELLA BENEFICIOSA QUE DEJA EL BAILE EN EL CEREBRO, SEGÚN LA NEUROCIENCIA

Estilo de vida. La neurocientífica Nazareth Castellanos y Gisela Schwartz, fundadora de Danzar y Conectar, proclaman las bondades de bailar con regularidad.

Por Gema García Marcos

Si fuéramos conscientes de la magia que se obra dentro de nosotros cuando bailamos, seguramente, nos importaría un pimiento ese absurdo pudor que nos impide hacerlo. Y eso es, precisamente, es lo que se han propuesto Gisela Schwartz, fundadora de Danzar y Conectar, y la neurocientífica Nazareth Castellanos, ayudarnos a deshacernos de los pensamientos limitantes a través de la experiencia y de la ciencia, tal y como pudieron comprobar los asistentes al encuentro que organizaron en la Academia de Rafa Nadal (Manacor, Mallorca).

«Llevo la danza en mi ADN. Comencé a bailar a los tres años y no paré de hacerlo hasta que, llegada a la edad adulta, la vida me llevó por otros derroteros. Pero la danza estaba dentro de mí y, casi cuatro décadas después, decidí retomarla. Junté, en mi Buenos Aires natal, a algunas de mis amigas y, nada más comenzar a sonar la *playlist*, nuestros cuerpos volvieron a rememorar las secuencias y movimientos de las clases de jazz de nuestra adolescencia. Se produjo la magia de volver de un plumazo a los 16 años y descubrimos que el brillo de nuestras miradas y la pasión por bailar estaban intactos. Así fue cómo nació Danzar y Conectar, porque eso es lo que hacemos: conectar, a través de la danza con otras personas y con nosotras mismas».

Bailar, asegura, «tiene un efecto terapéutico muy poderoso. Basta con poner una música que nos guste mucho y empezar a acompañar el ritmo con el pie para empezar a sentir cómo nuestro cuerpo se inunda de buenas sensaciones. No se trata de hacer una coreografía perfecta o de levantar la pierna hasta la cabeza... ¡Todos podemos bailar!».

Sobre los efectos, más que terapéuticos, mágicos de la danza lo sabe todo Nazareth Castellanos. Del baile,

asegura, «ya se se conocen de sobra los beneficios cardiovasculares, digestivos, etc., pero yo me voy a centrar en las bondades que supone para un área concreta del cerebro: la corteza somatosensorial».

Dicho así, la verdad, puede que no nos enteremos de mucho (o de casi nada), pero un buen comienzo sería «situar la corteza somatosensorial en la zona media de nuestra cabeza, esa en la que nos ponemos las diademas». O contar que esta área cerebral «da cuenta de lo que pasa fuera de nuestro cuerpo, de la postura, el movimiento, la temperatura, etcétera».

Pues bien, diversos estudios han constatado que «las personas que bailan de forma regular –sin importar cómo lo hagan– fortalecen su corteza somatosensorial. ¿Eso qué significa? Que, en esa zona, se incorporan más neuronas y se potencian sus conexiones, lo que supone una gran ventaja de cara a afrontar la pérdida de neuronas que se produce con la edad». Aún hay más, «bailar mejora la coordinación entre las neuronas, haciendo que sean más eficientes y ordenadas».

Todo eso ayuda, también, «a tener una mejor consciencia corporal, a ser más conscientes de nuestras emociones, a situarlas en nuestro cuerpo».

¿Por qué es importante saber dónde se ubican las emociones en el mapa de nuestro cuerpo y por qué resulta tan interesante la consciencia corporal? «Para responder a esas preguntas tendríamos que remontarnos 30 años atrás para bucear en los trabajos de Antonio Damasio, cuyo marcador somático nos revelaba que tener una mayor consciencia corporal nos ayuda a tomar mejores decisiones».

¿Qué más ventajas tiene ser más conscientes de nuestra postura? «Está más que demostrado que podemos pasar el día entero sin darnos cuenta ni una sola vez de cómo es la postura de nuestro propio cuerpo. Sin embargo, diversas investigaciones, ya desde hace tiempo, refrendan que corregir la postura corporal nos ayuda, y con esto no quiero decir que sea algo determinante o en exclusividad, a lo que se le llama la migración del estado de ánimo, aumentando las emociones positivas, mejorando la autoestima e incrementando los niveles de felicidad».

Nazareth Castellanos no quiere dejarse ningún beneficio del baile en el tintero: «Potencia las funciones cognitivas; aumenta la motivación; mejora la actitud, el comportamiento y el estado de ánimo; combate la ansiedad; reduce el dolor crónico y potencia las conexiones sociales. En una sociedad en la que la soledad se están convirtiendo en una pandemia global, hacer cosas que nos muevan y que nos hagan sentir al otro, también es muy importante. Bailar hace que aprendamos a incorporar al otro y que fortalezcamos los mecanismos de empatía y de comprensión, no solo hacia los otros, sino también hacia nosotros».

Hasta aquí, la ciencia. Ahora toca dejar paso a la experiencia y recordar las palabras de Gisela Schwartz: «¡Todos podemos bailar!».

BOTICARIA GARCÍA

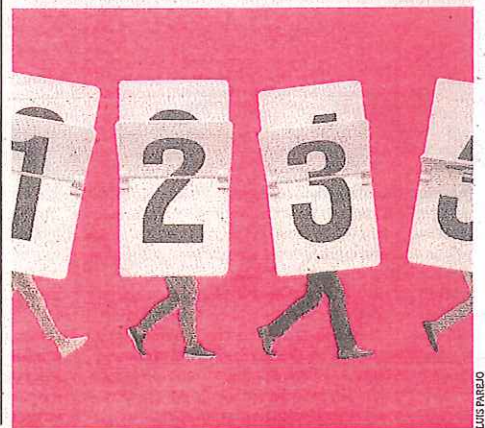
PARA IMPACTAR EN LA SALUD CAMINAR 'A LO RAJOY' ES MEJOR QUE IR DE PASEO

Los 10.000 pasos. Un "caminante enérgico" reduce más riesgo de cáncer, demencia y enfermedades cardíacas que uno que anda mucho a ritmo lento. En la intensidad del ejercicio está la clave

Si ya sabíamos que caminar no era suficiente para mantenernos en forma ahora sabemos que, además, conviene hacerlo a paso ligero. Esto es 'a lo Rajoy'. Dos estudios publicados en 2022 en las revistas *JAMA Internal Medicine* y *JAMA Neurology* analizaron cuál era el ritmo de pasos por minuto de los 30 minutos con mayor actividad diaria de los participantes. Los investigadores hallaron que las personas con un ritmo promedio más alto (entre 80 y 100 pasos por minuto) tenían mejores resultados de salud en comparación con las que caminaban una cantidad similar cada día, pero a un ritmo más lento. Los «caminantes enérgicos» tenían un 35% menos de riesgo de morir, un 25% menos de probabilidades de tener una enfermedad cardíaca o un cáncer y un 30% menos de demencia. Por concretar: ¿cuánto tiempo conviene andar rápido? Si una persona, en su total de pasos diarios, incluye entre 2.400 y 3.000 de caminata enérgica, puede reducir el riesgo de las enfermedades mencionadas. **¿La teoría de los 10.000 pasos es cierta?** Un reciente metaanálisis en el

que se revisaron 15 estudios realizados en más de 47.000 adultos respalda la creencia popular de que dar 10.000 pasos al día es beneficioso para la salud. Los participantes que daban en promedio 10.901 pasos al día disminuían en un 53% su riesgo de muerte prematura por cualquier causa, en comparación con los que solo daban 3.553 pasos. Además, incluso los que no alcanzaban la cifra de 10.000 pasos diarios, pero se situaban en un rango de 5.800 a 7.800 pasos, mantenían un riesgo de muerte reducido en un 40-45% en comparación con los que daban menos pasos.

¿Andar es suficiente? Aunque caminar es una actividad muy beneficiosa para el cuerpo y la mente (nos ayuda a mantenernos activos y contribuye a prevenir numerosas enfermedades) técnicamente no se considera ejercicio físico. En palabras del profesor de fisiología Jorge Roig: «Caminar está bien para no estar mal, pero no sirve para estar bien». Si queremos los beneficios del ejercicio aeróbico, se requieren prácticas de mayor intensidad. No es imprescindible correr, vale nadar, montar en bici, en una elíptica, remar, jugar al tenis u otros ejercicios en casa o en el gimnasio.



LOS 'CAZADORES' DE GARRAPATAS QUE VELAN POR SU SALUD

Investigación. Acompañamos a Félix Valcárcel, investigador del CSIC, en una salida para capturar ejemplares de estos artrópodos que pueden transmitir distintos tipos de enfermedades. El científico coordina un proyecto para hacer un mapa de garrapatas de España que permita minimizar los riesgos de contagio

Por Cristina G. Lucio. Fotografía de Ángel Navarrete

Como todo buen cazador, antes de salir de casa Félix Valcárcel prepara bien sus armas, estudia el terreno y calcula las piezas que podrá conseguir en la batida de hoy. Pero no se lo imaginan limpiando escopetas ni colocando cepos. Ni tampoco apuntando a perdices o venados. Porque lo que este científico del CSIC caza son garrapatas. Pequeños artrópodos de apenas unos milímetros que, sin embargo, pueden suponer una amenaza para la salud pública por las enfermedades que son capaces de transmitir.

Valcárcel no caza garrapatas para matarlas, sino para estudiarlas. Quiere saber qué especies hay en la península, cómo es su ciclo vital, cuál es su distribución, qué patógenos albergan... Este veterinario, líder del Grupo de Parasitología Animal del Instituto Nacional de Tecnología Agraria (INIA-CSIC), es uno de los coordinadores del Proyecto GARES cuyo objetivo es elaborar un recurso que no existía: un mapa global de las garrapatas de España y las posibles enfermedades que pueden transmitir.

«Hasta ahora, no había nada que reflejara la situación global ya que los datos de distribución que teníamos provenían de acciones puntuales de distintos grupos de trabajo y había muchas lagunas y zonas sin muestrear. Por primera vez, los principales expertos en garrapatas del país nos hemos unido y estamos trabajando juntos para sentar las bases de un plan de supervisión de garrapatas en España», explica el investigador mientras va sacando del coche los útiles que necesita para su particular caza.

Estamos cerca del río Jarama, a apenas media hora en coche del centro de Madrid, pero en un paraje lo suficientemente apartado para que no pase ni un alma durante el tiempo que dura el muestreo. Solo los aviones que de vez en cuando nos sobrevuelan a poca distancia nos recuerdan lo cerca que está la ciudad. «Este es un punto al que vienen a beber y descansar animales silvestres. Aquí vamos a encontrar ejemplares», vaticina Valcárcel. Y acto seguido despliega el arma que tiene preparada: un trozo de tela gruesa, blanca, de unos dos metros de largo que está unido a un palo de escoba ajustable. Como si fuera una red de pescar, lo lanza al campo, y empieza a arrastrarlo. «Las garrapatas son hematófagas, se alimentan de sangre, por lo que necesitan subirse a un hospedador para comer. Y para conseguirlo, utilizan distintas estrategias. Por ejemplo, cuando la hierba está alta, pueden subirse a la vegetación y esperar allí a que pase utilizando distintos sensores que les indican si

hay movimiento, vibraciones, la emisión de dióxido de carbono, etc. Algunas especies, siguiendo esos mismos estímulos, también pueden perseguir al hospedador. Y con este trazo nosotros simulamos que somos un animal. Nuestro movimiento, nuestra respiración, nuestras pisadas ponen en alerta a las garrapatas, que se suben a la tela pensando que es un animal», explica el científico. Mientras habla, con un gesto preciso que ha repetido miles de veces a lo largo de su carrera, da la vuelta al trazo.

Y allí están: dos ejemplares de *Hyalomma lusitanicum* que Valcárcel reconoce de un vistazo y enseguida recoge en un bote transparente. Serán las primeras de muchas. «Esta una especie autóctona que aunque prefiere otros hospedadores también puede picar a las personas. Eso sí, no se engancha rápidamente», aclara. A esta garrapata, continúa «no le gusta el frío y con el aumento de las temperaturas en Madrid la estamos viendo en algunos sitios donde antes no se encontraba. Esto que hemos constatado aquí con esta especie es lo que queremos saber si sucede o no en otros puntos del país y otros tipos de garrapatas», señala.

Confirma sus palabras desde su laboratorio en la Universidad Complutense, Sonia Olmeda, coordinadora junto con Valcárcel del proyecto GARES: «La iniciativa parte de la necesidad de conocer la distribución actual de las garrapatas en España como punto de partida para poder asegurar, con garantías, si una determinada especie está aumentando su población o distribución». La investigadora alaba la información que en ese sentido están recabando no solo los profesionales que trabajan en el proyecto sino los 268 colaboradores «que están aportando su granito de arena en la creación del mapa». Apicultores, ganaderos, empresas de control de plagas o particulares se han sumado a la iniciativa, contribuyendo con sus propios datos y ejemplares. «La población se ha mostrado interesada y está participando intensamente aportando información única, imposible de obtener de otra manera. Estamos

muy contentos como científicos y orgullosos como ciudadanos», remarca.

Mientras sigue cazando, Valcárcel aclara que en cada punto de muestreo se seleccionan, en tubos separados, tres machos y tres hembras que, entre todas las garrapatas capturadas, «se analizan en busca de posibles patógenos». Según explica, la Península Ibérica tiene una biodiversidad única, también en lo que a garrapatas se refiere. Y, de hecho, en espacio «coexisten más especies de garrapatas que en el resto de Centroeuropa», lo que también implica una mayor variedad de enfermedades transmitidas. En la España más húmeda, las especies de garrapatas se parecen a otras que hay en Europa, como la especie *Ixodes ricinus*, cuyo riesgo principal es la enfermedad de Lyme, una infección bacteriana que puede dejar secuelas crónicas y graves. En cambio, en la España más seca, hay otras especies de garrapatas como *Dermacentor marginatus* y *Rhipicephalus sanguineus*, que se relacionan con infecciones bacterianas como la rickettsiosis. Pero, en esta zona sin duda, uno de los riesgos que más preocupa es el que plantea el virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo, una zoonosis emergente cuya letalidad puede llegar al 40% y que es transmitida

Arriba, detalle del artilugio que el equipo de Valcárcel usa para 'cazar'.

Sobre estas líneas, varios ejemplares capturados de *Hyalomma lusitanicum*.

A la derecha, el investigador Félix Valcárcel sostiene dos botes de garrapatas.





por garrapatas del género *Hyalomma*. En la península, además de *Hyalomma lusitanicum*, también existe la *Hyalomma marginatum*, una prima hermana de la primera que, sin embargo, tiene mucho más interés que ella en las personas. La circulación del virus en nuestro país se conocía desde 2010, después de que el patógeno se identificara en garrapatas capturadas en ciervos en una finca de caza en Cáceres. Y durante mucho tiempo se pensó que, en España, los primeros casos en humanos se habían producido en 2016. Pero, en realidad el primer caso documentado se remonta a 2013, tal y como demostró de forma retrospectiva y

gracias a Twitter el investigador Miguel Ángel Jiménez Clavero, especialista en virus emergentes del Centro de Investigación en Sanidad Animal (CISA). «En el verano de 2020, comenté en un tuit que tuvo bastante eco la confirmación de un caso mortal de Crimea-Congo en un hombre de 69 años en la provincia de Salamanca. A raíz de aquello me contactó por la red social una persona que había sufrido una enfermedad muy grave tras haberle picado una garrapata en 2013, en el sur de Ávila y quería saber si podía ser lo mismo. Enseguida me pareció que los síntomas podían cuadrar con la enfermedad y decidimos investigarlo», recuerda el

Vestimenta. Protéjase de las garrapatas si va al campo. Utilice manga larga y pantalón largo y vista ropa de color claro. De este modo será más fácil comprobar si hay alguna garrapata sobre ella.

Calzado. Evite las sandalias o cualquier tipo de calzado abierto. Mejor botas cerradas y calcetines altos que deberán cubrir la parte inferior de los pantalones. La camiseta, también mejor por dentro del pantalón.

Caminos. En la medida de lo posible, camine por la zona central de los caminos, evitando el contacto con la vegetación cercana. Evite asimismo sentarse en el suelo en zonas con vegetación.

Revise su cuerpo. Al final del día en el campo, examine si tiene alguna picadura de garrapata en su cuerpo. Sobre todo, axilas, ingles, cabello, por detrás de las rodillas, dentro y fuera de las orejas, en el ombligo...

científico que contactó con el equipo médico que la había atendido en el Hospital de Salamanca y, tras varias pruebas, pudo constatar que la paciente presentaba anticuerpos contra el virus y efectivamente había pasado la enfermedad.

«Este estudio nos alerta de la posibilidad de que haya habido más casos que hayan pasado desapercibidos, incluso anteriormente», señala el investigador, quien reclama «una vigilancia efectiva y que se promueva el conocimiento entre el personal sanitario de esta enfermedad». Desde 2013 se han confirmado un total de 13 casos, de los que cuatro terminaron falleciendo.

«Las enfermedades transmitidas por garrapatas deben abordarse desde una perspectiva muy transversal, desde distintas disciplinas, como la salud pública, médica y veterinaria, además de la salud y gestión ambiental y la entomología sanitaria. Por eso, es imprescindible que todas estas disciplinas colaborem para conseguir comprender, estudiar y prevenir las enfermedades transmitidas por garrapatas. Es necesario crear ese flujo de comunicación», reclama también Olmeda.

El objetivo del proyecto GARES es elaborar un mapeo exhaustivo que permita conocer tanto el tipo de garrapata que hay en un lugar determinado como el riesgo de transmisión de enfermedades para tratar de minimizar posibilidades de contagio. «Aunque todavía no tenemos todos los datos, lo que nos dicen los resultados preliminares es que hay menos prevalencia de patógenos víricos en las garrapatas de lo esperado, lo que es una buena noticia, pero el mapeo va a permitir conocer mejor las zonas de mayor riesgo», indica Valcárcel mientras se retira, con parsimonia, una garrapata que sube, intrépida, por su pantalón. El investigador recuerda que el contagio de patógenos no se produce antes de 24 o 48 horas tras la picadura de la garrapata, por lo que si al volver de una zona donde puede haber este tipo de artrópodos, se revisa bien el cuerpo y se retira cualquier ejemplar que se detecte, los riesgos se minimizan.

«Pero, por favor, nada de métodos tradicionales, que no funcionan. Se sujeta firmemente con unas pinzas de borde romo y punta fina y se tira de ella hacia arriba, procurando no aplastarla», advierte Valcárcel, quien en más de 30 años de carrera, 17 dedicándose casi en exclusiva a las garrapatas, puede contar con los dedos de una mano las veces que le han picado. Antes de irnos, el científico vuelve a pasar el trapo por una zona con vegetación alta. Bingo de nuevo. Pero esas tres no serán las últimas garrapatas del día. Camino de la ciudad, ya en el coche, un ejemplar sube por el brazo de Valcárcel mientras va al volante. Con tranquilidad, coge un bote junto a la palanca de cambio y la captura. Y no necesita ni pisar un poco el freno.

**Cómo frenar el maná
del piso turístico: 60.000 euros
de alquiler al año** **página 8**

**El renacimiento gótico del IEB:
"Somos clásicos por fuera, pero
por dentro, vanguardia"** **página 20**

**Fondos de fundaciones:
invertir para preservar
su legado** **página 33**

**"La IA lo cambia todo:
reduce la tasa de fracaso
y arriesgaremos más
con enfermedades aún
sin medicamentos"**

PAUL HUDSON
CEO de Sanofi
(PÁGINA 14)

ACTUALIDAD ECONÓMICA

Desde 1958

La revista de economía de El Mundo. Nº: 3.104. Semana del 9 al 15 de junio de 2024

“

Antes Europa generaba cuatro de cada cinco medicamentos; ahora uno. No apuesta por el I+D y pierde una oportunidad”

PAUL HUDSON

Tras el anuncio de un ERE en la filial española, el CEO del laboratorio francés subraya la buena posición de la industria en España y lamenta que Europa no lo se

Por **Cristina G. Real** Fotografías de Getty y Sergio Enríque

La naturaleza de los empleos y las funciones dentro de una empresa cambian, la innovación implica transformaciones y el acceso a la misma da lugar a nuevas formas de configurar los equipos, al menos en la industria farmacéutica. "Ninguna organización puede permanecer estática durante 40 años". Así justifica Paul Hudson, CEO de la farmacéutica francesa Sanofi, la reciente presentación de un procedimiento de despido colectivo en la filial española que afectaría a 89 de sus 1.450 posiciones. Hudson asegura a *Actualidad Económica* que Sanofi cuidará bien de los que aún son sus empleados –"siempre lo hacemos, por encima de todo"– y promete, además, que el futuro se presenta mucho más esperanzador. Las transformaciones, insiste, son necesarias para adaptarse "al mundo que cambia a nuestro alrededor" y en el caso de esta compañía son muchas y de gran calado: "Lo contrario no sería natural".

Para empezar, "Sanofi es, fuera de la industria de la tecnología, la compañía líder en el empleo de inteligencia artificial [IA] a gran escala; tenemos unos 18.000 empleados usando IA cada día". También se está posicionando rápidamente como líder mundial en inmunología –dispone "del mayor pipeline avanzado en enfermedades autoinmunes, con 12 medicamentos que cambiarán o salvarán vidas"–, y cuenta con uno de esos compuestos con el que todas las farmacéuticas sueñan, un medicamento que para Hudson es "un milagro, porque los pacientes me escriben para decirme que sienten como si se hubiera producido un milagro", y que además tiene aún un largo recorrido.

Estas reflexiones las comparte en la sede de Unidad Editorial. Nuestro país no le es ajeno a este inglés nacido en Manchester (Reino Unido), porque ya estuvo al frente de la filial de AstraZeneca entre 2008 y 2011. "Aquí crecí como persona. Fue el primer país que lideré, y puede que fuera extranjero pero me sentí adoptado por la gente. Se trata de personas, de respeto y de celebrar la cultura. Aquí tomaba cortados, comía cocido y celebraba el día de Reyes. España es un país hermoso y tengo recuerdos increíbles".

Sus análisis los hace en un tono global porque haber dirigido filiales farmacéuticas para distintas empresas en Japón, España, Francia, Suiza y el Reino Unido, se lo permite. Además, asegura sentirse un ciudadano global. "He educado a mis hijos para que se sientan así también". Dice no haber encontrado dificultad en liderar la mayor farmacéutica francesa pese a las diferencias culturales entre galos y británicos, en parte porque "ver las cosas con nuevos ojos desde fuera y con experiencia global es una ventaja". La clave está en "tomarse esa responsabilidad muy en serio, porque muchas personas llegan a a dirigir un negocio queriendo reproducir lo que les ha funcionado en otros países, pero eso no funciona". "Mi enfoque es siempre el mismo: entrar,

descubrir qué es lo que mejor hace la gente en cada sitio y acompañarme a ellos, correr a su misma velocidad durante un tiempo y entender por qué hacen bien las cosas. Y luego, en algunas áreas –no en todas–, acelero el paso, corro un poco más rápido cuando sé que pueden acompañarse ellos, y siempre respetando su historia y lo que los llevó a este punto".

Pregunta. En términos de innovación, ¿hasta qué punto es importante para el sector la pérdida de peso de Europa frente a EEUU en I+D+i farmacéutica?

Respuesta. Así como creo que España compite muy bien dentro de Europa en su apuesta por la innovación –que aquí es una prioridad–, Europa no lo hace tan bien frente a China y Estados Unidos. La innovación no es una prioridad para la UE, que centra su atención en mantener los precios bajos y evitar problemas de suministro. Y no porque Europa no cuente con una importante ventaja competitiva gracias a sus hospitales, universidades, algunos de los mejores científicos, químicos, biólogos y matemáticos. Sus ingredientes son los mejores del mundo, pero en la Comisión Europea no hay ningún interés en eso, sino en los chips, el hidrógeno y los vehículos eléctricos, porque eso es lo

que los votantes perciben. Europa solía generar cuatro de cada cinco nuevos medicamentos, y ahora genera menos de uno o dos de cada cinco. Es una oportunidad perdida para Europa, porque China se está fortaleciendo y Es-

tados Unidos tiene todo el capital-riesgo. Por tanto, la UE debería hacer de la innovación en Europa una prioridad. Francia y España son los únicos países que lo están intentando, pero Europa debe ponerse al día.

P. ¿Cómo ve a nuestro país?

R. Ahora es líder en ensayos clínicos por detrás de EEUU. Pero a pesar de ir por la senda correcta, todavía falta un paso más para alcanzar del todo el liderazgo en el acceso a la innovación, porque la implicación de los profesionales sanitarios en el desarrollo clínico debería traducirse después en el acceso a los

médicamentos en cuyo descubrimiento y desarrollo han participado. Algunos de los países con los que España compite por inversiones en I+D pueden también hacer ensayos clínicos, pero a menudo no pueden poner los medicamentos a disposición de los pacientes. Es algo descorazonador que tu médico te diga que te va a tratar con la mejor opción con la que cuenta, en lugar de la mejor posible para esa enfermedad.

P. A finales de 2022 un grupo de CEO del sector, primeras espadas, entre las que se encontraba usted, se reunieron con el presidente Pedro Sánchez y le trasladaron que el 50% de los medicamentos que se aprueban en la UE no estaban disponibles en España...

R. Pero ahora el país tiene una oportunidad, si compensa la innovación, de ser uno de los dos países europeos que ofrezcan más oportunidades para los medicamentos innovadores, en parte gracias a esa posición de liderazgo en ensayos clínicos, y en parte también por su determinación para estar a la vanguardia en IA, por sus increíbles hospitales y la calidad de su gente. Pero debe continuar el viaje iniciado porque ahora hay otros países intentando competir.

P. Pese a esa oportunidad por el posicionamiento del país en innovación, Sanofi ha anunciado una reorganización, ¿cómo afecta al futuro de la filial española?

R. Nuestro éxito se mide fundamentalmente por lo que podamos hacer para que los pacientes accedan a la innovación. Si el Gobierno en España mantiene ese nuevo enfoque se crearán puestos de trabajo y la pregunta será cómo podemos expandirnos. Así es como vemos el futuro. En cualquier caso, Sanofi tiene en la actualidad más de 400 personas en el Centro Global de Innovación de Barcelona trabajando exclusivamente en análisis de datos e IA, puestos que, por cierto, no tenemos a esa escala en ningún otro sitio del mundo.

P. Precisamente en IA, Sanofi sostiene estar a la vanguardia en su aplicación, ¿cómo se traduce en el día a día de la compañía esa apuesta por la IA?

R. Va más allá de los procesos de investigación en los que, por ejemplo, empleamos IA para interpretar microscopía crioelectrónica, que es la vanguardia de la biología estructural, y uno de los factores que nos acercan a gran velocidad a liderar global-



"España tiene opción de ser, junto a Francia, uno de los países con más oportunidades para la innovación"



Tip@s de interés

Paul Hudson, CEO de Sanofi

los pacientes por dos vías diferentes: por un lado, con expertos en IA –un número limitado de personas– que mediante superordenadores emplean todo el potencial que tenemos para diseñar medicamentos, y, por otro, con una enorme cantidad de personas que usan *IA de picoteo* a partir de notificaciones constantes de posibles oportunidades de inversión, investigación y desarrollo de negocio igual que reciben notificaciones de sus redes sociales; cantidades de información que un cerebro humano no es lo suficientemente grande para abarcar. No queremos que nuestra gente sea experta en IA, sino en *IA de picoteo*, que saque provecho de ella y pueda tomar mejores decisiones. Nuestra estrategia es ser la primera compañía que emplea la IA a escala de manera transversal en todo el grupo.

SANOFI EN CIFRAS

Nacimiento. La actual compañía gala es el resultante de varias adquisiciones a lo largo de décadas, en las que se fusionaron laboratorios.

Crecimiento. En el primer trimestre de 2024, las ventas de sumaron 10.464 millones de euros, un 2,4 % más. La apuesta por I+D ha subido hasta el 11,8%.

Vacunas. La compañía gala es líder mundial en este ámbito. Seis de cada 10 nuevas candidatas en ensayos clínicos hasta 2025 están impulsadas por ARNm.

Centro de datos de IA. En Barcelona se encuentra la sede en la que basan todo el desarrollo de futuro innovador de la compañía a nivel mundial.

Dupilumab. Según Evercore ISI, podría sumarle 3.500 millones de dólares anuales al pico de facturación que estiman para el fármaco, 20.000 millones en 2030.

➔ mente el campo de la inmunología. Gracias a ello podemos observar una sola célula inflamada en el organismo, aislarla y comprender qué la ha llevado a inflamarse y, por tanto, ha generado la cascada de reacciones que llevan a enfermedades como asma, eczema o Crohn. Pero la IA abarca mucho más: el genio ha salido de la botella, y no hay vuelta atrás.

P. ¿Cuál es el valor de la IA en el desarrollo de fármacos?

R. En el ámbito farmacéutico se generan muchísima información y datos en la investigación, desarrollo y comercialización de medicamentos, y hay muchas posibilidades de que la IA nos ayude a ser más eficaces, productivos y exitosos. Por ejemplo, cuando el desarrollo de un medicamento llega aproximadamente a su cuarto año, entra en la fase 1 de ensayos clínicos, y para entonces ya ha requerido cientos de millones de euros de inversión y aún tiene un 90% de posibilidades de fracasar. Cuatro o cinco años después habrá alcanzado la fase 3 y consumido 2.000 o 3.000 millones de euros, con una probabilidad de fracasar del 35%. La IA nos permite reducir esa probabilidad del 90% de fracaso en la fase 1 a un 70%, y la del 35% en la fase 3 al 25 o 15%, y eso lo cambia todo porque nos permite arriesgar más en enfermedades para las que aún no hay medicamentos disponibles dado que la probabilidad de éxito es mayor. Y también nos permite ser más eficientes en el proceso posterior, de planificación de la producción y distribución de los medicamentos; en la tarea de contribuir en apoyo a los profesionales para que los pacientes comprendan mejor la enfermedad para un mejor cumplimiento terapéutico... En definitiva puede que seamos la primera compañía que trabaja con profesionales sanitarios e IA en la búsqueda de un mejor resultado para

P. Han sido pioneros contra el virus respiratorio sincitial, el que más afecta a los niños. Pero ahora dice que se centran en inmunología, ¿cuál es la molécula 'estrella'?

R. Dupilumab [comercializado en España como Dupixent con algunas indicaciones, y a partir de ahora lo estará también para dermatitis atópica en bebés, asma en adolescentes, poliposis nasal, esofagitis eosinofílica y prurito nodular]. Se trata de un medicamento de los que se dan una vez en la vida. Permite normalizar la vida de los pacientes y tiene un perfil de seguridad sin precedentes. Actúa diciéndole al organismo que puede ser normal otra vez. Cuando has vivido toda una vida con una de estas enfermedades que te impide dormir o acaba teniendo efectos en tu salud mental, volver a la normalidad se percibe como un *milagro*. Pero es ciencia, porque se dirige a una citoquina en particular responsable del proceso inflamatorio y esa misma vía impacta positivamente en varias enfermedades con procesos similares. Si con Dupixent controlamos las interleuquinas 13 y 4, podemos tratar a pacientes con asma, dermatitis atópica, etc., mediadas por ellas. ■

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad gasta 14M€ en las jornadas de tarde para bajar la lista de espera

● Sólo uno de cada cuatro profesionales se acogen a las 'peonadas', de las que casi un 40% se dedican a Medicina de Familia ● Por especialidades, anestesia, cirugía general y 'trauma' acaparan más médicos

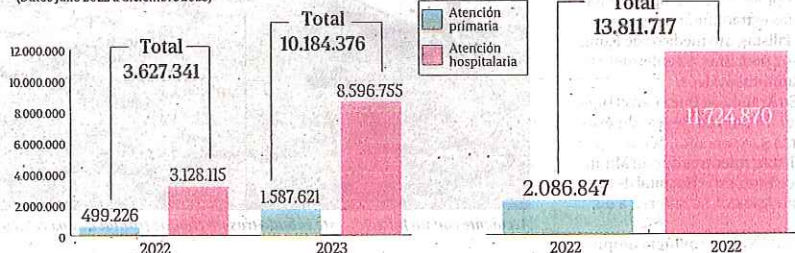
DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Cuando la Consejería de Sanidad anunció en julio de 2022 el plan de 'peonadas' para que profesionales sanitarios trabajasen voluntariamente por las tardes, su carácter llevaba aparejado el término de "temporal". Efectivamente, la medida duró seis meses, pero se amplió hasta febrero del año siguiente con motivo de las escasas mejoras en las listas de espera de los hospitales de Castilla y León. Y lo que se anunció como 'temporal', se mantuvo durante todo el año 2023 y ocurrirá lo mismo en este 2024, tras una nueva prórroga de seis meses. El resultado de todas estas jornadas extraordinarias, de momento, son casi 14 millones de euros que la consejería a cargo de Alejandro Vázquez ha desembolsado para pagar la actividad realizada por casi 4.500 profesionales de la medicina y que engloban un 45,3% del total de profesionales (10.035) que aporta la Comunidad al Sistema Nacional de Salud.

Encontrar el origen del problema para que Sanidad lanzase por primera vez este plan de choque no resulta tan complicado si se busca en el Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL). Hay que remontarse, entonces, hasta los meses de junio y julio de 2022 cuando se decretaron las primeras medidas «urgentes» en el orden sanitario «como consecuencia de la grave situación epidemiológica ocasionada por la Covid-19» y que pedigraba con ocasionar un colapso de la Atención Hospitalaria y Primaria al demorarse el tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas y consultas.

Por ello, el departamento de Alejandro Vázquez incentivó por primera vez la realización voluntaria de jornadas de tarde -conocidas como 'peonadas'- y por las que un licenciado especialista abonaba 314,16 euros por consultas de cuatro horas y 209,04 euros en caso de un enfermero, mientras que en intervenciones quirúrgicas el importe ascendía hasta 450 y 300 eu-

GASTO EN PEONADAS EN CASTILLA Y LEÓN

(Datos julio 2022 a diciembre 2023)



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

(Datos julio 2022 a diciembre 2023)



MÉDICOS POR ESPECIALIDADES

(Datos julio 2022 a diciembre 2023)

Alergología	18	Medicina Interna	19
Anatomía Patológica	6	Medicina Nuclear	3
Anestesia y Reanimación	552	Nefrología	8
Angiología y Cirugía Vascular	56	Neumología	39
Aparato Digestivo	84	Neurocirugía	41
Cardiología	90	Neurofisiología Clínica	5
Cirugía Gral y del Aparato Digestivo	354	Neurología	49
Cirugía Oral y Maxilofacial	11	Oncología Médica	10
Cirugía Ortopédica y Traumatología	294	Oftalmología	245
Cirugía Pediátrica	19	Otorrinolaringología	197
Cirugía Plástica	55	Pediatría	2
Cirugía Torácica	65	Radiodiagnóstico	157
Dermatología	37	Rehabilitación	29
Endocrinología y Nutrición	17	Reumatología	15
Farmacología	5	Urología	210
Ginecología y Obstetricia	114	Total	2.806
FUENTE: SACYL			

ros, respectivamente, y en el caso de los técnicos auxiliares (TCAE) correspondía a 110 euros y 90 en los celadores.

Según los datos de Sanidad pro-

porcionados a este periódico, desde julio de 2022, cuando comenzó a aplicarse esta medida para el verano, que después se ampliaba hasta febrero, un total de 937 profesionales

MÉDICOS POR CENTROS HOSPITALARIO

C.A. Ávila	192
CAU. Burgos	317
H. Clínico de Valladolid	397
H. El Bierzo	129
CAU. León	321
H. Medina del Campo	110
CAU. Palencia	177
H. Río Hortega	251
CAU. Salamanca	421
H. Santiago Apóstol	69
H. Santos Reyes	54
CA. Segovia	155
C.A. Soria	68
C.A. Zamora	145
Total	2.806

DIARIO DE CASTILLA Y LEÓN / EL MUNDO

sanitarios 746 médicos; 146 pediatras, 27 enfermeros y 18 administrativos- se acogieron a las 'peonadas' en Atención Primaria, lo que conllevó un desembolso de 499.226 euros

por parte de Sanidad y ascendió hasta los 3.128.115 euros en Atención Hospitalaria al acogerse al plan 1.021 especialistas. Y la medida resultó positiva, al reducirse el tiempo de espera quirúrgica de los 129 días de demora media en los hospitales de Castilla y León a partir de julio de 2022 a disminuir hasta 11 días en el primer trimestre de 2023. No obstante, no todos los centros hospitalarios contaban con una evolución positiva ya que en Palencia (+4 días), El Bierzo (+3) y Soria (+11) presentaron incrementos en su lista de espera quirúrgica, mientras en el resto ocurrió lo contrario, especialmente en el grupo de 'grandes hospitales' ya que Salamanca consiguió una reducción de 11 días, de 19 en León; de 32 en Burgos y de 34 en Valladolid -11 en el Río Hortega, 23 en el Clínico-.

Lejos de los 67 días de junio de 2019 y de los 94 de diciembre con los que concluyó el año para una intervención quirúrgica, y pese a superarse a las fases más graves de la pandemia, Sanidad publicó en el BOCYL el 4 de mayo de 2023 que mantenía el mismo «conjunto de medidas de choque por un periodo limitado temporalmente» ante el «importante incremento de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas, consultas y pruebas diagnósticas de los hospitales». Las 'peonadas', que se extendían hasta el 31 de diciembre de 2023, mantenían los mismos criterios que los postulados en junio de 2022: sería una actividad extraordinaria -siempre fuera de la jornada ordinaria de trabajo-, con una duración de cuatro horas por cada jornada de tarde, sin superar la duración máxima de 48 horas semanales de trabajo efectivo y los mismos importes por consultas y actividad quirúrgica.

La situación con la que se enfrentaba el mes de mayo de 2023 era de 11 días de demora media en intervenciones quirúrgicas, pero esta vez la evolución fue negativa en los hospitales de Castilla y León al aumentarse en cinco días el tiempo medio

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

LA POSADA

EL MUNDO

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

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

de espera a final de año hasta los 116 días. La situación también se contrapuso en los propios centros ya que en los 'grandes hospitales' los datos se incrementaron, excepto en el Complejo Asistencial de Burgos, donde se redujo la demora en 38 días, en el Clínico de Valladolid, con 10 días menos y en el Río Hortega, un día menos; mientras que en algunos de menor tamaño, como los complejos de Palencia y Soria, dieron la vuelta a su situación entre julio de 2022 y en el primer trimestre de 2023 al lograr disminuir su lista de espera quirúrgica en 5 y 9 días, respectivamente.

Al término del año, pese a que las 'peonadas' estuvieron en activo durante más tiempo que en 2022, las cifras de médicos que se acogieron a las jornadas extraordinarias en Atención Primaria fueron menores durante el pasado año al pasar de 937 a 807 profesionales -627 médicos, 78 pediatras, 61 enfermeros y 41 administrativos-, con un desembolso total por parte de Sanidad de 3.128,115 euros. Con su trabajo 'extra', la demora media se situó por debajo de las 48 horas en el 85% de las consultas, con un 15% de ellas donde la horquilla oscila entre los más de dos días y hasta siete.

Al respecto de la Atención Hospitalaria, las cantidades abonadas a los 1.785 médicos que se acogieron a las 'peonadas' fueron de 8.596.755 euros tras ampliarse las medidas a consultas y pruebas diagnósticas, además de las intervenciones quirúrgicas.

El ámbito de cirugías fue el que más profesionales acaparó durante 2023, con 285 en Anestesia, 189 en Cirugía General y Aparato Digestivo, y 164 en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Un aspecto directamente relacionado con el tiempo de espera, al ser estas tres especialidades las que mayor demora acapararon desde el inicio de 2023: 123 en el caso de Cirugía General y 158 días en Traumatología, terminando ambos reduciéndose 105 y 155 jornadas, respectivamente.

Con estos datos, la Consejería de Sanidad publicó el 29 de diciembre de 2023 en el BOCYL una nueva prórroga de las 'peonadas' al persistir «las circunstancias que obligaron a la adopción de la medida especial de ampliación voluntaria de la actividad asistencial por encima de la jornada habitual de trabajo». Y es que esos 111 días de demora media con que finalizó el año Castilla y León en sus hospitales para intervenciones quirúrgicas seguían lejos de las cifras prepandemia, por lo que se decidió prolongar la medida hasta el 31 de marzo de 2024 y, al contar con una demora media de 114 días, se anunció en mayo una nueva prórroga que se mantendría hasta final de año. Una 'temporalidad' extendida durante tres años por conseguir el objetivo de «reducir las listas de

espera y evitar la demora en la prestación de la actividad asistencial», sobre todo en periodos estivales y navideños, y que repercuta «en la mejora de la salud de los ciudadanos».

► **ÁVILA.** Desde las 'peonadas' anunciadas en julio de 2022, un total de 192 especialistas, 67 médicos de Familia, 24 pediatras y 4 enfermeros se han acogido a la medida.

► **BURGOS.** Es la provincia que más profesionales emplea en jornadas extraordinarias con 317 especialistas, 410 médicos de Familia, 92 pediatras, 62 enfermeros y 32 administrativos.

En Aranda de Duero, en el Hospital de Santos Reyes, de esas cifras 54 corresponden a especialistas; mientras que en Miranda de Ebro, en el Hospital de Santiago Apóstol, se refieren a 69.

► **LEÓN.** La provincia emplea en 'peonadas' 321 especialistas, 128 médicos de Familia, 3 pediatras, 2 enfermeros y 32 administrativos. En El Bierzo la comparativa es menor, con 129 especialistas, 144 médicos, 41 pediatras, 5 enfermeros y un total de 9 administrativos.

► **PALENCIA.** En su complejo se ha intentado mejorar las listas de espera con 177 especialistas, 27 médicos y un enfermero.

► **SALAMANCA.** Su hospital es en el que más especialistas han realizado jornadas de tarde, con 421. Además, su trabajo ha estado acompañado de 143 médicos, 13 pediatras, 12 enfermeros y 9 administrativos.

► **SEGOVIA.** Sus cifras reflejan grandes diferencias con el resto de centros al cubrirse las jornadas voluntarias por 155 especialistas en Atención Hospitalaria y solo 21 médicos en Primaria.

► **SORIA.** Presenta una similar situación que en Segovia ya que en las 'peonadas' trabajaron 68 especialistas y en Atención Primaria 13 médicos, un pediatra y dos enfermeros.

► **VALLADOLID.** Con dos de los 'grandes hospitales' de Castilla y León, su implicación en las peonadas es también destacada. Solo en el Clínico han contado con 397 especialistas, mientras en el Río Hortega se reduce el número hasta 251. En conjunto, además de las cifras en el complejo de Medina del Campo, la Atención Primaria ha estado cubierta por 241 médicos y 22 pediatras.

► **ZAMORA.** Su hospital presenta una notable diferencia entre la Atención Hospitalaria y Primaria ya que entre 2022 y 2023 han contratado a 145 especialistas y 17 médicos, además de un pediatra y seis administrativos.

HERALDO DIARIO



Dos personas donando sangre en un hospital. MARIO TEJEDOR

FOES impulsa la donación de sangre en las empresas

Organizaciones Saludables es la alianza que impulsa la patronal con vistas al Día del Donante, que se celebrará este viernes

SORIA
Organizaciones Saludables impulsa las donaciones de sangre en las empresas de sus cinco territorios en el Día del Donante. La alianza impulsada por FOESaludable, anima a las empresas y a las personas trabajadoras a sumarse a la celebración del Día del Donante de Sangre, este viernes 14 de junio, favoreciendo las donaciones de sangre durante la jornada laboral.

Las organizaciones empresariales de Soria (FOES), Álava (SEA Empresas Alavesas), Burgos (FAE Empresas Burgalesas), La Rioja (FER La Rioja) y Cantabria (CEOE Cepyme Cantabria) aúnan bajo su actividad a cerca de 537.000 trabajadores de 102.100 empresas y a más de 100.000 autónomos.

Para facilitar las donaciones, en Soria, algunas empresas dispondrán

de un autobús en la entrada de sus centros de trabajo y otras darán permiso a sus trabajadores para colaborar en esta causa.

Según recuerda la Organización Mundial de la Salud (OMS) en esta efeméride, las transfusiones de sangre y sus productos contribuyen a que pacientes con enfermedades potencialmente mortales vivan más tiempo con mejor calidad de vida, y posibilitan la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas complejas.

Las donaciones tienen, además, una importancia vital en la atención materno infantil, el embarazo y las respuestas de emergencia a los desastres naturales o causados por el hombre.

Las necesidades de sangre son constantes durante todo el año y el suministro sólo se puede asegurar

mediante donaciones regulares voluntarias y no reguladas. El sistema de salud sólo puede asegurar el suministro suficiente precisamente mediante estas donaciones regulares voluntarias y no remuneradas.

Organizaciones Saludables se suma a esta acción a favor de la comunidad como parte de la promoción de la responsabilidad social en la empresa, siguiendo las directrices de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU. Promocionar hábitos saludables e incrementar el bienestar en el trabajo es el objetivo de Organizaciones Saludables, constituida tras la propuesta de FOES de extender su proyecto FOESaludable más allá de los límites provinciales, sumando recursos con otras organizaciones empresariales para, así, facilitar la consecución de objetivos.

OPINIÓN

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Martes 18 de junio 2024

CASTILLA Y LEÓN

CSIF alerta del «desierto sanitario» tras las nuevas renunciadas de MIR

VALLADOLID La Atención Primaria de Castilla y León, especialmente en Medicina Familiar, va camino de «convertirse en un desierto sanitario» si los responsables de Sacyl o del Gobierno autonómico «no lo remedian, reaccionan y toman medidas contundentes, de verdad».

Así lo afirmó el responsable de Sanidad de CSIF Castilla y León, Enrique Vega que señaló que si las noticias «ya fueron alarmantes, al quedar vacantes 47 plazas de médicos de familia en los centros sanitarios de Castilla y León, tras la repesca extraordinaria y la incorporación de los residentes la situación ha empeorado». «Hay añadir otras 15 vacantes más, tras la renuncia de dos residentes y la no incorporación de otros 13», añadió en declaraciones recogidas en un comunicado.

De las 190 plazas que se ofertaron para médicos de Medicina Familiar, sólo se han cubierto el 67,4% tras renunciar otros 15 MIR.

Medidas para frenar la lista de espera que deben ser excepcionales

SI ALGO APARECE siempre como una de las mayores preocupaciones de los castellanos y leoneses son las listas de espera para ser operados y para ser atendidos por el especialista. Y no sin razón ya que todavía hoy, y a pesar de la rebaja en esa espera para ser operado o atendido que se viene registrando en los últimos meses que las sitúan por debajo de la media del país, se mantienen en cifras elevadas. Mucho más si el análisis se realiza hospital por hospital. Ahí es donde se continúan visualizando los desequilibrios territoriales que hacen, por ejemplo, que un ciudadano de Salamanca o del Bierzo esperen más del doble que uno de Valladolid para ser intervenido quirúrgicamente.

Desde la Consejería de Sanidad, con su consejero a la cabeza, se viene manifestando que se hará todo lo necesario para tratar de rebajar esa espera. Y dentro de ese todo lo necesario se encuentran esas peonadas de trabajo extra de tarde de los sanitarios con el único fin de atajar esa lista y rebajar la espera para ser operado y para ser visto por el especialista.

Peonadas que suponen un sobreesfuerzo económico para las arcas de la Consejería de Sanidad y para los pro-

fesionales que, voluntariamente, deciden prolongar su jornada laboral más allá de su horario habitual a fin de conseguir atajar desde dentro esa lista de espera.

Bienvenidas sean estas peonadas y bienvenidos sean todos y cada uno de los sobreesfuerzos que desde la Consejería se decidan poner en marcha. Esfuerzos que deben dirigirse allí donde más necesarios son, en aquellos hospitales que peores cifras presentan. Y es que la clave, además de reducir la demora, tiene que pasar inexorablemente por acabar con esas desigualdades y desequilibrios entre provincias y entre centros hospitalarios.

Pero, dicho esto y valorando la medida de las peonadas de tarde, es necesario apelar a la gestión que debe exigirse desde las gerencias hospitalarias como el dique principal para rebajar esa lista de espera. Y la mejor demostración, de nuevo, son las cifras que evidencian esas diferencias entre hospitales, donde la gestión es clave. Esa tiene que ser la base de actuación porque sólo así se consolidará la reducción de las listas de espera. Las medidas extras, como las peonadas, no pueden pasar de eso, de excepcionales.

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad dedica 14 millones a peonadas de tarde para reducir la lista de espera

Por especialidades, anestesia, cirugía general y traumatología son las que acaparan más médicos

VALLADOLID La Consejería de Sanidad gasta 14 millones de euros en las jornadas de tarde para reducir la lista de espera.

Uno de cada cuatro profesionales se acogen a las 'peonadas', de las que casi un 40% se dedican a Medicina de Familia.

Pág. 11

PAPEL

NI GIMNASIO NI DIETA:
LA CLAVE DE TU
'OPERACIÓN BIKINI'
ES REDUCIR
LA ANSIEDAD

El psiquiatra estadounidense
Judson Brewer, experto
en adicciones, publica en España
'Comer sin hambre',
un libro que desmonta los mitos
del adelgazamiento
Por Jorge Benítez
Fotografía de Antonio Heredia



PAPEL EN PORTADA

Por Jorge Benítez (Madrid)
Fotografía de Antonio Heredia

Está en un bar y pide una copa. El barman no es tacaño y le pone un pequeño cuenco con kiklos o, si es goloso, unas gominolas. Se las come todas en menos de un minuto. Lo hace aunque no tenga hambre, porque viene cenado de casa. Por inercia, quizás por aburrimiento o por puro nerviosismo. A este redactor le pasa y se pregunta el porqué de este impulso loco. Una pregunta que el psiquiatra estadounidense Judson Brewer, célebre por sus estudios neurocientíficos sobre la ansiedad y las adicciones, considera equivocada.

Así que este artículo no empieza bien.

Para este médico basta con aplicar una simple ecuación: detonante (los kiklos) + conducta (comérmelos compulsivamente) es igual a una recompensa, que es la satisfacción de este impulso. «El problema es que la recompensa te mantiene atrapado, porque escapa a nuestro control de las emociones».

Detrás de los kiklos puede haber emociones. Detrás de las gominolas hay lo que este médico considera una «prisión alimenticia».

¿Kikloalcataz? ¿Gominosoto del Real?

«La clave es darse cuenta que este hábito no es gratificante», dice Brewer en una entrevista por videoconferencia. «Es decir, si tienes ansiedad y te da por comer, el único resultado que esperas es más ansiedad. La ansiedad se maneja aceptándola, no eliminándola. En mi investigación he descubierto cómo se puede lograr esto y no ser dependientes de esos hábitos alimenticios poco saludables».

Volveremos pronto a los kiklos.

Judson Brewer es un psiquiatra que ha visto muchos pacientes con una mala relación con la comida. Algunos visitan su consulta porque no pueden resistir la tentación a tomar alimentos que consideran nocivos para su salud o que les hacen ganar peso, mientras otros no saben parar cuando han probado el primer bocado e ingieren comida al ritmo de las uvas de las Campanadas de Fin de Año. Los hay también esclavos de una dieta estricta que empiezan el día con una medición escrupulosa de calorías, una huida de los carbohidratos y con un chaleco antibalas ante cualquier cosa que tenga azúcar... pero que, al llegar la hora de la cena, se derrumban y se comen una bolsa entera de patatas fritas o medio litro de helado de chocolate.

“Los malos hábitos alimenticios no se rompen con fuerza de voluntad, ese es el gran error que cometemos con las dietas”

“La ansiedad se maneja aceptándose, no eliminándola. La curiosidad puede ser un superpoder para luchar contra ella”

«Muchos han desconectado tanto de su cuerpo que no saben decir si tienen hambre o simplemente están devorando sus emociones», cuenta Brewer. «Es muy difícil distinguir entre el hambre fisiológica y la emocional, por eso les ayudo a reconectarse con su cuerpo, para que el impulso les resulte menos confuso».

El doctor Brewer es director de investigación e innovación del Mindfulness Center y profesor asociado de Psiquiatría de la Facultad de Psiquiatría de la Universidad de Brown. Publica en España *Comer sin hambre* (Ed. Paidós), un libro destinado a todo aquel que siente ansiedad frente al plato y con el que pretende prorrogar el exitazo de su anterior obra,

Deshacer la ansiedad, también en Paidós, con un programa de 21 días para mejorar nuestra relación con la comida y no caer en la angustia ahora que afrontamos la recta final de la operación bikini.

Este *recetario* de consejos es contraintuitivo. Se acabó eso de comer esto o aquello, contar las calorías, sudar en la bici, desafiarse a la báscula... Y, claro, llorar. Porque la báscula casi siempre gana.

Para lograr resultados este doctor propone hacer un mapa de los hábitos alimenticios en distintos pasos. Un camino para borrar los odiosos mensajes dietéticos que recibimos a todas horas y que nos hacen sentir culpables por nuestra dificultad para gestionar nuestra forma de comer. Sustituirlos por la curiosidad y la autoconciencia. «No olvidemos que la curiosidad es un superpoder, que tiene cualquier persona, sea rica y pobre, y que permite reconducir los hábitos», apunta.

Todo con el fin de reiniciar nuestros detonantes (malditos kiklos) y educar a nuestro cerebro a luchar contra los antojos (malditos kiklos). Eso sí, con calma, nada de autoflagelarse y aceptando las posibles recaídas.

P. ¿Cómo se acaba con los malos hábitos?

R. La mayoría de los hábitos son buenos, pero hay algunos que se interponen en nuestro camino hacia una vida feliz y saludable. La clave aquí es alejarse de los paradigmas habituales. Los malos hábitos no se rompen con fuerza de voluntad, ése es el error con las dietas. Una creencia fatal de que si no la tenemos, algo funciona mal. Lo más relevante de lo aprendido en experimentos con animales sobre hábitos es que si algo es gratificante, lo seguimos haciendo y si no lo es, dejamos de hacerlo. P. ¿Y lo que nos genera ansiedad no es placer en realidad.

R. Se ha demostrado que si la gente que come con ansia presta atención detenidamente a ese proceso, cambia el valor de la recompensa por debajo de cero y pueden cambiar su comportamiento. No es fuerza de voluntad, todo tiene que ver con la conciencia.

Hay gente que tiene terror a las dietas. Pues resulta que este médico es, en cierta forma, el terror de las dietas. «Estas no funcionan, ni tampoco el autocon-



tro por dos razones fundamentales: el metabolismo de la hambruna y lo desagradable que resulta ponerse a régimen, lo que impide mecanismos de recompensa estimulantes», continúa Brewer. «Cuando alguien se impone una restricción calórica, su cuerpo entra en modo inanición ya que está preparado para saber cuándo hay una falta de calorías. Nuestros antepasados evolucionaron para regular y ralentizar el metabolismo con el fin de retener calorías y no morir durante las hambrunas. Por eso se acumula grasa para guardar reservas para momentos críticos».

Así que si quiere comer con calma y adelgazar lo que hay que hacer es no forzarse en no comer demasiado, sino prestar atención en lo que se siente al comer demasiado. O lo que es lo mismo: cuando me como por ansiedad el primer kiko del bol que me ponen en el bar tengo que preguntarme: ¿el primero que me como es mejor, peor o igual que el último?

En definitiva, hay que sentar al kiko en el diván.

Esto es lo que reflejan los resultados de los ensayos del programa Eat Right Now (Come bien ahora), que son la base de

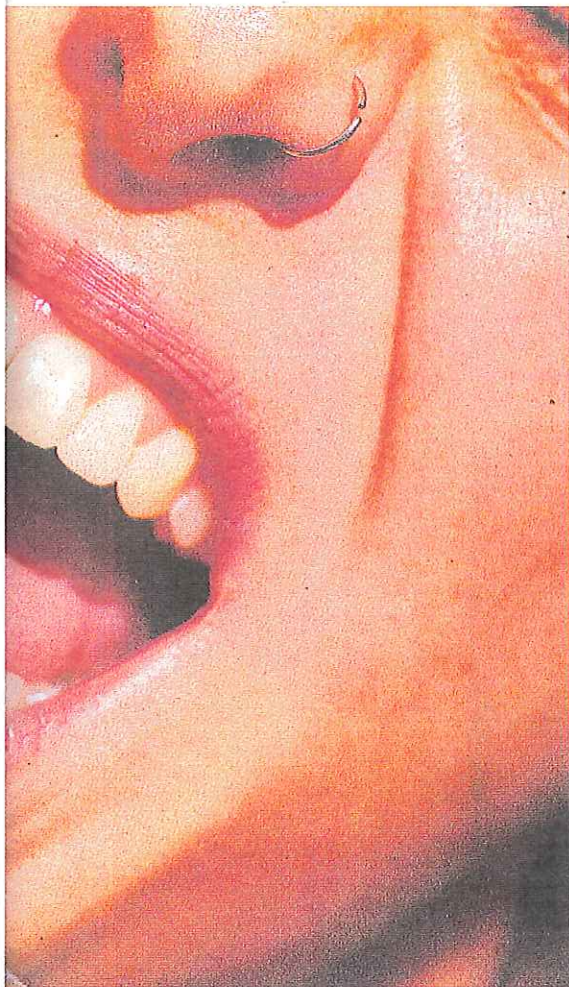
Una mujer devora con avidez un 'nugget' de pollo bien untado en ketchup.

Comer sin hambre y que resultaron alentadores desde su inicio. El programa diseñado por Brewer funcionaba de la misma forma que los estudios sobre el tabaco realizados por él mismo años antes. En un trabajo dirigido por la doctora Ashley Mason en la Universidad de California, los participantes vieron cómo su alimentación impulsiva disminuyó un 40%.

El optimismo no vino sólo por los resultados conductuales, sino por el impacto emocional provocado. De cierta manera, los participantes ponían fin a una guerra consigo mismos. Era como una revelación en la que descubrían que su adicción a la comida que les había martirizado tanto no era culpa suya, sino de sus hábitos. Y eso les hacía más felices.

Según la neurociencia, hay alimentos diseñados para tener un alto valor de recompensa para el cerebro. Puede que esté pensando en el chocolate, pero hablamos de comida *dopada*, creada para hacernos comer más. Una trampa diseñada por el ser humano y que es un hito (más económico que saludable) de la industria de la alimentación. Unos cereales que suenan más crujientes o el color

COMUNICACIÓN | PAPEL



amarillo intenso de un polo de limón. Esto hace que la comida prefabricada incite a comer más. Brewer es claro al respecto: «La mejor frase que he oído nunca sobre los alimentos manipulados es cuando le preguntas a alguien a qué saben y te responde que no sabría definirlo, pero que es algo que sabe *más*».

P.-Usted considera que las pastillas no son la mejor forma para luchar contra la ansiedad. ¿Teme que el éxito extraordinario de los fármacos para combatir la obesidad como Ozempic haga que cuando bajen de precio y sean más accesibles se terminen consumiendo frívolamente? Como para bajar un par de kilos después de Navidad.

R.-Se llaman medicamentos *milagrosos* porque son mucho mejores que los que había antes, pero no son milagrosos. Tenemos que aprender aún mucho más y estudiarlos porque son bastante nuevos. Hay resultados muy positivos en determinados pacientes, pero no olvidemos que hay industrias que piensan que los fármacos deben mejorar lo que aprendemos trabajando con nuestro cuerpo y que debemos gastar un montón de dinero

tomando cosas para obtener resultados. Eso es problemático desde el punto de vista de la salud pública y también de la perspectiva individual, porque no plantearía desafíos si todo se arregla con una simple pastilla. Esto nos haría dependientes de alguien, como si de cierta forma tomáramos la droga soma de la novela *Un mundo feliz*.

P.-No debemos perder el control de nuestro cuerpo, oda ayuda es buena, pero hay que ser independientes y aprender a empoderarse a través de la mente y el cuerpo. Eso es muy importante para la democracia del mundo.

P.-Usted relaciona los mecanismos de control cerebral de comer sin hambre con la adicción a la nicotina. Como adicto en constante rehabilitación para dejar de fumar, deme un consejo.

R.-Si se fuma un cigarrillo, preste mucha atención a cada calada: piense a qué sabe, qué siente cuando entra en sus pulmones, a qué huele su boca. Cuénteme lo que descubre.

Si no vuelvo a fumar nunca, no le mandaré un email sino un cheque.

Y una bolsa de kilos.

LA LONGEVIDAD Y SUS CLAVES: 'TELVA' ABORDA EL DESAFÍO DE VIVIR 100 AÑOS

Congreso Internacional. La revista de alta gama de Unidad Editorial celebra la VI edición de su encuentro con los mayores expertos en neurociencia y bienestar

Por EL MUNDO (Madrid)

La revista *Telva* celebró el pasado viernes la IV edición de su Congreso Internacional bajo el lema *El desafío de vivir 100 años*, una jornada que aborda la longevidad y las claves para afrontarla con salud y felicidad y que reunió a numerosos expertos en neurociencia, divulgación y bienestar.

En el evento, conducido por la periodista Victoria Arnau y dinamizado por el experto en *fitness* Marcos Vázquez, participaron, de la mano de la escritora, filósofa y directora de Contenidos del Congreso Elsa Punset, los mayores expertos nacionales e internacionales en neurociencia, psiquiatría y divulgación, como Marian Rojas Estapé, Juan Luis Arsuaga, David del Rosario, Sonia Tejada, Rosa Molina, Bruno Ribeiro du Couto y Natalia de Santiago, entre otros, así como especialistas referentes en medicina, nutrición y bienestar, entre los que destacan la doctora experta en microbiota Sari Arponen, la ginecóloga Marimer Pérez, el escritor Francesc Miralles y la periodista Marta Robles.

La directora de *Telva*, Olga Ruiz, acompañada de la directora de Negocio de la revista, Adelina Giménez, dio la bienvenida a todos los asistentes a la jornada, que se celebró en el Teatro Goya de Madrid, y explicó que «los expertos aseguran que en 20 años España alcanzará a Japón como el país más longevo del mundo». «Tenemos una vida más larga, sin embargo, somos más dependientes en los últimos años de

los producidos por la intoxicación del exceso de cortisol y del estrés crónico, y en una «profunda crisis de atención y adicción a la dopamina». Para hacer frente a esta realidad existen cinco claves. En primer lugar, «aceptar microdosis de dolor para generar dopamina endógena», así como practicar deporte, con el que fabricamos el BDNF, una proteína que lleva al cerebro a su máximo potencial. «Funciona igual que un antidepresivo, ayuda a ser más creativo, a potenciar la memoria y tener mayor concentración», aseguró la experta.

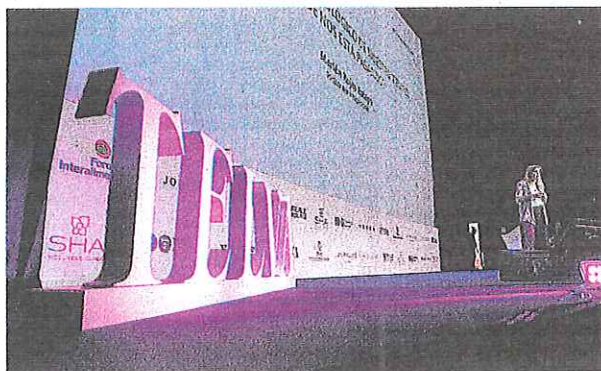
Por su parte, el paleontólogo y escritor Juan Luis Arsuaga abordó el envejecimiento, la selección natural, la muerte, la enfermedad y la supervivencia. En ese contexto, diferenció la longevidad, que «es una variable puramente biológica» y «en nuestra especie es de 70 años», de la esperanza de vida, que, en realidad, «ha ido aumentando porque se ha reducido la mortalidad infantil», pero es la misma que existía en la Prehistoria. En su opinión, «tenemos pocas posibilidades» de vivir más años, biológicamente hablando.

«La muerte no está programada», aseguró el paleontólogo. Si no, «solo habría que identificar esos genes y hackearlos». Las causas externas de fallecimiento, como el frío, el hambre o los depredadores, casi «las hemos suprimido» en el primer mundo, salvo la violencia. A pesar de ello, «te mueres igual», porque existen «las enfermedades crónicas, que son la muerte que viene de dentro» y que aparecen al mismo tiempo cuando llega «la finalización natural de nuestras vidas». En su opinión, el ser humano sobrevive entre 10 y 14 años: «Hay que tener mucho optimismo» para creer que se puede rejuvenecer y debería cuestionarse si realmente

«merece la pena ser eternamente viejos».

Para Elsa Punset, nos encontramos en «los 25 años más privilegiados de la historia de la Humanidad, entre otras cosas, porque vivimos más que nunca y ello debería ser motivo de celebración». Sin embargo, sí nota un «cierto prejuicio social y personal llamado edadismo, que dice que la madurez es algo para temer».

Por ello, en este VI Congreso Internacional «el equipo de *Telva* ha querido hablar de cómo gestionar y disfrutar estas vidas más largas con grandes expertos que traen propuestas y herramientas prácticas», explicó la escritora y filósofa.



VI Congreso Internacional de *Telva* 'El desafío de vivir 100 años'.

nuestra vida y nos aterra. Queremos vivir más, pero también mejor», continuó. «Hoy nos ponemos en las manos de grandísimos expertos con el objetivo de morir joven lo más tarde posible».

Durante su intervención, la psiquiatra y escritora Marian Rojas Estapé realizó un diagnóstico psicológico de nuestro tiempo, e indicó que vivimos en un constante estado de alerta, con los efectos perjudicia-

SALUD

Salud es vida



Cómo actuar ante una sospecha de infarto de miocardio

Cada minuto cuenta cuando se trata de un infarto de miocardio. Cuando Ferrán Arboix acudió al hospital porque sentía una presión en el pecho, habían transcurrido más de 24 horas desde la primera molestia. Ferrán tuvo suerte, pero en muchos casos no acudir pronto a un médico puede ser nefasto para el pronóstico del paciente

Por **UE Studio**

El intervalo que transcurre desde que una persona con infarto agudo de miocardio entra en un hospital hasta que recibe el tratamiento no debe ser superior a 90 minutos. Por eso, ante cualquier sospecha de esta patología es esencial acudir a un centro sanitario, ya que el tiempo que transcurre desde que la arteria se ocluye hasta su desbloqueo determina la supervivencia y la cicatriz que se genera en el corazón del paciente.

Antonela Costa, cardióloga del Instituto del Corazón, Quirónsalud Teknon, subraya que, "aunque los síntomas del infarto de miocardio pueden variar, uno de los más frecuentes es el dolor torácico que el paciente suele describir como opresivo (como si tuviera un peso). También este dolor puede irradiarse al brazo izquierdo, o a ambos brazos, a los hombros, a la mandíbula, o incluso a la base del cuello". Otros síntomas menos conocidos son mareos, náuseas o sudoración,

que muchas veces puede ir acompañado de un malestar general.

Ferrán no dio importancia a esa presión y decidió esperar a que el dolor remitiera. Aunque los síntomas de infarto son cada vez son más reconocidos por la población, con frecuencia los pacientes no les dan la debida importancia y suelen esperar horas, e incluso días antes de acudir al médico, lo que resulta una pérdida de tiempo vital.

Qué es un infarto agudo de miocardio

El corazón es un órgano que, al igual que otras partes del organismo, necesita recibir oxígeno y nutrientes para hacer su función. "Si en un momento dado una arteria del corazón se obstruye y deja de llegar ese oxígeno y esos nutrientes, esa parte del corazón se muere y se convierte en una cicatriz. Esa cicatriz que se forma ya no hace la función que tiene que hacer el corazón, que es bombear" asegura Juli Carballo, cardiólogo del Instituto del Corazón Quirónsalud Teknon.

Agustí Jorner, cardiólogo del mismo cen-

tro médico que los anteriores especialistas, insiste en lo vital del diagnóstico rápido, ya que "el pronóstico depende del tiempo que pasa desde que la arteria se obstruye hasta que los profesionales reabren la arteria para que vuelva a proporcionar sangre al territorio que había quedado sin sangre".

Código infarto

Los hospitales de referencia cuentan con lo que se denomina 'Código infarto', que es un procedimiento asistencial integral, multidisciplinario y común para la atención del paciente con infarto de miocardio. En estos centros disponen de una sala denominada de hemodinámica, que está compuesta por un equipo médico y de enfermería de 24 horas, que se activa en el momento que se determina un 'Código infarto' en curso. De esta manera, cuando una persona acude a urgencia y relata un dolor en el pecho se le da un carácter prioritario. Las pruebas que se realizan a la persona que acude con un posible episodio de infarto de miocardio son: toma de tensión arterial y electrocardiograma. Una vez que le toman la tensión, lo siguiente es colocar al paciente unos electrodos en los que se observa el trazado eléctrico del corazón. "Una vez que se confirma el diagnóstico, lo siguiente es identificar cuál es la arteria ocluida y proceder a realizar un cateterismo para desobstruirla lo más rápido posible", explica el doctor Jorner.

Qué es un cateterismo

El cateterismo cardíaco es un procedimiento invasivo por el que, a través de una punción arterial, (suele ser en la muñeca), se coloca un catéter (o tubo de plástico) al que se inyecta

un contraste para ver en pantalla cómo están las arterias del corazón. Ese mismo catéter también sirve para pasar los materiales (guía y balón) con los que se desobstruye la arteria que estaba cerrada. Se completa el tratamiento con el implante de un muelle (stent). En la mayoría de los casos con esta intervención se consigue restablecer el flujo de esa arteria coronaria de una manera rápida y óptima.

Después de la intervención se realiza al paciente una ecografía del corazón para ver la estructura y capacidad contráctil del corazón. Esta prueba va acompañada de una Resonancia Magnética, que refleja el aspecto del corazón una vez hecho el cateterismo. "En la RM se identifica la zona exacta de cicatrización, su extensión y la localización", explica Marina Hugget, especialista de Imagen Cardíaca, también del Centro Médico Teknon.

Ferrán reflexiona sobre los días después de la intervención y su estancia el hospital describiendo "un mezcla de emociones como la tranquilidad, la reflexión o el miedo".

Volver a la rutina

Los especialistas destacan la importancia de que, una vez realizada la intervención, se le ofrezca al paciente la posibilidad de una rehabilitación cardíaca. "Es fundamental que después de un problema cardiovascular el paciente vuelva a su vida normal a través de esa rehabilitación cardíaca. No solo tiene que hacer gimnasia, sino que debe realizar una actividad física supervisada por un equipo de profesionales como cardiólogos, nutricionistas, psicólogos y fisioterapeutas", insiste Guillermo Oller.

Este equipo médico debe acompañar a la persona para enseñarle qué es lo que puede y no puede hacer. También debe dar respuesta a las inquietudes que tenga el paciente (alimentación, actividad física... en todo el recorrido hasta retomar la vida que tenía antes del evento coronario).

Después de su salida del hospital, Ferrán empezó a hacer natación. Aunque no era un deporte que practicara antes del infarto, era el adecuado, debido a su bajo impacto. Así, fue probando su estado físico y, poco a poco ha vuelto a los deportes que practicaba antes del episodio: pádel, baloncesto o frontón. "El ejercicio y la buena alimentación forman parte de mi vida. También han sido claves el buen humor y no ponerme límites, así como la relación con el médico que hace que te sientas seguro", asegura Ferrán.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el doctor Jorner explica que la mayor parte de los pacientes tendrán que tomar medicación para controlar los factores de riesgo, como la presión arterial, colesterol, triglicéridos, azúcar, perfil de lípidos y grasas en la sangre. Esto acompañado del ejercicio y el control del peso.

Más información:



extra

11 DE
JUNIO
DE 2024

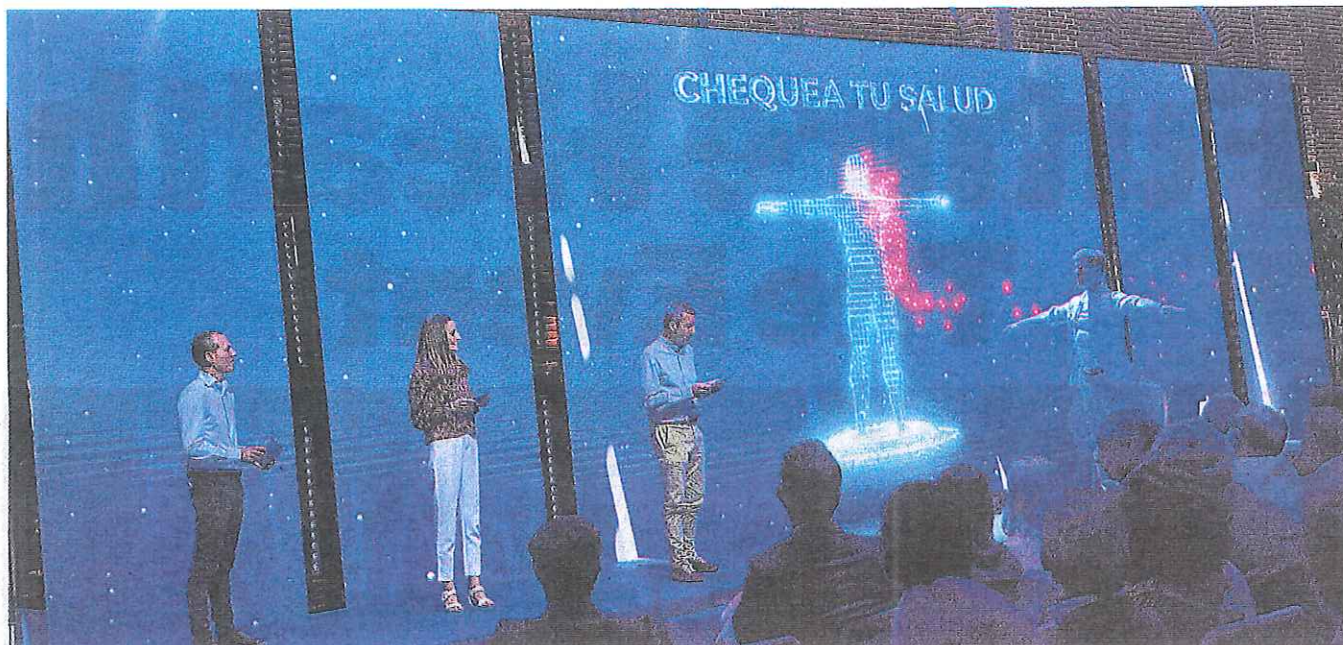


EL MUNDO
MARTES

Future Health The Event



La segunda edición de este encuentro analizó el impacto de la innovación en los servicios de salud. Sobre ello reflexionaron la ex primera ministra neozelandesa Jacinda Ardern, el arqueólogo Juan Luis Arsuaga, la socióloga Silvia Leal y el CEO de Sanitas, Iñaki Peralta



Innovación al servicio del bienestar

El encuentro 'Future Health The Event', organizado por Sanitas, destaca la necesidad de acelerar la revolución tecnológica del sector de la salud sin perder por ello su vertiente humana
Por Laura Tardón

La ciencia y la medicina están cambiando a un ritmo espectacular, con un motor de impulso capaz de revolucionar hasta el mismísimo núcleo de la Tierra: las innovaciones tecnológicas (inteligencia artificial, big data, realidad virtual...). Todo se está transformando y el modelo asistencial ya no puede ser el convencional. Nos encontramos en pleno camino hacia una medicina precisa, personalizada, preventiva, predictiva y participativa. Sólo así aumentarán las probabilidades de alcanzar «vidas más largas, más saludables y más felices». Este es, precisamente, el propósito de Sanitas, una compañía especializada en el cuidado de la salud que está muy cerca del lanzamiento del Hospital Digital Blua, en Valdebebas (Madrid).

Será un hospital general con todas las especialidades, «con nichos

para la investigación y que va a aunar todas las capacidades digitales existentes en el mundo. Combinará todas las ventajas de la digitalización con los mejores tratamientos, tecnologías y técnicas presenciales». Una realidad que abrirá sus puertas durante el primer trimestre de 2025, tal como afirmó Iñaki Peralta, CEO de Sanitas y Bupa Europe & Latin America (ELA), durante la segunda edición de Future Health The Event, celebrada el pasado 29 de mayo.

Bajo el título ¿Cómo será la salud del futuro?, el encuentro reunió a referentes a nivel global como Jacinda Ardern, ex primera ministra de Nueva Zelanda; Juan Luis Arsuaga, escritor, catedrático de Paleontología y codirector de las excavaciones de Atapuerca, y Silvia Leal, asesora del Global Forum on Technology de la OCDE.

En una entrevista personal realizada por la periodista Marta Fernández, Ardern reflexionó sobre las posibilidades de la digitalización como palanca de desarrollo y cambio social. Por otro lado, Arsuaga y Leal se encontraron en un espacio para el debate con la jefa de Sostenibilidad y Asuntos Corporativos de Sanitas y Bupa ELA, Yolanda Erburu. Entre los tres, hicieron un extenso repaso de la historia de la evolución y del impacto de las nuevas tecnologías en nuestro presente y posible futuro.

NUEVO ECOSISTEMA DIGITAL

En la búsqueda de una medicina más precisa, Sanitas estudia, investiga, selecciona y aplica novedades digitales y crea todo un ecosistema que se anticipa a nuestras necesidades de salud para ofrecer soluciones. «Es emocionante la oportunidad que tenemos para mejorar la salud de las personas», afirmó Ine Snater, directora de Transformación y Estrategia de Sanitas y Bupa ELA. «El ecosistema de salud digital de Sanitas, Blua, es un aliado fundamental para acercar, facilitar y mejorar el cuidado de la salud de las personas que confían en nosotros».

Respecto al Hospital Digital Blua, Snater aseguró que permitirá «aumentar el alcance de nuestra oferta de salud digital con nuevas capacidades que complementan y amplían los cuidados que se practican en los hospitales. Además, nos ayudan a generar una experiencia de paciente única y diferencial en nuestros centros, porque la digitalización, como nosotros la entendemos, debe servir y estar centrada en el bienestar de las personas».

VALOR

La revolución tecnológica no debe caminar sola, sino acompañada de una calidad humana en el trato que el profesional médico dispensa al paciente. En Sanitas apuestan por no perder nunca esta perspectiva, pues son conscientes del valor añadido que esto supone para el usuario.

Precisamente porque el foco está en las personas, Snater recordó que todos y cada uno de sus pasos están en línea con lo que realmente «nos hace fuertes: la calidad humana en la atención». Según sus propias encuestas a sus usuarios sobre las razones para recomendar Sanitas, «el trato con el profesional médico ocupa el tercer puesto y no deberíamos perder nunca esa perspectiva».

Son los usuarios quienes dicen que «somos la mejor app del sector», añadió Snater. Si lo acompañamos de números, «estamos generando tres millones de citas al año a través de nuestra aplicación y cerca de un millón de consultas digitales».

Hablando de números, hay que tener en cuenta un dato que subrayó la directora de Transformación y Estrategia de Sanitas y Bupa ELA: «El 30% de todos los datos que se generan en el mundo son de salud, así que imaginen sacarle partido en tiempo real, el potencial es enorme». Con tecnologías como la inteligencia artificial, se les puede sacar provecho en diagnóstico y en tratamiento. Hay cerca de 50 procesos en Sanitas que ya incluyen la inteligencia artificial, que también forma parte del nuevo concepto de hospital digital.

Tras Snater llegó el turno de otros tres representantes de Sanitas y Bupa ELA, César Morcillo, director médico; Jesús Jerónimo, director de Productos y Servicios Digitales, y Marta Díez, directora de Clientes y Experiencia Digital. Se encargaron de mostrar el recorrido de un paciente por todos los servicios del hospital digital, el nexo de unión entre una medicina más humana y certera que, además, abarca todos los ámbitos de la vida de una persona. También incorpora servicios como chequeo digital, medición de constantes, fisioterapia digital, videoconsulta 24 horas, visitas médicas a domicilio, aplicación de planes personalizados de salud, gestión de citas en los centros dentales o seguimiento a mayores.

Durante el evento también hubo tiempo para que Sanitas compartiese su visión sobre el campo de la genómica, donde próximamente comenzará a trabajar, un área que permitirá desarrollar una medicina más personalizada, preventiva y participativa y que promete cambiar la relación de los pacientes con el concepto de prevención en salud. «Llevamos cuatro años trabajando sobre cómo aterrizar la genómica en Sanitas y durante los próximos meses afrontaremos la genómica para todos aquellos que quieran incorporar las cuestiones genéticas para poder dar una medicina de mayor precisión», afirmó Peralta.

En opinión del CEO de Sanitas y Bupa ELA, es importante «acercar el mejor cuidado de la salud al mayor número de personas posible, y para ello hemos de contar con el mejor cuidado asistencial físico y con las herramientas digitales. Trabajamos para convertirnos en la empresa de salud más centrada en las personas».

Tecnología con valores como garantía de progreso

El arqueólogo Juan Luis Arsuaga y la socióloga Silvia Leal analizan el rol esencial de los seres humanos en la innovación digital

Por Laura Tardón

¿Qué significa la tecnología en la evolución humana y cuál es el valor de su impacto en las sociedades presente y futura? Para profundizar en estas cuestiones, la segunda edición de Future Health The Event reunió a un referente de la ciencia, Juan Luis Arsuaga, escritor, cateórico de Paleontología y codirector de las excavaciones de Atapuerca (el sitio arqueológico donde se han hallado los restos de homínidos más importantes y antiguos de Europa), y a Silvia Leal, doctora en Sociología y experta en tecnología y transformación digital, así como asesora del Global Forum on Technology de la OCDE.

Con innovaciones digitales como la inteligencia artificial, una de las más relevantes en la actualidad, nos enfrentamos a uno de los mayores retos de nuestro tiempo... ¿Quizás equiparable a otros momentos cruciales del pasado?

En palabras de Arsuaga, «la historia es un río que fluye, nos lleva al presente y continúa hacia el futuro. En el pasado hubo retos, claro, para todas las especies. No hay ninguna que tenga más de 100.000

años, todas se extinguen. La única diferencia es que algunas evolucionan y se convierten en cosas distintas mientras que otras, simplemente, se extinguen sin descendencia». Esta es una reflexión que el experto traslada, también, al mundo empresarial. «Todas las empresas se extinguirán. No es grave que las especies y las empresas se extingan. Lo grave es que lo hagan sin descendencia. Nosotros somos descendientes de especies que ya no existen». No se trata de buscar la eternidad, sino de pasar la antorcha de una civilización a otra.

En la nuestra, la antorcha lidera una nueva era de auténtica revolución tecnológica. «Las herramientas son neutras, son los seres humanos quienes las utilizan». Es decir, la demonización de la tecnología «es absurda. Lo que vende es el catastrofismo, pero ni la inteligencia artificial ni ninguna otra por sí misma harán ningún daño y ningún bien, dependerá de cómo se utilicen y ese es un principio elemental desde que empezamos a tallar la piedra para construir herramientas». No es fácil predecir el fu-

turo de la tecnología, o saber si será buena o mala, dependerá de «los valores de quienes la usen». El foco está en el usuario.

¿Cómo podemos asegurarnos, entonces, de que las innovaciones nos ayudan y no nos perjudican, por ejemplo, en derechos humanos, sostenibilidad o igualdad? En palabras de Leal, «hay que poner sentido común y conciencia». Hablando de innovación, «si no seguimos de alguna manera artificial a la tecnología para que sea, por ejemplo, inclusiva y lo haga bien, tendremos un problema». La buena noticia es que tenemos organismos como la OCDE en los que se están fijando marcos regulatorios y pautas con las que los países pueden hacer este tipo de acciones. «Aún queda un camino por recorrer» y es necesario transitarlo con conciencia.

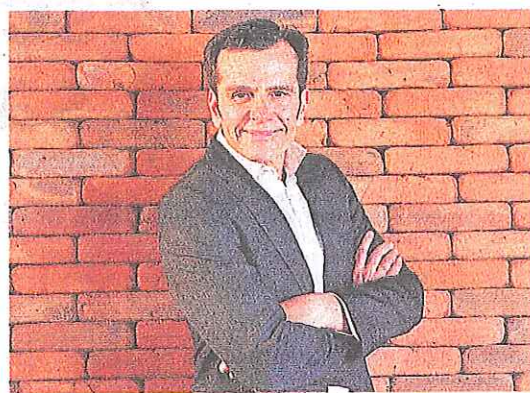
El debate entre frenar o no frenar innovaciones como la inteligencia artificial, con tanto potencial en esferas muy importantes de la vida, «no tiene sentido», en palabras de Leal. Aplicaciones para recuperar la salud mental después de un shock traumático o la posibilidad que ofrece la inteligencia artificial para personalizar tratamientos contra el cáncer... Ante tales avances, se trata de «confiar en la sociedad y de poner conciencia y marcos regulatorios para hacerlo bien».

En materia de tecnología, si miramos al futuro, «sabemos perfectamente cuáles son las tecnologías que vienen. La OCDE ha marcado tres estratégicas, que tienen que analizar desde un punto de vista de desarrollo de negocio, aplicaciones sociales, derechos humanos y regulación: la computación cuántica, la generación de nuevos biomateriales y las experiencias inmersivas con inteligencia artificial». Se trata de aprovecharnos de ellas y de «poner medidas para que resulten positivas desde un punto de vista social, laboral y económico».

INÁKI PERALTA CEO de Sanitas & Bupa Europe & LatinAmerica

“Aspiramos a aumentar varios años la longevidad”

Por Laura Tardón



Inaki Peralta, CEO de Sanitas & Bupa Europe & LatinAmerica, es un firme partidario de situar a las personas en el centro de la actividad de las empresas de salud. Por eso, su principal objetivo es impulsar una «medicina más personalizada, preventiva, predictiva y participativa». Es, a su juicio, el camino más directo hacia «vidas más largas, más saludables y más felices». Y aquí radica la misión del futuro modelo de Hospital Digital Blue, cuya sede física estará en el Hospital Blue Sanitas Valdebebas (Madrid) y que abrirá sus puertas durante el primer trimestre de 2025.

Pregunta- ¿En qué consiste este nuevo concepto de hospital?

Respuesta- Ofrecerá una asistencia híbrida que fusiona las herramientas digitales con la atención presencial más innovadora. Llevamos dos años y medio trabajando en este Hospital Digital Blue, aglutinando capacidades tecnológicas y digitales exitosas implantadas en cualquier parte del mundo. Las estamos trayendo y sumando a las generadas por las start up que trabajan con nuestros equipos de Sanitas.

P.- ¿Hasta qué punto es importante la innovación tecnológica en la atención sanitaria?

R.- No negociamos con el trato más personal y cercano. Pero las herramientas digitales, al contrario de lo que pueda parecer, lo favorecen. El médico tiene más información y se produce una conversación más profunda. Ayuda a que la medicina sea más personalizada, preventiva, predictiva y participativa. Estas cuatro 'P' hacen que se generen más puntos de contacto.

P.- Uno de esos grandes avances es la inteligencia artificial...

R.- En Sanitas tenemos ya 50 procesos con inteligencia artificial. Hemos actuado rápido a la hora de incorporar la inteligencia artificial porque creemos que es una oportunidad *per se*. Un ejemplo: sólo durante el segundo semestre del año pasado, hemos recuperado el 70% de las visitas de personas que tenían cita y no acudían al médico. Han sido 245.000 consultas que no habrían ocurrido si la inteligencia artificial no hubiera detectado que esas personas tenían una probabilidad alta de no acudir. Por eso, nos ponemos en contacto con ellas y les decimos que nos confirmen su asistencia hasta en tres ocasiones.

P.- La genómica también se encuentra entre los platos fuertes del nuevo concepto de hospital digital, ¿por qué es importante?

R.- Supone un cambio en la medicina porque los médicos van a contar con una cantidad de información que les ayudará a tratarla. Nuestro objetivo es aumentar varios años la longevidad. Yo mismo me he secuenciado.

P.- También en la prevención...

R.- Cuando se detecta una probabilidad mayor de desarrollar una enfermedad, tienes que cambiar el protocolo. Cuanto antes detectemos cualquier riesgo de patología, mejor, porque será más difícil prevenirla y tratarla. Nuestro objetivo es aumentar varios años la longevidad. Yo mismo me he secuenciado.

P.- ¿El estudio de los genes forma parte de vuestro propósito?

R.- Sí, hacemos un esfuerzo absoluto por traer la medicina del futuro al presente.



DEBATE Juan Luis Arsuaga, codirector de las excavaciones de Atapuerca, y Silvia Leal, asesora de Global Forum on Technology de la OCDE, reflexionaron sobre el desarrollo de la tecnología como palanca de la evolución.

Directa y entrañable, Jacinda Ardern se convirtió en la diputada más joven en acceder al Parlamento de Nueva Zelanda. Tan sólo tenía 28 años. Casi una década después, con 37, asumió el cargo de primera ministra, logrando así ser la líder más joven de Nueva Zelanda en más de 150 años. Su estilo, sus palabras, sus gestos y su forma de afrontar diferentes escenarios causó una ola de admiración con nombre propio: *Jacindamania*. Su presencia ha sido uno de los platos fuertes de *Future Health The Event*, donde ha hablado de la nueva manera de hacer política y de la necesidad de entender la tecnología como fuente de esperanza para las nuevas generaciones.

Pregunta- ¿Qué significa para usted la palabra salud? ¿Cuál es su concepto de bienestar? ¿Y de tecnología?

Respuesta- Durante muchos años, hemos adoptado un enfoque de la salud centrado en la salud física. Y creo que cada vez más hemos visto la importancia de desarrollar la salud mental y el bienestar de manera colectiva y garantizar que la atención médica y la prestación de servicios de salud adopten un enfoque de la salud mental y el bienestar general de una persona. Ahora bien, para eso necesitamos mejores herramientas y que la gente sienta que puede acercarse a sus profesionales.

Necesitamos una mayor accesibilidad, debemos asegurarnos de contar con el grupo profesional adecuado y, sin embargo, tenemos escasez en una gran variedad de esas áreas. Creo que hay una serie de desafíos que tenemos que afrontar a nivel mundial en la prestación de servicios de salud física y mental para que ésta sea buena, sólida y exitosa.

P.- Y la innovación tecnológica, ¿cómo se está aplicando?

R.- Estamos viendo que la tecnología es capaz de igualar esa prestación de atención que antes sólo podía brindar un profesional; por ejemplo, vemos evidencias que sugieren que la identificación del melanoma se puede hacer de manera bastante sencilla y exitosa a través de la tecnología. Hemos visto que incluso la provisión en línea de la terapia cognitivo-conductual puede ser muy resolutoria en algunos casos. Pienso que, a medida que vemos el desarrollo de estas herramientas, debemos adoptar un enfoque ético para proteger la privacidad de las personas y tener en cuenta su soberanía sobre su información sanitaria.

Tenemos que reconocer que muchos ven el desarrollo tecnológico con cierto escepticismo. Muchas encuestas han demostrado que a las personas les preocupa que la implantación de la inteligencia artificial no beneficie sus vidas. Para superarlo, debemos pensar medidas de protección para asegurarnos de que nos beneficiamos de los aspectos positivos y anulamos algunos de los negativos.

P.- ¿Usted teme, de alguna manera, a la inteligencia artificial?

ENTREVISTA JACINDA ARDERN
Ex primera ministra de Nueva Zelanda

“Es importante mantener un escepticismo saludable”

Por Laura Tardón

R.- Sí, diría que cuando se trata de tecnología, adopto un enfoque muy pragmático. He visto, como todos, los enormes beneficios y oportunidades. Pero también he visto las desventajas. Nueva Zelanda lo ha experimentado de una forma muy particular. Por eso, creo que es importante mantener ese escepticismo saludable. ¿Cómo podemos obtener todos los beneficios y, al mis-

mo tiempo, protegernos contra algunos de los aspectos negativos? Hay que trabajar en conjunto, teniendo en cuenta al consumidor final y todas las cuestiones éticas.

P.- ¿Cómo podemos conseguir que el uso de la tecnología no nos aleje de la empatía y la ética?

R.- No soy experta ni tecnóloga, pero he trabajado con quienes lo son y también como reguladora. En mi opi-

nión, obtendremos los mejores resultados si adoptamos un enfoque de diseño junto a las múltiples partes interesadas. Y ciertamente, lo hemos hecho cuando hemos tenido que adaptar soluciones en el pasado. Hemos experimentado algunas consecuencias negativas de la tecnología: su utilización como arma para un ataque terrorista en Nueva Zelanda. Aprendimos a modernizar nuestras posibili-

dades tecnológicas para protegernos y entendimos lo importante que es un enfoque con las múltiples partes interesadas para ofrecer una respuesta exitosa. Es necesario reunir a las personas que diseñan, construyen y regulan y a la sociedad civil. Comprender los valores y derechos humanos que necesitamos defender, cuestiones como la libertad de expresión.

P.- ¿Hay algún grupo social que pueda ser el mayor beneficiario y, al mismo tiempo, el gran perdedor del actual proceso de transformación digital? Los mayores, por ejemplo...

R.- Absolutamente. Y aquí es donde el Covid demostró este desafío. Para mantener seguros a los más vulnerables, y las personas mayores se encontraban entre ellos durante la pandemia, se observó un mayor despliegue de consultas virtuales. La gran preocupación es que los más vulnerables, los ancianos, tienen menos probabilidades de participar en ello. Así que creo que uno de los desafíos aquí es mantener una doble vía. ¿Cómo seguir permitiendo la accesibilidad en formas con las que se sientan cómodos todos aquellos que son particularmente vulnerables? Y si continúa siendo una consulta en persona, debemos asegurarnos de que no eliminemos esas opciones, especialmente, cuando se está haciendo la transición hacia nuevas formas de operar.

P.- En la medida en que la tecnología pueda mejorar la salud global del individuo y el planeta, ¿cómo cree que debería estimularse desde el sector público?

R.- Hemos visto algunos de sus beneficios en la atención médica, desde la productividad hasta la consulta, pasando por el diagnóstico, la investigación y el desarrollo de productos. Donde tengo mayor compromiso día a día es en el espacio climático. Aquí, la tecnología puede ayudarnos a reducir el impacto de las emisiones en nuestro medio ambiente. La cuestión para mí es asegurarnos de que, cualesquiera que sean los desafíos, no esperemos a que la tecnología nos brinde las respuestas que necesitamos. La tecnología puede respaldar el trabajo que estamos haciendo, pero no es una solución milagrosa. No debemos simplemente esperar a que la tecnología resuelva los desafíos de futuras pandemias, enfermedades infecciosas o el cambio climático.

P.- ¿Cree en la importancia de la colaboración público-privada?

R.- Creo que debemos estar atentos a cómo garantizamos un acceso equitativo a nivel mundial. Al pensar en asociaciones público-privadas del pasado, no siempre han conducido a resultados equitativos a nivel mundial. Pero la pandemia sí fue un gran ejemplo de la capacidad de las personas para acceder a todo, desde equipos de protección hasta vacunas. Esas colaboraciones son importantes, pero también necesitamos la cooperación global para asegurarnos de superar las desigualdades que existen a nivel mundial.



PAPEL | SALUD



MEDALLA DE ORO PÓSTUMA A PEPE LUCAS

La Región de Murcia hizo entrega el domingo a título póstumo de la Medalla de Oro al destacado artista ciezano Pepe Lucas, fallecido el pasado 23 de octubre. Esta alta distinción, otorgada por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia, reconoce la inestimable contribución de Pepe Lucas al arte y a la cultura. «Pepe Lucas no sólo fue un artista excepcional, sino también una inspiración para generaciones futuras. Su trabajo reflejó siempre su amor por nuestra tierra y su gente», afirmó el alcalde de Cieza, Tomás Rubio, al conocer la condecoración. «Su legado perdurará en la memoria de todos nosotros». Los hijos de Pepe Lucas, Antonio y María, recogieron la Medalla de Oro de manos del presidente de la Región de Murcia, Fernando López Miras, en una ceremonia que se celebró en Santomera con motivo de sus 45 años como municipio independiente.

CUANDO LA SOCIEDAD NO SABE ABRAZAR A LOS SUPERVIVIENTES DE UN SUICIDIO

Once Vidas. Actuaciones carentes de humanidad y la falta de empatía social agravan el duelo de quienes han perdido a un ser querido. Muchos de ellos, sin embargo, juegan un papel muy activo en la prevención.

Por Santiago Saiz (Madrid)

En casa los álbumes de fotos no se han vuelto a abrir. Lo cuenta Alberto. «Yo los abro a escondidas». Su hermano Eduardo murió en plena juventud en 1997. «Así nadie se pondrá tan triste como yo». Murió por suicidio. No lo había contado hasta 2020. Alberto Gómez, periodista de profesión, transmite en *Contra el silencio* (Libros.com) su testimonio sobre la pérdida, la herida, la coexistencia con el dolor.

Genoveva también perdió a un hermano por suicidio hace casi una década. «Este tipo de muertes llevan muchísimas cosas añadidas, a quienes las sufrimos se nos llama supervivientes», detalla. «El duelo no acaba, se maneja, está siempre ahí», explica Juan José Escudero, cuyo hijo Nico se fue en circunstancias similares a los 19 años. En su memoria ha fundado la asociación *Sendas de vida*.

A la prevención se dedica también José Carlos Soto desde que su hija Ariadna murió, igualmente por

suicidio, en 2015. «En ese momento nosotros nos convertimos en otros pacientes». En medio del drama, su pareja y él se vieron sacudidos por la confusión que invadió el domicilio. Numerosas personas haciendo su trabajo, con más deseo de eficacia que delicadeza.

Falta de tacto. El desconsuelo se apoderó de Juan José cuando le entregaron las cenizas de su hijo sin un lugar íntimo para acogerlas con cariño, «como si fuera una olla en una ferretería, con esa sensación de frialdad, de que ya no tienen ningún valor».

Casi ocho meses ha tenido que esperar Ángel la autopsia de su hijo, también muerto por suicidio. Las muestras para el análisis toxicológico fueron enviadas al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid. En ocasiones, ante los retrasos en ese organismo, parte del trabajo se deriva al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, del Ministerio de Justicia. Pero también allí los plazos se prolongan. «Los procedimientos son horrendos», denuncia Ángel, aunque agradece «la humanidad» de quienes agilizan los trámites.

El hermano de Genoveva vivía por su cuenta. Tras su muerte, la familia recibió reclamaciones por las facturas no abonadas de gastos corrientes. Las pagó. Llegaron luego llamadas apremiantes y amenazas por otras deudas ordinarias, no elevadas, que desconocían. «He ido a ver a empresas de gestión de cobros, a bancos, y no entienden que no tienes por qué saber más».

«¿Vamos a sepultar los recuerdos de quienes se fueron?», plantea Alberto, autor del libro 'Contra el silencio'

Ella, en general, no encontró demasiada empatía. «Estás tratando de sacar la cabeza, de respirar, no entienden el daño que provocan. Tienes hasta temor a encontrar la causa por la cual la persona se ha marchado así». En la actualidad está creando un proyecto para guiar a quienes padecen una experiencia pareci-

da. «Todavía no he llorado porque no he podido cerrar el capítulo. Con todas estas cosas, ¿tú crees que me ha cabido el duelo?».

El sufrimiento. Y agravándolo, el silencio. «Yo puedo decir la palabra 'suicidio' pero me entra un hormigueo extraño», reconoce Juan José. «¿Qué sienten cuando lo cuentan? Lo primero, dice, asombro. Después, incompreensión. Y te queda aislarte porque hay muy poca gente que ves que intente entenderlo», añade.

«Da miedo el tema», corrobora José Carlos. Pero con su dolor a cuestas parte de estos supervivientes ofrecen el abrazo que no siempre han recibido. El libro de Alberto, la asociación que ha fundado Juan José, las formaciones de José Carlos, el proyecto que prepara Genoveva.

Contra el suicidio se lucha, según los expertos, tejiendo redes protectoras. Para José Carlos, «esto cambia cuando muchos supervivientes se atreven a contar». A romper el tabú. «¿Vamos a sepultar los recuerdos de quienes se fueron?», plantea Alberto. Él abre los álbumes de fotos con el máximo respeto por quienes prefieren no hacerlo. Pero considera que también abre un espacio a la esperanza. «Cerrar el duelo es una expresión muy absoluta, pero llega a dignificarlo». Testimonios de supervivientes que intentan hacer a todos más transitable la dolorosa sombra de las ausencias.

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad cierra 459 camas y refuerza enfermería pero no contrata médicos

● Incorporará este verano 1.467 profesionales en hospitales y 455 en Atención Primaria ● Garantiza la apertura de los consultorios e implantará el transporte gratuito a demanda «si hay cierres puntuales»

JOSÉ JAVIER ÁLAMO VALLADOLID

La Consejería de Sanidad cerrará este verano 459 camas en los hospitales de Castilla y León y firmará 1.922 contratos para reforzar enfermería con el fin de cubrir las vacaciones de los profesionales sanitarios. Un total de 1.467 trabajadores cubrirán las sustituciones en los hospitales y 455 en la Atención Primaria. Sanidad, que no ampliará la plantilla de médicos, desembolsará algo más de 29 millones de euros por este plan de contingencia, de los que 17,6 millones corresponden a los contratos que se formalizarán para la atención en los hospitales de la Comunidad.

La actividad disminuye en los hospitales, centros de salud y consultorios entre los meses de junio y septiembre e incluyen también parte de octubre. Son las fechas en las que médicos, enfermeras y el resto de personal sanitario disfruta del periodo vacacional y Sacyl firma nuevos contratos para las sustituciones como todos los años.

El refuerzo en Castilla y León será en enfermería. El caso de los médicos es totalmente distinto ya que Sacyl no podrá contratar a los MIR que concluirán su formación en septiembre, como indicó el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, molesto por la planificación del Sistema Nacional de Salud. «Castilla y León no tiene competencias, corresponden al Ministerio. Lo planteamos el pasado 5 de junio en la Interterritorial pero la ministra se lavó las manos. No se nos ha hecho caso», añadió. «La ministra no ejerce sus competencias de recursos humanos y formación pero se inmiscuye en las de las comunidades autónomas, hace un uso cínico y partidista del Consejo Interterritorial», denunció ayer el consejero.

Vázquez indicó en este sentido que la «única novedad» este verano con respecto a planes de contingencia de años anteriores es que en 2024 no se podrá contratar a los profesionales que no terminan su formación MIR hasta el próximo mes de septiembre, situación en la que hay un total de 156 médicos.

Las quejas del consejero vienen

■ Hospitales	Camas funcionantes	Camas no utilizadas	% sobre funcion.	Estimación contratos enfermería	■ Atención Primaria	Plantilla A. Primaria	Estimación contratos enfermería	Jornadas previstas enfermería
■ Ávila	377	19	5,0	73	■ Ávila	230	75	6.908
■ Burgos	764	84	10,9	157	■ Burgos	369	66	4.732
■ Miranda de Ebro (Bu.)	102	0	0,0	22	■ El Bierzo	157	20	1.100
■ Aranda de Duero (Bu.)	114	0	0,0	200	■ León	359	48	2.895
■ El Bierzo (León)	395	3	0,7	24	■ Palencia	193	34	3.102
■ León	890	113	12,6	40	■ Salamanca	387	34	4.488
■ Palencia	439	59	13,4	96	■ Segovia	177	52	4.576
■ Salamanca	786	69	8,7	231	■ Soria	138	20	1.377
■ Segovia	331	13	3,8	155	■ Valladolid Este	249	32	2.816
■ Soria	237	0	0,0	40	■ Valladolid Oeste	210	29	3.344
■ Río Hortega Valladolid	593	27	4,5	117	■ Zamora	241	45	4.806
■ M. del Campo (Va.)	119	15	12,6	25	■ Total	2.710	455	40.144
■ Clínico Universitario Va.	746	55	7,3	190	*se incluyen jornadas previstas a realizar en jornada ordinaria y refuerzos en puntos de atención continuada (PAC)			
■ Zamora	415	2	0,4	97				
■ Total	6.308	459	7,2	1.467				

FUENTE: Consejería de Sanidad

ICAL



El consejero de Sanidad y la directora de Asistencia Sanitaria ayer. ICAL

de atrás y las más recientes se produjeron la semana pasada al criticar la actuación del Ministerio. Vázquez señaló antes de participar en el Consejo Interterritorial que no se pone ninguna solución a la falta de profesionales, en especial en Atención Primaria. «Seguimos sin tener profesionales sanitarios, en el periodo estival es peor y este año es todavía peor. A las plazas ya conocidas

que faltan por cubrir se añaden las de médicos de Atención Primaria. Las comunidades autónomas del Partido Popular estimamos en un número superior a 2.300 las plazas a las que hay que añadir las posibles incidencias que pueden surgir a lo largo del verano», indicó.

El problema con los MIR es que no acaban su periodo formativo hasta el mes de septiembre. Esto supone

que durante el periodo estival los 2.300 profesionales que estarían a disposición del Sistema Nacional de Salud no podrán hacer sustituciones. En este sentido, Vázquez indicó que una de las exigencias presentadas a la ministra es que proporcione profesionales sanitarios.

Sanidad no cerrará ni consultorios ni centros de salud. En el caso de los consultorios habrá la misma frecuencia de asistencia pero si de forma puntual no se puede garantizar, existirá un sistema de transporte a la demanda, «organizado y gratuito» para el paciente, al igual que en los dos últimos años. Así, se permitirá su traslado al punto establecido o se atenderá en el domicilio.

Al no haber bolsas de empleo en Medicina de Familia, una de las formas de Sanidad para paliarlo es llevar a cabo medidas de carácter extraordinario como las «peonadas» en Atención Primaria, de carácter voluntario y remuneradas.

El plan de Sacyl arrancó en el verano de 2022 con el objeto de que los profesionales sanitarios trabajasen de forma voluntaria en jornadas de tarde. Esta medida duró seis meses, pero se amplió hasta febre-

ro de 2023 debido a las escasas mejoras en las listas de espera de los hospitales. El plan se mantuvo a lo largo del año y la previsión es que se repita en 2024. Sanidad ha realizado un desembolso de 14 millones de euros para hacer frente a estas peonadas. Con el fin de reducir la lista de espera, fueron muchos los profesionales sanitarios, y no sólo médicos, quienes decidieron trabajar por las tardes. Un licenciado especialista recibía 314,16 euros por consultas de cuatro horas y un enfermero 209,04, mientras que en intervenciones quirúrgicas el importe se elevaba hasta 450 y 300 euros, respectivamente, y en el caso de los técnicos auxiliares (TCAE) correspondía a 110 euros y 90 en los celadores. La medida resultó positiva, al reducirse el tiempo de espera quirúrgica de los 129 días de demora media en los hospitales de Castilla y León a partir de julio de 2022 a disminuir hasta 111 días en el primer trimestre de 2023.

«RECURSOS SUFICIENTES»

El plan de contingencia de Sacyl para este verano prevé la contratación de enfermeras, técnicos de rayos, celadores, TCAE y auxiliares administrativos, así como personal para cubrir otros puestos en el periodo vacacional, tanto para la atención en hospitales como en centros de salud y consultorios.

En Atención Especializada, Sanidad adaptará la estructura este verano a la demanda existente. La actividad disminuye y muchas intervenciones quirúrgicas se retrasan. En los hospitales hay menos ingresos y la ocupación de camas es sensiblemente inferior, como ocurre todos los años desde junio hasta los primeros días de octubre. La directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización, Silvia Fernández, señaló ayer que Sanidad tiene «recursos suficientes para mantener la asistencia en términos razonables, como otros años».

La secretaria provincial de Satse en Segovia, Miriam Rubio Moral, in-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

LA POSADA

EL MUNDO

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

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

dicó a este diario que el mayor problema este verano puede encontrarse en los centros socio-sanitarios. En el caso de los hospitales, centros de salud y consultorios de Segovia no habrá problemas. La previsión de Sanidad es reforzar enfermería en el Hospital segoviano con 155 contratos y Atención Primaria con 52. En Segovia hay personal suficiente para cubrir el período vacacional de los profesionales sanitarios.

Al igual que en veranos anteriores, Sanidad cerrará camas en los hospitales debido a la disminución de la demanda, como indicaron Vázquez y la directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización. El número de camas cerradas es de 459. El Hospital de León es el que más cerrará, 113. En el Hospital de Burgos no se habilitarán 84 camas, en el de Salamanca 69 y en el de Palencia 59. En cuanto a Valladolid se refiere, el número de camas que no serán utilizadas son 55 en el Clínico, 27 en el Río Hortega y 15 en el Hospital de Medina del Campo. El número de camas que no se utilizarán en Ávila es de 19, en Segovia 13, en El Bierzo 3 y en Zamora 2, mientras que los hospitales burgaleses de Miranda de Ebro y Aranda de Duero y el de Soria mantendrán abiertas todas las camas de que disponen, 102 en Miranda, 114 en Aranda y 237 en la capital soriana.

Sacyl contempla la formalización de 1.467 contratos para reforzar enfermería en los 14 hospitales de Castilla y León. El mayor número de contrataciones se realizará en el Complejo Asistencial de Salamanca (231), seguido por los de León (200), Clínico de Valladolid (190), Burgos (157), Segovia (155), Río Hortega de Valladolid (117), Segovia (97) y Palencia (96). El número de contratos será mucho más reducido en los hospitales de Medina del Campo (25), Aranda de Duero (24) y Miranda de Ebro (22).

Por lo que a los refuerzos en Atención Primaria se refiere, las mayores contrataciones serán en Ávila (75), Burgos (66), Segovia (52), León (48) y Zamora (45). Por el contrario, los contratos de refuerzo que se firmarán en Soria, El Bierzo y Valladolid Oeste serán inferiores con 20 en el caso de los dos primeros hospitales y 29 en el área vallisoletana.

Sacyl prevé este verano 40.144 jornadas de enfermería en Atención Primaria y puntos de Atención Continuada. En los centros de salud se establecerán medidas de organización asistencial para garantizar que los pacientes sean atendidos en un plazo no inferior a 48 horas. Se incluyen las consultas de atención no demorable, consultas de atención compartida entre la enfermera y el médico y otras de actividad extraordinaria.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Viernes 14 de junio 2024

CASTILLA Y LEÓN

Nueva inversión de 23,5 millones para ampliar el hospital de Salamanca

Se realizarán dos nuevas plantas, incrementar consultas, reforzar infraestructuras y hacer dos bloques más para Análisis Clínicos y Diagnóstico de Enfermedades Raras

RAÚL RUANO VALLADOLID
La Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Sanidad, destina una nueva partida de 23,5 millones para las obras del hospital de Salamanca con el que se pretende conseguir un mayor nivel de dotación de servicios con dos nuevas plantas. Estos nuevos espacios posibilitarán incrementar el número de consultas en diversas especialidades y un nuevo bloque de laboratorio de Análisis Clínicos-Bioquímica.

Sacyl está llevando a cabo la última fase del proyecto del nuevo hospital de la capital charra, el edificio destinado a consultas externas. La modificación del plan funcional ahora viene motivada porque el dimensionamiento de espacio destinado a hospital de día y consultas externas hace casi diez años—cuando se redactó—no se ajusta a las necesidades asistenciales en el momento actual.

De esta forma, se aumenta el número de espacios de actividad ambulatoria, para que puedan acoger las consultas y los gabinetes como espacios de uso polivalentes. Se mo-

difican el número de consultas gracias al incremento de un 50% en los espacios, así como el área de laboratorios clínicos y la incorporación de nuevas unidades de psiquiatría que pasan de 6 a 26.

Los laboratorios son uno de los grandes beneficiados. Ganan en amplitud los laboratorios de análisis clínicos, microbiología y hematología, que se situarán en la planta tercera del edificio de consultas para su conexión con los situados a la misma altura en los edificios I-J del hospital. Se configura así un nuevo bloque de laboratorio de Análisis Clínicos-Bioquímica, respondiendo a la implicación del Complejo Asistencial de Salamanca en la coordinación del Plan Estratégico de Medicina de Precisión y la creación de la Unidad de Referencia Regional de Diagnóstico avanzado de Enfermedades Raras en Pacientes Pediátricos.

La especialidad de psiquiatría también verá aumentada sus unidades. El importante aumento de este tipo de patología—y más tras la pandemia—, ha incrementado significati-

vamente la necesidad de espacios destinados a esta actividad.

Junto a ello, la creación del Hospital de Día Psiquiátrico, el Hospital de día Infanto-Juvenil y la Unidad de Trastornos de la Alimentación—esta última ya existente—, así como la Unidad de Alcoholismo, se incorporan a la actividad ambulatoria del hospital, informa Ical.

Tras esta ampliación, el Complejo Asistencial de Salamanca pasará a disponer de 301 espacios/unidades asistenciales, frente a los 207 que tenía el anterior edificio. El refuerzo principal de servicios se centra en Pediatría—pasa de 10 a 16 consultas—; Dermatología—de 10 a 15—; Ginecología—de 14 a 21 espacios—; Cardiología—de 11 a 20—; Alergología—de 8 a 14—o Endocrinología—que aumenta consultas de 8 a 17—.

La Gerencia Regional de Salud pretende con estas actuaciones mejorar la atención en el ámbito de la asistencia sanitaria, armonizando la calidad de la práctica asistencial y la humanización del recinto asistencial con los valores, creencias y necesidades de las personas (Plan Per-

sona 2021), diferenciando salas de espera en adultos y pediátricas y la disponibilidad en todas las plantas de baños adaptados para pacientes ostomizados.

Esta autorización supondrá un aumento del plazo de ejecución de 25 meses sobre el calendario previsto, con finalización en el segundo trimestre de 2026.

Por otro lado, el Consejo de Gobierno aprobó un gasto de 308.666 euros, a cargo de la Consejería de Sanidad, destinado al servicio de mantenimiento de las instalaciones de transporte neumático de muestras y ropasucia en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Con esta contratación, que tiene un plazo de ejecución de 36 meses, se da respuesta a las tareas de mantenimiento de las instalaciones de transporte neumático de ropa sucia y muestras de la marca PTS tecGmGH, contrato que incluye los equipos electromecánicos y el software, al objeto de su correcto funcionamiento y de dar una prestación adecuada y eficiente en el citado complejo asistencial salmantino.

Vázquez opta a vicepresidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

VALLADOLID
El consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Alejandro Vázquez Ramos, se perfila como el principal candidato que pondrán las CCAA del PP para la vicepresidencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en la reunión de este órgano de coordinación que se celebra este viernes, 14 de junio.

Según fuentes consultadas por Europa Press, Alejandro Vázquez será con «alta probabilidad» el candidato de las CCAA gobernadas por el PP. Este será el primer punto del orden del día del CISNS que se celebrará este viernes, tras

la aprobación del acta de la sesión anterior. La elección del vicepresidente está regulada en el Reglamento del Consejo. Por un lado, se exige un quórum especial de asistencia al Pleno, consistente en, al menos, trece miembros del Consejo. Una vez cumplido ese requisito, los consejeros presentes elegirán como vicepresidente a uno de los consejeros por el voto favorable de la mitad más uno.

La Vicepresidencia podrá renovarse anualmente, siempre que así lo decida el Pleno del Consejo por mayoría simple, y se hallen presentes en la votación al menos doce miembros.



Equipo de anestésistas en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. PHOTOGENIC

>VALLADOLID

Curar el cerebro con una única anestesia

Profesionales del Hospital Clínico ponen en marcha un protocolo para el tratamiento de las malformaciones arteriovenosas cerebrales / Realizan las intervenciones el mismo día para evitar complicaciones. Por **E. Lera**

Las patologías en el cerebro no son fáciles ni de asumir ni de tratar. Cuando un paciente recibe la noticia de que algo no va bien dentro de su ordenador de a bordo, el miedo es mayor. Allí, todo es importante y cualquier patología, por pequeña que sea, asusta. Por este motivo, si la medicina puede terminar con ella lo más rápido posible y con las mayores garantías, mucho mejor. Es el caso de las malformaciones arteriovenosas cerebrales.

Un equipo formado por profesionales de la Unidad de Neurointervencionismo del Servicio de Radiología y del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid ha puesto en marcha un protocolo para el tratamiento de esta dolencia que suele dar la cara a través de fuertes dolores de cabeza y convulsiones, y puede desencadenar en un accidente cardiovascular grave. En concreto, el protocolo que han puesto en marcha se basa en realizar el tratamiento de forma conjunta y coordinada en un único día, es decir, a través de una sola anestesia ejecutan los dos tratamientos, reduciendo el número de sesiones y complicaciones.

Un paso al frente para una pato-

logía, según explica Carlos A. Rodríguez Arias, jefe de servicio de Neurocirugía, consistente en vasos anormales dentro del cerebro que presentan una comunicación acordada entre la llegada por vía arterial y su salida por vía venosa. No hay que olvidar que las arterias llevan la sangre oxigenada desde el corazón hasta el cerebro, y las venas transportan la sangre sin oxígeno de nuevo a los pulmones y al corazón. Sin embargo, en ocasiones, como pasa con las malformaciones arteriovenosas cerebrales, se produce una alteración en este proceso vital.

Es verdad que no es muy común; de hecho, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, si bien los lugares más comunes son el cerebro y la médula espinal. Su causa no está clara, no obstante, la mayoría de los pacientes nace con ellas. No suelen ser hereditarias. ¿Cómo se detectan? Lo normal es toparse con ellas en una exploración del cerebro que se realiza por otros problemas de salud o después de una hemorragia.

Cuando el profesional se encuentra con esa maraña y le pone nombre, tiene que tratarse para evitar complicaciones. En este punto, explica que las posibilidades son cirugía, embolización y radio-

cirugía. «A menudo se produce una combinación de los tratamientos. Generalmente se tratan mediante embolización de los vasos anómalos produciendo una oclusión del flujo», asegura para, a renglón seguido, añadir que otras veces no se puede realizar de forma completa y requiere una cirugía o uno o varios procedimientos más de embolización.

En el transcurso de ejecutar las distintas terapias, según lamenta Rodríguez Arias, existe un riesgo, aunque mínimo, de que se rompa y sangre, con resultados variables que pueden ser devastadores para el enfermo. Por este motivo, considera que la combinación de ambos tratamientos o, en otras palabras, embolización seguida de cirugía resuelve el problema al paciente, de tal forma que, al estar los vasos ocluidos, el riesgo quirúrgico disminuye mucho y, además, elimina todos los vasos anómalos.

Es cierto, reconoce el jefe de servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que no es diferente a lo que se venía haciendo hasta ahora, salvo que se lleva a cabo en la misma jornada y bajo la misma anestesia. Antes, el procedimiento convencional sepa-

raba durante varios días las dos intervenciones.

«La embolización se realiza mediante una arteriografía, cuyo abordaje suele ser vía radial, en vez de femoral, lo que contribuye a mejorar la evolución posoperatoria. Tras la arteriografía se procede a la oclusión de los vasos mediante coils o pegamento que obstruye los vasos y cierra el flujo. Sin embargo, pueden quedar pequeños territorios de la malformación sin tratar, lo que puede provocar sangrados. La cirugía termina retirando tanto el material embolizado, como coagulando los vasos que quedan sin tratar», detalla.

En esta línea, subraya que es muy importante el papel que representa la anestesia. «Requiere un especialista con entrenamiento neuroanestésico que, en los momentos delicados tanto de la embolización como en la cirugía, contribuya a la estabilización del paciente».

Respecto a las ventajas, Carlos A. Rodríguez Arias deja claro que el paciente solo tiene un acto quirúrgico en lugar de dos o más. Por tanto, defiende que se consigue resolver el problema en mejores condiciones quirúrgicas y se evita el riesgo de sangrado post emboliza-

ción, ya que al eliminar toda la malformación se reduce mucho el riesgo de sangrado. Y es que, tal y como recalca, tras la embolización que se realiza con anestesia general, se traslada al enfermo dormido al quirófano para en un segundo tiempo extirpar la malformación arteriovenosa cerebral. Otro valor añadido, a su parecer, es que disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, lo que supone no solo ahorro para el hospital sino para los familiares, sobre todo, si son de fuera. A lo que se suma, celebra, pasar de dos días de anestesia a solo uno.

El «protocolo pionero» arrancó hace tres meses en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. En los centros americanos utilizan esta técnica con un decalaje de 24 horas entre tratamiento endovascular y cirugía. Dado que en este tiempo y, aunque puede predecirse la posibilidad de sangrado, advierte de que, si sangra, aparece una complicación que puede eliminarse si los tratamientos se llevan a cabo uno detrás de otro.

La idea es, avanza, seguir esta línea y si los resultados siguen siendo igual de positivos, intentarlo aplicar a otras patologías como las tumorales.

> PERSONAJES ÚNICOS / JOSEFA GARCÍA BARRADO



La profesora de la USAL investiga sobre el manejo de fármacos que controlan la homeostasis glucídica, los lípidos, la secreción de insulina y su relación con la diabetes y la obesidad / En los últimos tres años ha desempeñado tareas de gestión como secretaria general de la universidad / Forma parte de la Real Academia de Medicina de Salamanca. Por E. Lera

La guardiana de los medicamentos

No busca la pócima perfecta, pero sí la solución que calme o cure una enfermedad. La salmantina Josefa García Barrado estudió Farmacia en su ciudad natal por «investigar, conocer y desarrollar sustancias que nos hicieran más fácil la existencia». Por esta razón, tras licenciarse aterrizó en la Facultad de Medicina, donde profesiones distintas pero complementarias podían trabajar de manera conjunta para aportar grandes beneficios y construir nuevos desafíos. Así, bajo la tutela del catedrático Julio Moratino, comenzó a realizar su tesina. Más tarde, presentó su tesis doctoral, basada en los efectos de las catecolaminas sobre el metabolismo glucídico.

El siguiente paso fue mejorar su formación científica. Entre 1993 y 1996 recibió una beca del Ministerio para la formación del personal docente e investigador en el extranjero y pasó a formar parte durante casi tres años del equipo investigador del doctor Jean Claude Henquin, catedrático de Fisiología perteneciente a L'Université Catholique de Louvain (UCL Bruxelles). Por aquel entonces, en su Unidad de Endocrinología y Metabolismo asociada al Hospital Sant Luc (Bruselas), se investigaba sobre la fisiopatología de los islotes pancreáticos y la diabetes.

«Esos años supusieron una experiencia profundamente enriquecedora y transformadora, desafiándome a superar barreras culturales, lingüísticas y profesionales». Posteriormente, en periodos más breves en 2004 y 2006, ha trabajado en el laboratorio del doctor Christian Carpentier en el French Institute of Health and Medical Research de la Universidad Paul Sabatier de Toulouse, estudiando los adipocitos y adipocitocinas, y la obesidad como patología.

A la investigación se sumó la docencia. En la actualidad, forma parte del GIR de la Universidad de Salamanca de Neuroendocrinología y Obesidad, adscrito al IBSAL y el INCYL, que dirige el profesor José Carretero. Tiene cuatro sexenios de investigación reconocidos y cinco quinquenios docentes. Además, en los últimos tres años ha desempeñado tareas de gestión en el Rectorado como secretaria general de la universidad. Su último paso al frente en su carrera



Josefa García Barrado, profesora titular del área de Farmacología de la USAL. ENRIQUE CARRASCAL

fue el ingreso en la Real Academia de Medicina de Salamanca.

García Barrado ha trabajado en investigación en el campo de la farmacología básica, con una trayectoria consolidada en dos líneas principales, la primera de ellas sobre el manejo de fármacos que controlan la homeostasis glucídica, los lípidos, la secreción de insulina y su relación con la diabetes y la obesidad. «He utilizado diferentes modelos experimentales, entre ellos roedores deficientes en el sustrato del receptor de insulina, que servían como modelo de diabetes tipo 2 o bien tratados con dietas elevadas en grasas», explica.

En esta línea, comenta que la investigación sobre los islotes pancreáticos y el tejido graso nos ha conducido a la publicación de numerosos artículos científicos en

revistas de elevado impacto. Pone como ejemplo una publicación en la que se muestra que el dimorfismo sexual en la aparición de diabetes tipo 2 entre roedores machos y hembras con deleción de la proteína IRS2 dependía principalmente de la diferente sensibilidad que presentaban machos y hembras a la estimulación adrenérgica.

Ahora mismo, tal y como expone, están investigando cuál es el papel que desempeñan algunos fármacos antidiabéticos como la metformina y la semaglutida sobre el tejido adiposo de los pacientes obesos. «Hasta el momento, se ha observado que ambos fármacos, además de ser de primera línea en el tratamiento de la diabetes de tipo 2 y disminuir los niveles de glucosa, presentan importantes impli-

caciones en la ingesta alimenticia. Por ello, es necesario investigar más profundamente sus mecanismos de acción y sus efectos sobre el tejido graso para evaluar si fuera posible integrarlos más ampliamente como parte de un enfoque terapéutico en la lucha contra la obesidad y sus complicaciones asociadas».

La otra línea que desarrollan se centra en el área de la neuroendocrinología (hormonas sexuales e hipófisis). Su objetivo, avanza Josefa García Barrado, es identificar las variaciones que se pueden instaurar en el sistema hipocámpal producidas por prolactina en la enfermedad de Alzheimer y determinar si estas variaciones pueden estar vinculadas al desarrollo de esta dolencia. De igual forma, señala que están buscando correla-

ciones sus resultados para explorar posibles objetivos terapéuticos y diagnósticos.

Preguntada por la situación de la investigación y la innovación en Castilla y León, sostiene que se han hecho «importantes avances» en los últimos años. En este sentido, cita la creación de institutos o centros como el Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca, el Instituto de Neurociencias de Castilla y León, el Instituto de Biología Funcional y Genómica y el Instituto de Investigación Biomédica.

Sobre este último, la profesora indica que este lugar ofrece muchas ventajas a los investigadores a la hora del fomento de la investigación y la mejora de la innovación. «Estas ventajas se han traducido en términos de recursos, oportunidades de colaboración y desarrollo profesional, y han ayudado a que investigadores de universidades, hospitales y otros centros de investigación y empresas colaboren de manera conjunta». Pero también, según advierte, estas instituciones han presentado importantes desafíos relacionados con la competitividad, que ha provocado la desaparición de la financiación a los grupos menos competitivos, la presión por obtener resultados y la carga administrativa.

No hay que olvidar, recalca, que uno de los retos más serios a los que nos enfrentamos es la dependencia de las subvenciones públicas o privadas. «Esta dependencia a veces puede ser trágica si los fondos se reducen o si las políticas de financiación cambian, lo que pone en riesgo la continuidad de algunos proyectos y la formación de jóvenes investigadores».

En su opinión, las administraciones están haciendo grandes esfuerzos para que la investigación y el desarrollo de los equipos castellanos y leoneses sea puntero. Sin embargo, asegura que desconoce si el reparto de los recursos se realiza de forma igualitaria entre las diversas comunidades.

Para Josefa García Barrado, la sociedad sí que premia a las personas más talentosas e innovadoras. No obstante, considera que siguen existiendo diferencias y barreras que pueden ser desde culturales a de difusión de resultados, que impiden que algunas personas merecedoras de ser recompensadas lo logren.

NUTRICIÓN



Iñaki Williams.

Alto rendimiento y salud: la suplementación española que utiliza el Athletic Club, Carlos Alcaraz y decenas de deportistas olímpicos

Por **UE Studio**

En el deporte de élite, la nutrición es fundamental para alcanzar el máximo rendimiento. La alta competición exige que los deportistas sigan una planificación específica, combinando entrenamiento intenso, estrategias de recuperación y alimenta-

ción adecuada para cuidar su salud. En este contexto, los suplementos nutricionales son esenciales, ya que optimizan la alimentación y proporcionan los nutrientes necesarios para rendir al máximo y recuperarse rápida y eficientemente. Crown Sport Nutrition, una marca española, es la usada por numerosos equipos y atletas de élite, como el Athletic Club y el tenista Carlos Alcaraz.

Olimpiadas París 2024: un escenario de innovación

Las olimpiadas representan el mayor reto para los atletas, entrenadores e investigadores. Los Juegos Olímpicos de Atlanta 1996 fueron conocidos como los "juegos de la creatina" debido al éxito de los atletas que utilizaron este suplemento. En las próximas Olimpiadas de París 2024, se espera que la suplementación deportiva vuelva a ser clave.

Certificación antidopaje: garantía de calidad y seguridad

La certificación antidopaje de los productos de Crown Sport Nutrition garantiza la salud

suplementos de Omega-3, Magnesio y Nitratos, desarrollados por su departamento de I+D y en conjunto con el equipo del tenista Carlos Alcaraz.

Suplementos con alta evidencia científica en Crown Sport Nutrition

En el ámbito del deporte, el uso de suplementos con alta evidencia científica ayuda a optimizar el rendimiento y la salud:

- El Omega-3 es conocido por sus propiedades antiinflamatorias y su capacidad para mejorar la salud cardiovascular y el sistema nervioso. Aspectos fundamentales para favorecer la recuperación física y mental.
- La Creatina es otro suplemento clave, ampliamente utilizado por su capacidad para aumentar la fuerza y la potencia muscular, permitiendo a los deportistas entrenar intensamente y durante más tiempo. Se ha demostrado también que tiene beneficios a nivel cerebral, sobre todo en personas mayores.
- El magnesio, es crucial para la función muscular y nerviosa y ayuda a mejorar el sueño, además de ayudar a reducir los calambres durante el ejercicio intenso.
- La proteína es esencial para la reparación y el crecimiento muscular. Los atletas consumen suplementos proteicos para asegurar que sus músculos reciban los aminoácidos necesarios después de los entrenamientos y competiciones.
- Los carbohidratos son la principal fuente de energía para el cuerpo durante el ejercicio intenso. Los suplementos de carbohidratos ayudan a mantener los niveles de glucógeno muscular, retrasando la fatiga y mejorando el rendimiento.



Adrián Ben.

y seguridad de los deportistas. Ofrecer suplementos libres de sustancias prohibidas es fundamental para el bienestar y rendimiento de los atletas. Esta es una de las razones por las cuales más de 30 deportistas olímpicos y numerosos equipos de élite confían en la marca.

Investigación científica: la base del éxito

Crown Sport Nutrition colabora con instituciones como la Universidad de Greenwich, la Universidad Francisco de Vitoria y la UCAM que realizan investigaciones con el objetivo de identificar los alcances, efectividad y seguridad de sus suplementos.

Usada por deportistas de alto rendimiento

Desde el tenis con Carlos Alcaraz hasta el fútbol con el Athletic Club, el atletismo con Adrián Ben, el triatlón con Mantecón, el Trail running con Pau Capell y Claudia Tremps, los productos de Crown Sport Nutrition son utilizados por atletas de múltiples disciplinas.

Desarrollo de producto: salud y alto rendimiento

La colaboración entre deportistas, entrenadores, nutricionistas, médicos, laboratorios y universidades ha dado lugar a productos innovadores que combinan salud y alto rendimiento. Ejemplos de esta sinergia son los

Conclusión: ciencia, calidad y transparencia

La marca, premiada a nivel europeo, ofrece productos respaldados por evidencia científica, con los mejores ingredientes y garantizados por certificaciones de calidad. Este enfoque ha permitido a Crown Sport Nutrition crecer y ganar la confianza de atletas de élite en todo el mundo. Con una expansión continua en mercados internacionales, sigue innovando en la industria de la nutrición deportiva, proporcionando a los deportistas de todos los niveles y población general, los recursos necesarios para alcanzar sus metas y superar sus límites. Para más información, visita su página web [crownsportnutrition.com](https://www.crownsportnutrition.com) y descubre su gama de productos.

Más información:
www.crownsportnutrition.com



José Losa Reyna, coordinador de la investigación, en el Campus de la Uva en Soria. MARIO TEJEDOR

> SORIA

Entrenamiento para tratar la fragilidad

Una investigación muestra que el ejercicio progresivo, programado y supervisado por especialistas y dirigido a personas mayores permite revertir el deterioro físico, además la buena forma se mantiene en el tiempo. Por N. F.

No es ningún secreto que hacer ejercicio es saludable. Los expertos recomiendan su práctica y dicen que nunca es tarde para comenzar a hacerlo. En estos últimos años ya se ha demostrado incluso que el ejercicio físico ayuda a los tratamientos médicos en determinadas enfermedades.

Con el crecimiento de la tasa de envejecimiento de la población ha incrementado el número de personas frágiles y lo que ello conlleva en cuanto a gasto sociosanitario. Existe un gran interés para que los mayores cumplan años de vida y lo hagan con calidad. En esto, el ejercicio físico tiene mucho que ver.

El síndrome de fragilidad es una condición física de deterioro, que está relacionada con la edad, pero también la sufren otras personas con patologías cardiovasculares o metabólicas. Aquellos que lo padecen tienen mayor vulnerabilidad y cuentan con menor capacidad para afrontar pequeños accidentes, como caídas, roturas o reponerse de alguna enfermedad y eso al final afecta en las tareas de su vida diaria, que no pueden resolver con la agilidad deseada. La fragilidad es el paso previo a la discapacidad.

Una de las pérdidas más acusadas entre las personas mayores es la potencia muscular por la pérdida de las fibras rápidas, aquellas que permiten lanzar un balón o saltar.

Posteriormente se genera la pérdida de masa muscular, lo que se conoce como la sarcopenia a que van asociadas las pérdidas funcionales y el empeoramiento de movimientos básicos como levantarse de una silla, caminar o incluso mantenerse en equilibrio. De ahí la importancia de mantener una buena condición física a determinada edad.

El profesor en el grado de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte del Campus de Soria de la Universidad de Valladolid, José Losa Reyna, ha coordinado una investigación sobre los efectos del ejercicio físico en personas mayores para tratar la fragilidad, en el que se ha podido determinar que con un programa de actividad corto bien programado, prescrito y supervisado por profesionales especialistas en ejercicio revierte este síndrome y además la condición física mejorada se mantiene durante al menos seis meses.

El estudio, que formó parte de la tesis doctoral de uno de los investigadores, Iván Baltasar, miembro del grupo de investigación. Se llevó a cabo en el hospital geriátrico Virgen del Valle, de Toledo, con la colaboración de la Universidad de Castilla La Mancha. Losa Reyna especifica que el trabajo se realizó desde el punto de vista de la actividad física y no desde el ámbito clínico, aunque para el mismo se contó con la colaboración del personal

sanitario de este hospital, que cuenta con una unidad de fragilidad.

Los investigadores arrancaron el estudio con el objetivo de comprobar que el ejercicio en el ámbito hospitalario y supervisado por profesionales es seguro en pacientes frágiles. Además se quería ver cómo respondían los mayores a un programa de entrenamiento y si con el paso del tiempo duraban los beneficios físicos del deporte en edades avanzadas.

Los resultados fueron positivos y se comprobó que gracias a un programa de ejercicio programado y supervisado los mayores revertieron la fragilidad. «Algunos de los participantes en las pruebas nos agradecieron la actividad porque después de ella podían volver a jugar con sus nietos», explica José Losa Reyna, doctor en Ciencias Biomédicas y graduado en Ciencias Físicas y del Deporte.

Para llevar a cabo las pruebas se eligieron a los participantes, mayores con edades comprendidas entre los 75 y los 96 años que no habían realizado ejercicio habitualmente a lo largo de su vida, que se distribuyeron en dos grupos, el de intervención y el de control. Las personas que formaban parte del primer grupo realizaron un programa de ejercicio en el que se combinaban en la misma sesión pruebas de fuerza con actividad cardiovascular, la sesión duraba entre 30 y 40 minutos.

En los ejercicios de fuerza los participantes realizaron una progresión, tanto en repeticiones como en intensidad. Se llevó a cabo durante dos días a la semana y durante seis semanas. Las personas del grupo control siguieron con su actividad normal diaria.

Los investigadores evaluaron la función física, la potencia muscular, la fragilidad y el nivel de discapacidad. Para la función física se realizaron dos pruebas, en las que se puntuó la Batería de Rendimiento Físico Breve (SPPB) que incluyó tres pruebas. La primera fue la velocidad de la marcha habitual, es decir, el tiempo que se tarda en recorrer una distancia determinada, una prueba de equilibrio y la correspondiente a levantarse y sentarse en una silla cinco veces en el menor tiempo posible. Además, para prescribir el ejercicio cardiovascular de alta intensidad se midió la velocidad máxima de la marcha en diez metros.

En cuanto a la potencia muscular, se midió mediante una prueba realizada en una prensa de carga horizontal, habitual de las salas de musculación, que se asemeja al movimiento al levantarse y sentarse de la silla, mediante el perfil fuerza-velocidad. Los investigadores, además, desarrollaron una fórmula para estimar la potencia muscular de las piernas, con una prueba de sentarse y levantarse de una silla.

La fragilidad se evaluó con el fenotipo que lleva su mismo nombre y que incluye los parámetros de debilidad, baja velocidad, baja actividad física y agotamiento, entre otros. Para la discapacidad se realizaron dos cuestionarios a los participantes que fueron el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody, que miden la capacidad de las personas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

Los resultados fueron muy positivos, según explica el coordinador del estudio, destacó que todos los participantes en el entrenamiento habían experimentado una importante mejora en potencia muscular, que se tradujo, en la mayoría de los casos, en la mejoría de la función física y las reducciones de fragilidad.

Posteriormente, al paso de los seis meses se volvió a evaluar a los pacientes, pero con la diferencia de que en estos meses habían descansado, es decir no acudieron a entrenamientos.

Los resultados también fueron buenos, los mayores mantuvieron la potencia muscular y el nivel físico, «vimos que habían perdido potencia y función física respecto al momento cuando finalizó el entrenamiento», concluye José Losa. El estudio ha demostrado que nunca es tarde para hacer ejercicio y que posee importantes beneficios para los mayores.



Miembros del equipo participante en el proyecto en el Instituto de Neurociencias de Castilla y León en una imagen de archivo. / ENRIQUE CARRASCAL

MEJOR PROYECTO

Jaque a la ELA desde el laboratorio

Un equipo salmantino trabaja en el diseño de una plataforma de medicina de precisión para el diagnóstico y tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica / Ya ha conseguido las primeras muestras y ha tenido «bastante éxito» al obtener células madre derivadas de la orina

E. LERA / VALLADOLID

Los problemas de coordinación en algunas extremidades, la debilidad, la rigidez muscular, las alteraciones en el habla, los espasmos y los calambres son solo algunos de los síntomas que acompañan a la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), una enfermedad neurodegenerativa para la cual no existe cura. Afecta la capacidad de comer, hablar, moverse e incluso respirar. En Europa, se estima que hay alrededor de 32.000 personas que padecen esta dolencia y se aferran a la investigación para lograr un tratamiento eficaz.

En la actualidad, se desconocen los mecanismos que llevan a la pérdida de las neuronas motoras, las cuales son responsables de enviar impulsos a los músculos. Solo hay un fármaco autorizado que tiene efectos muy moderados. Sin embargo, la Agencia Europea del Medicamento ha recomendado la aprobación de un nuevo fármaco basado en terapia génica para aquellos afectados por la ELA con una mutación específica en el gen SOD1. Además, se emplean terapias no farmacológicas, como las terapias de rehabilitación física y del lenguaje, el apoyo psicológico, nutricional y respiratorio, con el objetivo de paliar los síntomas.

Frente a este desafío constante, la Universidad de Salamanca, a través del Instituto de Neurociencias de Castilla y León, colabora con la Universidad de Coimbra y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IB-SAL) en el diseño de una nueva plataforma de medicina de precisión y modelos celulares para mejorar el diagnóstico y tratamiento futuro de la ELA.

El profesor e investigador Jorge Valero Gómez-Lobo explica que la finalidad es generar

un modelo de estudio para esta enfermedad y crear un banco de células madre obtenidas de la orina de pacientes y de individuos sanos. La idea es utilizar estas células para investigar esta dolencia, transformándolas en neuronas motoras y células musculares. Estas células se estudiarán por separado y luego se juntarán en placas para que se comuniquen entre sí formando una estructura funcional conocida como unión neuromuscular, la cual se ve afectada en la ELA y causa los síntomas motores.

El desarrollo de esta plataforma de cultivos celulares permitirá analizar los mecanismos sospechosos de estar relacionados con la ELA y probar fármacos potenciales. Esta estrategia también podría aplicarse en el contexto de otras enfermedades neurodegenerativas.

El trabajo está dividido en varias etapas, desde la optimización del protocolo para obtener y transformar las células en neuronas motoras y células musculares, hasta la caracterización de las células mediante análisis de moléculas y funciones. También se realizará un análisis masivo de la expresión de genes para comprender los mecanismos alterados en la ELA. El objetivo es conseguir uniones funcionales entre neuronas y músculos y obtener datos sobre la contracción en modelos tridimensionales.

La Universidad de Coimbra, experta en analizar la mitocondria, la parte de la célula que produce energía, evaluará el estado y funcionamiento de las mitocondrias en estas células. Intentarán corregir los defectos mitocondriales tratando las células con diversos fármacos, lo que podría tener un potencial terapéutico a largo plazo.

Este trabajo, que acaba de recibir el premio al Mejor Proyecto del suplemento Innovadores del periódico EL MUNDO DE CASTILLA

Y LEÓN, concluirá con un análisis de todos los datos obtenidos, tanto sobre el estilo de vida y características de los pacientes como de sus células. El propósito es evaluar si este conjunto de datos permite clasificar a los pacientes para ofrecer un diagnóstico más preciso, predecir la evolución de la enfermedad e, incluso, identificar el tratamiento más eficaz para cada paciente.

En este momento, según comenta, Jorge Valero Gómez-Lobo, han avanzado bastante. Por un lado, sus colegas de Portugal han iniciado una nueva fase de esta investigación en

«La atracción de talento hacia la región es clave, pero hay que invertir en programas sólidos»

«A nuestro país han regresado grandes talentos que después nos han dejado por las condiciones»

la que están poniendo a punto la diferenciación de las células derivadas de la orina de las células musculares y neuronas motoras, las que nos permiten mover los músculos. De igual forma, celebra que ya han conseguido las primeras muestras en Salamanca y han tenido «bastante éxito» al obtener células madre derivadas de la orina de enfermos e individuos control.

Para enfrentarse al primer reto, dice que han contado con la ayuda de uno de sus colegas de Portugal que se trasladó hasta la ciu-

dad del Tormes para explicar los 'trucos' de esta técnica. En breve, avanza que tendrán que lidiar con otra tanda de muestras. «El poder tener acceso a estas muestras hace posible que avancemos más rápido en nuestra investigación», subraya.

Preguntado por la situación de la investigación y la innovación en Castilla y León, asegura que la Comunidad necesita invertir más y mejor. Es verdad, reconoce, que los fondos europeos están ayudando a potenciarlas, pero puntualiza que aún estamos lejos del desarrollo de otras comunidades más potentes como Cataluña y País Vasco.

En esta línea, comenta que hay que aprovechar el potencial investigador asociado a las universidades e institutos, dando oportunidades a los jóvenes para que desarrollen sus ideas. «La atracción de talento científico hacia la región es clave, pero para ello es necesario invertir en programas sólidos, duraderos y que planteen un plan de carrera que les permita alcanzar una cierta estabilidad», afirma antes de añadir que el investigador joven ha de salir fuera de España para continuar su carrera y tener una buena oportunidad a su vuelta, si es que decide volver.

«La inversión en investigación e innovación en la mayoría de los países a los que emigran estos investigadores jóvenes es mayor que en España; lógicamente se mueven a regiones en las que ofrecen buenas oportunidades y en las que son altamente valorados, por lo que el retorno se les hace difícil. A nuestro país han regresado grandes talentos que después nos han dejado por las condiciones que les ofrecían para realizar su trabajo en otros países. Además, tengo la impresión de que cada vez más jóvenes desisten de continuar una carrera investigadora», lamenta.

Sacyl avisa al personal de medicina interna de que no volverá al Mirón

El servicio, trasladado al Santa Bárbara en el verano, se quedará ya allí cuando acaben las obras / «Preocupación» entre los sanitarios del viejo hospital porque seguirán otros

MILAGROS HERVADA SORIA

El desmantelamiento del Hospital Virgen del Mirón es un rumor que va tomando fuerza a medida que avanzan las obras de ampliación y reforma del centro hospitalario de Santa Bárbara. El traslado del viejo hospital al nuevo ya ha comenzado con el servicio de medicina interna, inicialmente para el verano, pero desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ya se ha avisado a los trabajadores del mismo de que no volverán al Virgen del Mirón si las obras están concluidas en el Santa Bárbara dentro de este periodo estival, y así lo indica el buen ritmo de la ejecución. Previsiblemente, la fase en estos momentos en obras estará concluida a finales de julio.

En la última junta de personal se informó a los supervisores de los servicios de que medicina interna ya no regresará al viejo hospital. Y detrás de él irán geriatría, psiquiatría y paliativos, el último en hacerlo, los que alberga actualmente el centro Virgen del Mirón.

Las 27 camas de medicina interna en dicho hospital cerraron ya el 31 de mayo, algo que suele ocurrir todos los veranos, pero en esta ocasión, y según informaron al personal sanitario, no reabrirá allí. «Todo dependerá de las obras. Pero con psiquiatría pasará lo mismo, porque tiene su propia ubicación en la ampliación del Hospital Santa Bárbara, y lo mismo en el caso del servicio de paliativos. Desde la primera fase de reforma del hospital ya se veía», indicaron desde el Sindicato de Enfermería Satsé, mostrando su «preocupación» por lo que resulta evidente, que es el desmantelamiento del viejo hospital.

Actualmente también alberga dependencias de asociaciones de enfermos, de emergencias 112 y el centro de salud Soria Rural, que precisamente ahora está en proceso de



El Hospital Virgen del Mirón. MARIO TEJEDOR

climatización debido a las altas temperaturas que sufre el edificio en la temporada estival y que ya obligaron a una actuación similar en el servicio de medicina interna que ahora es el primero en migrar.

«Ya se va evidenciando lo que queda y así está condenado al cierre. Si van a pasar todos los servicios al Santa Bárbara, aunque no hablen de cerrarlo, se presupone», lamentaron desde el sindicato sobre una suposición que siempre han negado desde la Consejería de Sanidad.

A este respecto, su responsable, Alejandro Vázquez, será interpelado en el pleno de las Cortes de Castilla y León de mañana tanto por el PSOE de Soria como por los procuradores de Soria Ya.

Desde la bancada socialista, la pro-

curadora soriana quiere preguntar al consejero qué va a ocurrir con el Hospital Virgen del Mirón y en caso de que se prevea un cierre, qué harán con los terrenos, pues existen también muchos rumores al respecto, como que se quedará con ellos una gran constructora para construir piso destinados a atención sociosanitaria.

Del mismo modo, la procuradora de Soria Ya Vanessa García interpellará a Vázquez sobre los planes que tienen la Consejería de Sanidad para el Hospital Virgen del Mirón, «cuyo futuro nos preocupa, porque en los últimos años está viendo como se cierran y trasladan servicios».

Con esta cuestión Soria Ya quiere que el consejero aclare los rumores que circulan entre la sociedad soriana. «Escuchamos que muchos de los

servicios se van a trasladar al Hospital Universitario Santa Bárbara, o que se va a privatizar su gestión, o directamente que se va a cerrar. Nos gustaría que el consejero fuera transparente y zanjara este ruido, que nos diga sus planes para este centro», señaló el procurador Ángel Ceña.

El portavoz parlamentario de Soria Ya recordó que desde el movimiento ciudadano se ha propuesto en diferentes ocasiones convertirlo en un centro médico de referencia en Castilla y León para el tratamiento de lesiones medulares con acompañamiento familiar, «pero vemos igualmente válido que se pueda dedicar a atención socio-sanitaria, bien como residencia pública para personas mayores o como centro para pacientes de larga estancia».

Detenido por robar un coche y pagar con la tarjeta que halló dentro

SORIA

La Guardia Civil de Soria detuvo en la localidad soriana de Matalebreras a un varón por un presunto delito de robo de un vehículo y de estafa al pagar con la tarjeta que halló en el interior.

Durante la mañana del pasado 9 de junio, la Central Operativa de Servicios de la Comandancia de Soria informó de la sustracción de un vehículo en la localidad navarra de Valtierra. El presunto autor de los hechos habría accedido, mediante la fuerza, a un primer vehículo de la víctima y en el que sustrajo las llaves de un segundo vehículo con el que realizó el trayecto hasta su detención.

El presunto autor habría utilizado la tarjeta de crédito de la pareja de la víctima, que se encontraba en el interior de este segundo vehículo, para realizar sucesivos pagos en el itinerario que siguió.

Según informó la Subdelegación del Gobierno en Soria, tras una gran labor de coordinación por parte de las patrullas de Seguridad Ciudadana del Puesto de Ólvega y de la Agrupación de Tráfico, a través de la Central Operativa de Servicios de la Comandancia de Soria, consiguieron interceptar al vehículo a las 11.40 horas en la carretera N-122, concretamente en el punto kilométrico 118,000, a la altura de Matalebreras.

Al detenido, según información obrante en base de datos del Cuerpo, le constan antecedentes por hechos de similar naturaleza.

El Puesto de Ágreda de la Guardia Civil de Soria instruyó las diligencias que fueron entregadas en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 3 de Soria con copia a la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Soria.

Más de 5.500 vehículos circulan sin la ITV, casi un 9% del total del parque

SORIA

Son 5.579 los vehículos que no tienen la ITV (inspección técnica de vehículos) en vigor en la provincia de Soria. Este es el resultado de un estudio elaborado por la empresa Informes Mecánicos que asegura que de ellos, 1.856 son turismos, 1.259 son motocicletas y 2.464 forman parte de otras categorías como furgonetas, camiones, ciclomotores y otros.

Para elaborar el informe la firma

ha revisado los microdatos ofrecidos por la DGT para conocer cómo es el parque de vehículos sin la ITV en vigor en la provincia de Soria. Estas cifras corresponden a aquellos vehículos que, teniendo menos de 25 años, no tienen la ITV en vigor o no se ha tramitado su baja administrativa. Incluyen a los vehículos que están circulando sin haber pasado la ITV, pero también aquellos que podrían estar en desuso o abandonados.

La comparación de estos datos con el total de vehículos de menos de 25 años arroja que el 8,9% del parque no tiene la ITV en vigor en la provincia de Soria.

Esta cifra es del 4,1% en el caso de los turismos, 30,5% en el de las motocicletas y 17,8% en el resto de los vehículos.

Las localidades sorianas con más vehículos sin la ITV en vigor son Soria, con 1.807 vehículos, Almazán, con 342, y Ólvega, con 256.

e-distribución

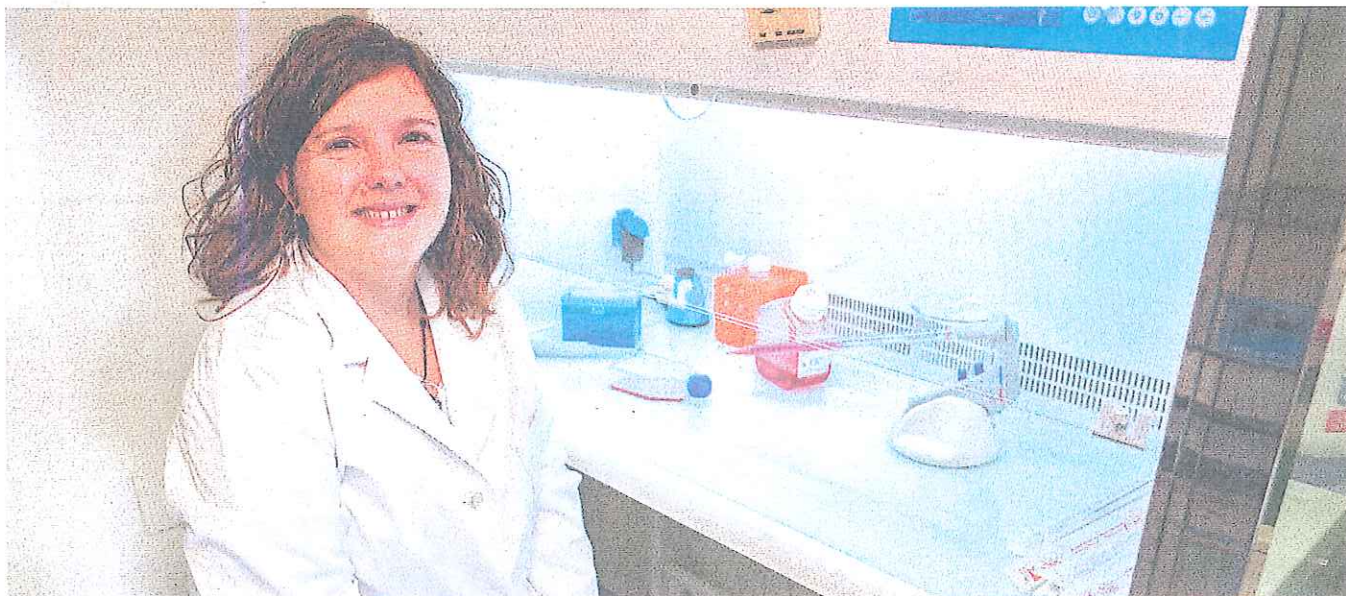
Con motivo de los trabajos de mejora y ampliación de la red, nos vemos en la necesidad de interrumpir el suministro los días:

14 de junio

Almazán (14500797, 14507385) : 06:30 a 09:30 C/ ALMAZAN CA?ADA 1 (RDA. SAN FRANCISCO 15 EN ALMAZÁN). C/ ANTONIO MACHADO, C/ BUEN MAESTRO. C/ CALATAÑAZOR, CR/ GOMARA, C/ MOZART, C/ PEÑON DE SAN SALVADOR, RD/ SAN FRANCISCO, C/ SAN ISIDRO, C/ SAN JOSE, C/ SAN SALVADOR, C/ SANTA CECILIA, C/ SANTA MARIA DE LA CABEZA

Trabajamos para mejorar la calidad del servicio eléctrico.

TELÉFONO DE AVERÍAS: 900849900



Lara Sanoguera Miralles, investigadora en el grupo de Splicing y Susceptibilidad al Cáncer del IBGM de Valladolid. / J. M. LOSTAU

CAIXABANK INNOVADOR JOVEN

Cerco a las mutaciones del cáncer de mama

La investigadora del IBGM Lara Sanoguera Miralles busca reducir el porcentaje de pacientes con este tumor hereditario que se dirigen a una consulta de asesoramiento genético y no se les detecta la variable responsable de la enfermedad

E. LERA/VALLADOLID

Es un viaje en busca de respuestas. En muchas familias, el cáncer de mama es una presencia constante, enraizada en su ADN. Entre un 5 y un 10% de estos casos se deben a mutaciones hereditarias. Estas mutaciones no garantizan la aparición de la enfermedad, pero sí aumentan el riesgo. Los seres humanos tienen dos copias de cada gen, una de cada progenitor. Si uno hereda una mutación en un gen relacionado con el cáncer de mama, la otra copia puede ser normal, pero el riesgo sigue siendo significativo.

La dificultad surge cuando las familias con patrones hereditarios claros buscan respuestas y no las encuentran. En la mitad de los casos, los especialistas no pueden identificar la mutación responsable. Esto se debe a la presencia de variantes genéticas cuyo impacto en el cáncer de mama no está claro por la falta de información.

Lara Sanoguera Miralles, investigadora en el Instituto de Biomedicina y Genética Molecular (IBGM) de Valladolid, trabaja para reducir esta incertidumbre. Su investigación se centra en genes como BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2, ATM, RAD51C, RAD51D y BARD1, conocidos por su asociación con el cáncer de mama. Busca nuevas mutaciones en estos genes que puedan explicar los casos hereditarios sin un origen genético identificado.

Su trabajo se enfoca en mutaciones que afectan al *splicing*, un proceso crucial en la expresión génica. Y es que, según detalla, elimina las partes no esenciales de los genes (intrones) y une las partes vitales (exones) para crear un mensaje coherente que dirige la producción de proteínas. Cualquier altera-

ción en este proceso puede traducirse en instrucciones incorrectas y en enfermedades como el cáncer de mama.

En su tesis doctoral, Sanoguera Miralles ha identificado 64 mutaciones en los genes CHEK2 y RAD51C que interfieren con el *splicing*. Estas mutaciones, previamente ignoradas, ahora pueden ser catalogadas como patogénicas. Esto no solo aporta conocimiento, sino también esperanza a las familias afectadas por el cáncer de mama hereditario.

Su investigación es un paso crucial hacia un futuro donde la genética ofrezca respuestas claras y soluciones efectivas para el cáncer de mama. Su trabajo no solo busca comprender mejor las mutaciones que predisponen al cáncer de mama, sino también abrir nuevas vías para el diagnóstico y el tratamiento personalizado. En un campo marcado por la incertidumbre, su dedicación representa un avance significativo.

Preguntada por el logro del que se siente más orgullosa, asegura que lo que más feliz la hace es ver cómo los resultados que obtienen traspasan las fronteras del laboratorio y llegan a los pacientes. «En la actualidad, en bases de datos públicas como ClinVar, ampliamente usadas tanto por médicos como por investigadores en todo el mundo para verificar si una variante es benigna, patogénica o continúa catalogada como variante de significado clínico incierto, aparece la clasificación que nosotros hemos otorgado a las variantes analizadas. Es decir, que nuestros resultados están llegando a todos los rincones del planeta y van a ser cruciales para muchas familias con cáncer de mama hereditario», celebra la investigadora del IBGM.

A nivel personal, admite que su mayor triunfo fue haber defendido su tesis doctoral

el pasado 23 de febrero delante de sus compañeros de trabajo, familiares y amigos. «Fue muy emocionante», admite. A esto se suma el premio CaixaBank Innovador Joven del suplemento Innovadores del periódico EL MUNDO DE CASTILLA Y LEÓN. «Ha sido una sorpresa enorme y un orgullo muy grande porque ves que el esfuerzo de estos años tiene su recompensa y reconocimiento».

En su opinión, para que España pueda ser puntera debería de duplicar su inversión pública en I+D+i. Es verdad, expone, que en estos últimos años se ha ido incrementando

«Tenemos en nuestras manos la opción de diseñar medidas que mejoren la situación en I+D+i»

«La investigación y la innovación son la mejor baza que podemos jugar para afianzar el futuro»

progresivamente el porcentaje de PIB destinado a I+D+i, alcanzando en nuestro país el 1,44% en 2022. No obstante, lamenta que nuestro país sigue estando por debajo de los niveles de inversión promedio europeos (2,2% del PIB en 2022).

En el caso concreto de la investigación en cáncer, la investigadora del IBGM subraya que el crecimiento en la financiación en los últimos diez años procede casi en su totalidad de la inversión privada y de la filantropía. «Esto es un gran error, sobre todo a medio y lar-

go plazo, ya que la generación de conocimientos es un proceso estrechamente ligado a la competitividad y a la generación de riqueza en un país. Lo que se ha hecho hasta ahora no lo podemos cambiar, pero lo que vendrá está todavía por definir. Tenemos en nuestras manos la opción de diseñar medidas que mejoren la situación española en I+D+i y, por ende, nuestro bienestar futuro», reflexiona.

Desde su punto de vista, la sociedad valora muchísimo el trabajo de los investigadores. Eso sí, tiene claro que para que la sociedad premie el talento y la innovación, los investigadores tienen que hacer el esfuerzo de salir a la calle a contarle a la gente inexperta en sus áreas qué es lo que están haciendo y qué resultados están obteniendo. De hecho, dice que son muchas las personas que se han acercado a ella después de dar una charla divulgativa para darle la enhorabuena y ánimos para continuar investigando, a pesar de las dificultades que ello conlleva, sobre todo en lo que a estabilidad laboral se refiere. «La sociedad tiene clarísimo que la investigación y la innovación son la mejor baza que podemos jugar para afianzar el futuro de nuestro país, solo falta que eso se traduzca en un incremento sustancial en inversión pública en I+D+i».

De cara al futuro, Sanoguera Miralles avanza que tiene muchas ideas como la sustitución de las líneas celulares, en las que incorporan sus minigenes con las distintas mutaciones para determinar qué efectos ejercen sobre el proceso de *splicing*, por organoides, estructuras tridimensionales similares a un órgano diminuto creadas en el laboratorio a partir del cultivo de células tumorales o células madre de una persona y, por tanto, una aproximación más pertinente del entorno in vivo desde un punto de vista fisiológico.

SORIA

SANIDAD

ACTUALIDAD

La Junta niega el desmantelamiento del Virgen del Mirón y habla de «malentendido»

Asegura que el aviso al personal de medicina interna del traslado no sólo para el verano «no se explicó de manera correcta» / La delegada destaca que el hospital «ni se vende ni se alquila» y que seguirá siendo asistencial

MILAGROS HERVADA SORIA

La delegada territorial de la Junta de Castilla y León en Soria, Yolanda de Gregorio, negó que se vaya a producir un desmantelamiento del Hospital Virgen del Mirón y señaló que el aviso trasladado al personal de medicina interna de este centro de que tras el traslado en verano al Hospital Santa Bárbara ya no regresaría es «un malentendido». De Gregorio aseguró que en la última junta de personal en la que se informó a los trabajadores sobre las posibles reorganizaciones «no se explicó de manera correcta». Es decir, que el servicio de medicina interna del Mirón, llevado al Santa Bárbara, regresará tras el verano, e incluso antes si fuera necesario, recaló la delegada.

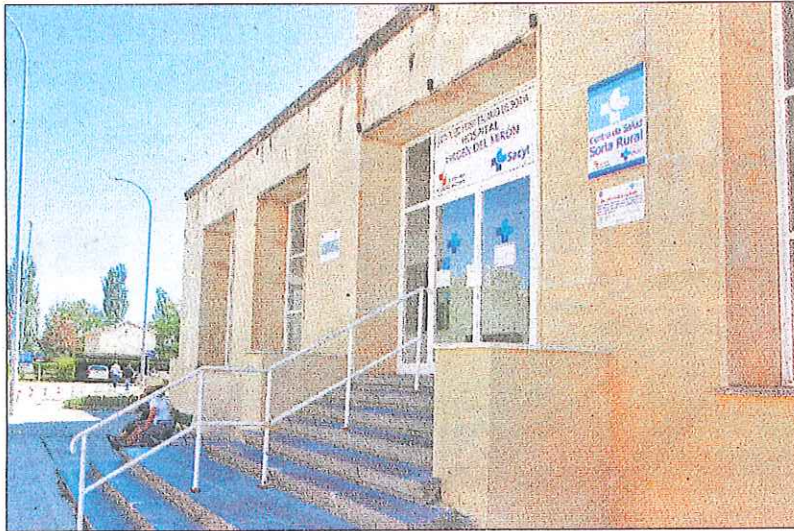
Según insistió, el Hospital Virgen del Mirón «ni se vende ni se alquila», queriendo así desmentir lo que calificó de «bulos» sobre otro posible destino. «Lo desmiento categóricamente. Seguirá como centro sociosanitario y asistencial», recaló, rechazando que se vaya a producir un cierre.

La Junta de Castilla y León defiende que tanto el Virgen del Mirón como el Santa Bárbara conforman un complejo hospitalario e «integrado», y como tal pueden compartir servicios y prestaciones, en virtud de la cartera de servicios para una mayor prestación asistencial.

De hecho, De Gregorio avanzó que habrá nuevas en breve tiempo, sin querer adelantar contenidos, pero que se implantarán y aprovecharán todos los espacios del complejo hospitalario, «tanto del Mirón como del Santa Bárbara».

«Será en función de la nueva cartera de servicios, igual que se creó rehabilitación cardíaca», puso como ejemplo.

Manifestó que incluso se podrán tener servicios en los dos centros hospitalarios, como es el caso de me-



La delegada territorial de la Junta recalca que el Virgen del Mirón no se cierra. MARIO TEJEDOR

dicina interna y también podría ser el de psiquiatría.

Contestó así a las sospechas sindicales de que la unidad de psiquiatría se trasladará del Virgen del Mirón al Santa Bárbara, donde el proyecto de ampliación y reforma le asigna ya un espacio. «Figuraba en el plan funcional de 2008 del Hospital Santa Bárbara pero desde entonces han cambiado las cosas y todo se analizará», explicó la delegada, añadiendo que la atención psiquiátrica podría compartirse. «Cuando acaben las obras del Santa Bárbara se verá qué servicios se han de compatibilizar», avanzó De Gregorio.

Antes de nada, por lo tanto, tendrán que finalizar las obras de ampliación y reforma del Hospital Santa Bárbara y a partir de entonces se llevará a cabo «una reestructuración de cómo lo queremos», matizó, re-

calcando que la ejecución va en plazo y para finales del mes de julio esperan que esté ya terminado el nuevo edificio que albergará la unidad de radioterapia, la de diálisis y el hospital médico y el hospital de día oncohematológico, entre otros servicios.

En ese sentido, adelantó que plantean la ejecución de obras en el Hospital Virgen del Mirón, pero ya será cuando finalicen las que se están llevando a cabo en el Santa Bárbara pues será entonces cuando «se verá qué se necesita». Recordó la delegada territorial que actualmente se están acometiendo labores de climatización en el centro de salud Soria Rural, que se halla ubicado también en el edificio del Virgen del Mirón.

De esta manera, De Gregorio quiso zanjar las sospechas de que los servicios prestados en el Hospital

Virgen del Mirón se trasladarán al nuevo centro hospitalario ahora en obras y que se quedará sin uso.

No obstante, desde el PSOE y Soria Ya aprovecharán el pleno de las Cortes de Castilla y León que se celebra hoy para preguntar directamente al consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, sobre las condiciones actuales y el futuro del Hospital Virgen del Mirón.

El PSOE de Soria pidió ayer a la Junta que agilice la mesa de trabajo para estudiar el futuro del Hospital Virgen del Mirón con un plan de servicios, inversiones y evolución. La procuradora soriana Judith Villar espera la contestación a la batería de preguntas registradas en mayo y junio sobre el complejo hospitalario, y lamentó el desmantelamiento progresivo del mismo.

La socialista recordó que en ma-

COMIENZA LA FORMACIÓN DEL DENSITÓMETRO

El nuevo densitómetro digital ya está instalado en el Hospital Virgen del Mirón y ha comenzado la formación de los profesionales para su manejo, apuntó la delegada territorial de la Junta, Yolanda de Gregorio, quien avanzó que en breve empezarán a realizarse las pruebas. «Ya están llamando a los pacientes y haciendo las prácticas», afirmó De Gregorio sobre las pruebas de densidad ósea, que llevan paralizadas desde finales del mes de febrero por la avería del anterior equipamiento. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria adjudicó el suministro del nuevo densitómetro por 50.200 euros a finales del mes de mayo.

yo de 2023 ya se presentó una pregunta en las Cortes sobre el futuro y la respuesta del consejero fue «garantizar que seguirá operativo», pero calificó de «imprudente desvelar el uso», indicando que «se adaptará a lo que demande la población».

La procuradora recordó, «llevamos años insistiendo, tenemos el acuerdo del alcalde de Soria y el presidente de la Junta para una mesa de trabajo y consideramos vital poner en marcha esa herramienta de participación para, entre todos y todas, avanzar en su futuro y despejar las dudas».

La procuradora socialista pide a la Junta que ponga en marcha de forma inmediata la mesa de trabajo que acordó el presidente autonómico y el alcalde de Soria para avanzar en el futuro del Hospital Virgen del Mirón y despejar las dudas.

UGT denuncia que la falta de profesionales sanitarios se debe a la mala gestión de la Consejería de Sanidad

SORIA

UGT Servicios Públicos Castilla y León ha presentado sus propuestas para solucionar el problema de los puestos sanitarios de difícil cobertura y que ya trasladó la Consejería de Sanidad para su debate en la mesa sectorial de Sanidad. El secretario general de UGT Servicios Públicos de Castilla y León, Tomás Pérez, acusó a los responsables sanitarios de la Junta de «mala gestión».

UGT desglosó sus propuestas, que

se concentran en dos vías de actuación, por un lado, la cuantificación de las plazas de difícil cobertura y, por otro, su incentivación. En cuanto al primer aspecto, consideran «imprescindible» la descripción, cuantificación y características que implican que una plaza, de la categoría que sea, se considere de difícil cobertura, para lo que debe tenerse en cuenta una serie de características, como las relativas a las propias del lugar del trabajo (distancias de los desplazamientos, tur-

nas, vacantes), las de la población diaria (necesidades de los usuarios, número de pacientes, envejecimiento, densidad de población y sobrecarga estacional) y las de tipo socioeconómico (precio medio de alquiler/compra de la vivienda, condiciones de conciliación). Respecto a la incentivación de las plazas de difícil cobertura, deberían ser tanto económicas como no económicas. Un complemento retributivo específico, por cobertura y permanencia mínima de periodicidad re-

visible; ayudas para desplazamiento o vivienda; así como la opción de prolongar la edad de jubilación parcial o total y poder acogerse a la jubilación activa mejorada. Las medidas no económicas, la flexibilidad en la jornada laboral, pudiendo concentrarla en 4 días; aumentar la baremación tanto para las bolsas de empleo, en un 50% de los servicios prestados, como en los procesos selectivos y concurso de traslados, en el 40% de los servicios prestados.



Centros de Reconocimiento Médico

PERMISOS DE CONDUCIR Y DE ARMAS

Lunes a Viernes:

Mañanas de 9.30 a 13.30 horas.

Tardes de 16.30 a 18.30 horas.

Santo Domingo de Soria, T. 975 21 26 41. SORIA

En Almazán: martes, de 10.00 a 13.30 horas

Registro sanitario 42-C2510-003

En Ágreda: miércoles, de 16 a 19.30 horas

Registro sanitario 42-2510-002

Cita previa: 975 212 641

Registro Sanitario JCYL 42-C2510-0001

Registro DGT 50-0001



La vallisoletana Eva Hernando Monge, profesora del departamento de Patología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York. / EL MUNDO

MEJOR PROYECTO DE VALLADOLID

En el 'talón de Aquiles' de la metástasis

La vallisoletana Eva Hernando Monge lidera su propio laboratorio en la Universidad de Nueva York, donde estudia por qué algunos melanomas primarios metastatizan y otros no / También analiza los mecanismos de adaptación a órganos díscales como el cerebro o los huesos

E. LERA / VALLADOLID

Eva Hernando Monge trabaja desde hace casi 25 años en Estados Unidos. Allí, muy lejos de su tierra, está centrada en encontrar los talones de Aquiles de la metástasis. Un objetivo difícil al que llegó tras estudiar Química hasta tercero en la Universidad de Valladolid y los dos últimos cursos, Bioquímica y Biología Molecular, en la Autónoma de Madrid, donde también cursó la tesis y el doctorado.

Nació en la capital del Pisuerga en el seno de una familia humilde; su padre, trabajador de Renault, y su madre, ama de casa. Orgullosa de sus orígenes y agradecida por todas las oportunidades que le brindaron, vivió un sueño forjado a base de esfuerzo, trabajo y constancia. Se trasladó a Estados Unidos gracias a una beca de Caja Madrid.

En el Memorial Sloan-Kettering se formó como postdoctoral, pasó a ser un research associate, que es el equivalente a un científico junior, en el laboratorio del oncólogo Carlos Cordon-Cardó. En ese tiempo también colaboró con el doctor Scott Lowe en el laboratorio Cold Spring Harbor. En 2006 llegó su oportunidad. La contrataron como profesora en la Universidad de Nueva York. Poco a poco fue subiendo posiciones porque, según explica, la academia en Estados Unidos funciona, que cuando una persona termina su formación, dependiendo de sus logros y éxitos, va compitiendo por posiciones para convertirse en jefe de laboratorio.

Cuando cruzó esa ansiada línea de meta decidió que trabajaría en cáncer, en concreto en metástasis. Sabía de lo que hablaba. Hernando Monge hizo la tesis doctoral del parvovirus. En esta línea, explica que esta

enfermedad tiene que ver con el ciclo celular, es decir, una «especie de reloj biológico» que tienen las células para saber cuándo tienen que dividirse, cuántas veces y cuándo dejar de hacerlo. En el momento que esta peculiar sintonía se rompe, algo pasa. Eso es lo que sucede en los tumores malignos, el ciclo celular se altera y eso hace que las células no respondan a los estímulos de parada y empiecen a dividirse de forma incontrolada.

Ahí no se quedaron sus ganas de conocer todos los porqués. Posteriormente, estudió los mecanismos biológicos que regulan ese ciclo y qué clic se activa para que las células sepan que tienen que parar o continuar en la división celular. Una curiosidad que aún sigue presente porque continúa estudiando el cáncer y, sobre todo, la metástasis (la diseminación de un tumor desde su origen inicial hasta otro órgano) en uno de los cánceres más agresivos y metastásicos, como es el melanoma, que se origina en la piel y se mide en milímetros, pero de ahí pasa a diseminarse al pulmón, al hígado y, en ocasiones, al cerebro.

Su laboratorio, detalla, se centra en tres líneas principales de investigación: entender por qué algunos melanomas primarios se metastatizan y otros no. El objetivo es distinguir qué pacientes están en mayor riesgo y, por tanto, deben recibir terapia adyuvante tras extraer quirúrgicamente su melanoma en la piel, mientras que otros pacientes tienen bajo riesgo y pueden evitar los efectos secundarios de la inmunoterapia, e identificar los mecanismos que determinan el comportamiento metastático que pueden ser combatidos para prevenir la metástasis.

De igual forma, estudia los mecanismos de adaptación a órganos díscales como el

cerebro o huesos. «Hemos encontrado ciertas poblaciones de células del sistema inmunitario que parecen ser utilizadas por los tumores para evadir la respuesta inmune. Estamos estudiando si eliminar de manera específica esas células reduce la capacidad del melanoma de invadir otros órganos», indica antes de subrayar que otro punto importante en el que están haciendo hincapié es en entender los mecanismos de resistencia a las terapias dirigidas y a la inmunoterapia para restaurar su eficacia y maximizar su potencial.

«España debería hacer un mayor esfuerzo de inversión en I+D porque esos avances revierten en el país»

«Una alianza entre los sectores privado y público podría propulsar el progreso en el campo de la salud»

En su opinión, la investigación y la innovación son las claves del progreso de todo país. «España debería hacer un mayor esfuerzo de inversión en I+D, porque en última instancia esos avances revierten en la productividad del país. En particular, en la investigación biomédica la creatividad y la innovación son absolutamente necesarias porque el cáncer es una enfermedad muy compleja y las células tumorales son capaces de evolucionar para escapar al efecto de las terapias», afirma Eva Hernando Monge, que acaba de recibir

el premio al Mejor Proyecto de Valladolid del suplemento Innovadores de EL MUNDO DE CASTILLA Y LEÓN.

En esta línea, tiene claro que el peso de la financiación de la investigación biomédica no puede recaer exclusivamente sobre el Estado y las administraciones públicas. «Su contribución es absolutamente necesaria pero insuficiente. Es importante que los centros de investigación y universidades colaboren con las empresas biotecnológicas y farmacéuticas para apoyar proyectos ambiciosos que puedan llevar nuevas ideas a la práctica clínica de forma más rápida y eficiente. Una alianza entre los sectores privado y público, academia e industria, junto con fondos filantrópicos, podría propulsar el progreso en el campo de la salud y la investigación biomédica».

Del logro del que se siente más orgullosa esta vallisoletana, según reconoce, es de las investigaciones sobre la metástasis en el cerebro, ya que les están ayudando a entender cómo las células tumorales son capaces de adaptarse a un tejido inhóspito, y esos estudios están revelando potenciales puntos débiles. «Entender esas vulnerabilidades está ofreciendo nuevas dianas terapéuticas específicas de la metástasis que podemos utilizar contra el tumor», celebra Hernando Monge, quien agrega que el siguiente paso será diseñar nuevos inhibidores contra esas dianas que puedan ser probados en pacientes.

Recibir este reconocimiento en su tierra es, tal y como indica, un honor y una razón más para seguir trabajando duro para conseguir mayores avances. Galardonó al que suma el Premio Castilla y León de Investigación Científica y Técnica e Innovación en su última edición.

PAPEL CIENCIA

RECREA SU CEREBRO

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL DISEÑA UNA RATA VIRTUAL

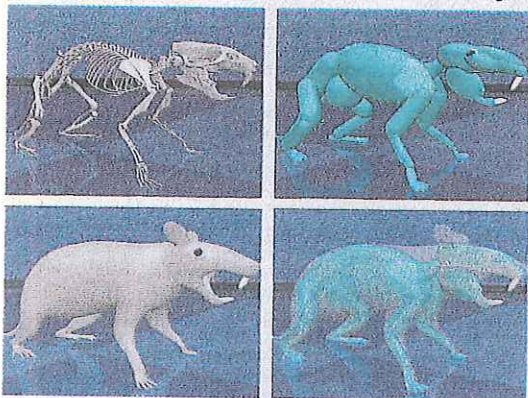
Por Miriam Leva González

Cómo el cerebro controla y coordina nuestros movimientos sigue siendo un misterio para los neurocientíficos, y hasta la fecha, ningún robot ha podido emular la agilidad humana y animal. Sin embargo, una rata virtual creada por la Universidad de Harvard en colaboración con el Google DeepMind está ayudando ahora a descifrar el funcionamiento del cerebro.

Basándose en datos de movimientos registrados en ratas reales, los investigadores de un estudio publicado esta semana en la revista *Nature* han sido capaces de recrear una rata en 3D que ha sido entrenada para moverse en el plano digital como lo haría una rata real. Estos datos se introdujeron en una red neuronal artificial que emula el cerebro de la rata para que controle su cuerpo virtual.

Bence Olveczky, profesor del Departamento de Biología Organísmica y Evolutiva e investigador principal del estudio, ya había realizado entrenamientos con ratas reales para estudiar sus circuitos neuronales. Ahora, gracias a la inteligencia artificial (IA), asegura el investigador principal del estudio en el comunicado de prensa, las simulaciones virtuales pueden abrir toda un área sin explotar de la neurociencia. Los animales simulados con IA son entrenados para comportarse como animales reales y proporcionan modelos totalmente transparentes para estudiar sus circuitos neuronales. Entre las aplicaciones de este modelo virtual, señala el experto, se puede observar cómo ciertas enfermedades pueden afectar a los circuitos neuronales.

Por su parte, Matthew Botvinick, coautor y director senior de investigación de Google DeepMind, asegura



Modelo de roedor virtual recreado con inteligencia artificial. GOOGLE DEEPMIND

que han aprendido mucho recreando sistemas de IA que no solo tienen que pensar de manera inteligente, sino que también deben traducir ese pensamiento en acción física en un entorno complejo.

La red neuronal artificial desarrollada por este equipo aprendió a reproducir los movimientos deseados tras recibir una trayectoria de referencia y, con ello, la rata aprendió a imitar una serie de comportamientos, incluso aunque no hubiera sido entrenada explícitamente para algunos. El siguiente paso será dar autonomía a la rata virtual para enfrentarse a tareas similares a las de las ratas reales.

Aunque la investigación está dirigida a descubrir el funcionamiento del cerebro, sus autores añaden que esta plataforma puede tener otras aplicaciones, como diseñar mejores sistemas de control robótico.

La revista diaria de EL MUNDO. Sábado, 15 de junio 2024

ONCOLOGÍA

RIESGO MUY BAJO DE UN SEGUNDO CÁNCER CON TERAPIA CAR-T

Por Sonia Moreno

El riesgo de desarrollar un cáncer sanguíneo secundario asociado a la terapia con células CAR-T es muy bajo. Los beneficios de este tratamiento indicado en pacientes con linfoma, leucemia o mieloma múltiple superan con creces la escasa probabilidad de desarrollar el efecto secundario, según vienen reiterando los especialistas implicados en este tratamiento. Ahora también lo confirma un estudio llevado a cabo en la Universidad de Stanford, en California y cuyas conclusiones publica esta semana *The New England Journal of Medicine (NEJM)*.

El revuelo surgió hace unos meses cuando la agencia del medicamento estadounidense FDA emitió una advertencia sobre un riesgo de cánceres secundarios que podían tener un origen en el empleo de la terapia CAR-T. Esta inmunoterapia celular ha aumentado la supervivencia de forma significativa en pacientes con ciertos cánceres hematológicos.

Entre los más de 30.000 enfermos tratados en EEUU con las CAR-T, se han notificado unos 25 casos de cáncer de célula T supuestamente asociados a la terapia, una cifra que en sí misma denotaría débil relación, pero que se está investigando exhaustivamente. «Es un trabajo científicamente impecable que pone negro sobre blanco lo que ya otros han mostrado: las preocupaciones no son más que esto y los eventos secundarios no dependen de manera clarísima de la propia terapia CAR-T», subraya a SMC Manel Juan, jefe del Servicio de Inmunología en el Hospital Clínic de Barcelona.

En el trabajo del NEJM, los investigadores han analizado 724 pacientes que recibieron la terapia CAR-T en su centro. Los autores informan de una incidencia relativamente baja de cánceres secundarios, en consonancia con datos anteriores: cerca del 6,5% a lo largo de tres años de seguimiento de mediana, un riesgo similar al que asocia el trasplante de células hematopoyéticas. Tan solo una persona falleció por el cáncer de células T, motivo por el cual se estudió en detalle. Se trataba de una mujer de 59 años que desarrolló el linfoma de células T positivo para el virus de Epstein-Barr a los 54 días de recibir la infusión de CAR-T dirigidas a CD19 para tratar su linfoma B difuso de células grandes (LBDCG).

Cabe destacar que el LDCBG y el linfoma de células T compartían idénticas mutaciones (DNMT3A y TET2), y que no se hallaron indicios de integración del vector CAR en el linfoma de células T, lo que sugiere que este segundo cáncer no estaba directamente relacionado con la terapia celular. De hecho, los autores sugieren que probablemente se debió a la inmunosupresión causada por la terapia con células CAR-T, más que a las propias células CAR-T: el sistema inmunitario debilitado permitió que las células cancerosas preexistentes, pero no detectadas previamente, crecieran de forma explosiva en el paciente.

«Estos resultados ayudarán a los investigadores a centrarse en la supresión inmunitaria que puede preceder y a menudo sigue a la terapia con células CAR-T», afirma David Miklos, uno de los autores principales del estudio. También «servirá de modelo para captar y caracterizar los resultados de las terapias CAR-T, de modo que podamos desarrollar una comprensión muy clara de sus riesgos y beneficios», añade el también autor principal Ash Alizadeh. «Se trata de terapias que salvan vidas y conllevan un riesgo muy bajo de cánceres secundarios. El reto estriba en cómo predecir qué pacientes corren más riesgo y por qué».

MEJOR PROYECTO DE LEÓN

El mejor cuidador del cerebro del mundo

Iván Martínez Valbuena trabaja en la incorporación de nuevas herramientas a la neuropatología para tratar a los pacientes de una manera más personalizada / Ha recibido el premio Franz Nissl como mejor investigador internacional de su especialidad menor de 35 años

E. LERA/VALLADOLID

Fue un flechazo. El leonés Iván Martínez Valbuena se enamoró del cerebro. Por esta razón, decidió que su futuro profesional estaría marcado por el órgano más complejo de nuestro cuerpo. Estudió el grado en Bioquímica en la Universidad de Navarra. Con la mochila repleta de conocimiento decidió seguir sumando más contenidos que aprendió en el máster en Neurociencia y un doctorado en Neurología en el mismo centro.

«Desde el colegio sabía que quería hacer algo relacionado con ciencias de la salud, aunque no sabía muy bien qué. En el último año de Bachillerato fui a visitar la Universidad de Navarra y me hablaron de un grado nuevo que iba a empezar focalizado en investigación biomédica, me convenció y me fui a estudiar a Pamplona», apunta.

Una vez que había empezado la carrera, en tercero, le ofrecieron la posibilidad de hacer prácticas en el centro de investigación biomédica adscrito a la Universidad, el CIMA, donde tuvo la suerte de investigar la base genética de la enfermedad de Parkinson. Desde entonces este leonés empezó a descubrir el mundo de las dolencias neurodegenerativas. De hecho, realizó el doctorado, en el que investigó la relación que tienen las patologías neurodegenerativas con la diabetes tipo 2.

Después de finalizar la tesis doctoral, Martínez Valbuena se marchó a hacer una estancia postdoctoral para más tarde incorporarse como personal investigador en el centro de enfermedades neurodegenerativas de la Universidad de Toronto y del Toronto Western Hospital.

En su laboratorio, según explica, trabajan en dos líneas. La primera se basa en establecer una nueva clasificación de las enfermedades neurodegenerativas. «Nuestra idea es que, en un futuro cercano, podamos establecer subgrupos, como pasa en el cáncer, de pacientes que tienen párkinson o alzhéimer. Esto es muy importante porque lo que ahora sabemos es que cada enfermo es diferente, y que las cosas que suceden en el cerebro de cada paciente con estas enfermedades son únicas, por lo que es muy difícil encontrar un tratamiento que funcione para todas las personas a la vez», comenta antes de añadir que es como si quisiéramos encontrar un tratamiento que curara todos los tipos de cáncer.

La otra línea en la que están trabajando es en la de crear nuevas herramientas que permitan detectar estas patologías antes de que comiencen los primeros síntomas. «Esto es clave, ya que, por ejemplo, en el párkinson cuando los pacientes acuden con los primeros síntomas, sabemos que ya se han perdido el 30% de las neuronas de la zona del cerebro afectada por esta enfermedad, haciendo muy difícil detener en ese punto su progresión». Lo que ahora mismo tienen más avanzado es un sistema que les ayuda a diagnosticar, de manera rápida y barata, a pacientes con párkinson y con atrofia multisistema utilizando una biopsia de piel de su cuello.

Su rutina de lunes a viernes es bastante parecida. Antes de ir al laboratorio realiza deporte, luego acude a su puesto de trabajo hasta



Iván Martínez Valbuena, investigador de la Universidad de Toronto y en el Toronto Western Hospital. / E.M.

las seis de la tarde. La parte buena de vivir en una ciudad como Toronto, indica, es que siempre hay algo que hacer después de trabajar o los fines de semana.

Preguntado por la situación de la investigación y la innovación en España, asegura que a nivel global de producción científica o en patentes no podemos compararnos con países que invierten mucho más en investigación o que tienen un tejido empresarial mucho más consolidado. Sin embargo, añade, España forma a muy buenos investigadores, y que con

los recursos disponibles que tiene, en líneas generales, se hace muy buena investigación.

Es verdad, tal y como considera el leonés, en los últimos años se ha mejorado un poco la financiación en España, pero aún estamos muy lejos de la inversión en investigación y desarrollo de otros países. Es más, sostiene que para conseguir que España sea puntera en investigación, es muy importante, por una parte, fomentar la colaboración público-privada como pasa en otros países y, por otra, ser capaces de retener o de atraer de vuelta a Es-

paña el talento que se va a otros países porque las condiciones laborales son mejores.

A su juicio, después de la pandemia la gente ha empezado a valorar más la importancia de la innovación. «Todos vimos cómo otros países fueron mucho más rápidos a la hora de desarrollar vacunas o tratamientos, no por falta de talento en España, sino por la diferencia que hay en medios con respecto a otros países», lamenta.

A esto se suma, señala, que los científicos tienen que mejorar a la hora de comunicar qué están haciendo y, en caso de recibir financiación pública, explicarles a los ciudadanos en qué están gastando el dinero de sus impuestos y cómo este dinero es una inversión para mejorar su calidad de vida o la de sus familiares y amigos en un futuro.

Sus reflexiones sobre la investigación y la innovación en España nos recuerdan la importancia de invertir en el talento local y mejorar la comunicación científica. En un futuro donde la ciencia y la innovación desempeñarán un papel aún más crucial, personas como Iván Martínez Valbuena muestran el camino hacia un mundo más saludable y prometedor. Su reciente premio ISN Franz Nissl 2023 es un testimonio de su excelencia y su contribución al avance de la ciencia.

«Aunque se ha mejorado, aún estamos muy lejos de la inversión en investigación de otros países»

«Los científicos tenemos que mejorar a la hora de explicar en qué gastamos el dinero de los impuestos»

En este punto, admite que este reconocimiento supone uno de los mayores logros de su vida. A esto se suma el premio al Mejor Proyecto de León del suplemento Innovadores del periódico EL MUNDO DE CASTILLA Y LEÓN. «Es un verdadero honor que los miembros del jurado me hayan considerado para este galardón. No puedo estar más que agradecido a todas las personas que han confiado en mí para poder desarrollar todos estos proyectos de investigación a lo largo de estos años, y por supuesto, a mi familia».

De cara al futuro, avanza que quieren poder refinar y validar una nueva forma de diagnosticar la enfermedad de Parkinson, la atrofia multisistema y la parálisis supranuclear progresiva, que consiste en hacer al paciente una pequeña biopsia de piel y un análisis de sangre, y con eso se va a poder saber si tiene alguna de las formas patológicas de proteínas que causan estas dolencias. Celebra que ya estén apareciendo algunos tratamientos que pueden enlentecer un poco la progresión de estas patologías. Por ello, considera esencial poder contar con métodos diagnósticos rápidos, baratos y que se puedan utilizar al inicio de los síntomas para poder tratar a los pacientes con los nuevos fármacos lo antes posible.



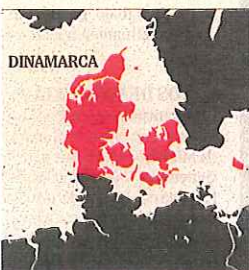
COCINA FÁCIL Y RÁPIDA.

Los fideos instantáneos se han extendido desde el Lejano Oriente a todo el mundo, con toda clase de variantes.

E. HOSHIKO / AP

LA MIRADA DEL CORRESPONSAL

POR PEDRO POZA MAUPAIN



Un consumidor perplejo, probablemente tan indignado como dolorido tras martirizar su paladar con una de las variantes ultrapicantes de fideos instantáneos Buldak, ha conseguido que las autoridades de Dinamarca prohíban la venta de estos famosos *noodles* surcoreanos.

El ciudadano en cuestión preguntó al Instituto de Alimentación danés si la venta de los fideos más picantes, muy populares en diversos desafíos en redes sociales, cumplía la legalidad vigente en la materia. La respuesta de este organismo, dependiente del Ministerio de Alimentación, Agricultura y Pesca, ha sido ine-

Las autoridades danesas prohíben las variantes con más chile de la marca Buldak, muy populares en desafíos en redes sociales, por considerarlas potencialmente peligrosas para la salud

Stop a los fideos ultrapicantes surcoreanos

quívoca: son potencialmente perjudiciales para la salud y deben retirarse del mercado. A los consumidores que los tengan en sus casas se les recomienda que los desechen o devuelvan.

«El chile en grandes cantidades supone un riesgo, sobre todo para niños y adultos frágiles. Los posibles síntomas son ardor y malestar, náuseas, vómitos e hipertensión. Por eso exigimos ahora que las tiendas retiren estos artículos de sus estanterías», explicó Henrik Dammand Nielsen, jefe de unidad en el Instituto. «Los niveles de capsaicina son incluso mayores en los fideos estudiados

que en los nachos con chile que ya han provocado varias intoxicaciones en niños en Alemania. Por tanto, es importante que los padres conozcan cuáles son estas variantes extremas de fideos y las eviten». La capsaicina es el compuesto químico natural que confiere su picor a los chiles.

Estos *noodles* *ultras* capaces de provocar intoxicaciones agudas a los que Dammand Nielsen se refiere casi como si fuesen peligrosos extremistas políticos se venden con los nombres de Samyang Buldak Hot Chicken Flavor Ramen 3xSpicy, Samyang Buldak Hot Chicken Flavor Ramen 2xSpicy y Samyang Bul-

dak Hot Chicken Stew.

Samyang, la empresa surcoreana que los comercializa, reaccionó con sorpresa. «Entendemos que las autoridades han retirado estos productos no por un problema con su calidad, sino porque son demasiado picantes», indicó en un comunicado oficial enviado a los medios. «Exportamos estos artículos globalmente, pero esta es la primera vez que han sido retirados por la razón anteriormente mencionada».

Fáciles de encontrar en muchos supermercados daneses, los fideos instantáneos son protagonistas habituales en desafíos en TikTok, Instagram y otras redes, sobre todo entre niños y jóvenes. El reto consiste en tolerar como buenamente se pueda su alta intensidad de picante. En Alemania, varios menores han sido hospitalizados por intoxicación tras comer nachos ultrapicantes de la marca Hot Chip.

Pese a que la comida tradicional de Dinamarca no se caracteriza en absoluto por ser picante, de aquí procede una de las personalidades más legendarias del mundo del chile, Claus Pilgaard, más conocido como Chili Klaus. Aparte de comercializar una línea de productos con chiles extrapicantes, Pilgaard adquirió una enorme popularidad por videos en YouTube en los que invitaba a personas famosas a comer junto a él chiles

frescos excepcionalmente fuertes. Un presentador de una televisión brasileña que probó la experiencia acabó en urgencias.

Los fideos Buldak fueron lanzados en 2012 por la empresa Samyang

fundada en 1961 y a la que se atribuye la introducción de los primeros *noodles* instantáneos en Corea del Sur en 1963. La cocina coreana es conocida por sus sabores picantes y, en cierto modo, los fideos Buldak están diseñados para satisfacer estas preferencias, pero su picor extremo va más allá de la tradición culinaria local y responde en gran parte a una estrategia de marketing que los ha convertido en un fenómeno mundial.

Casualmente, este periodista, gran aficionado al chile, habaneros incluidos, probó hace unos meses la variante conocida como 2xSpicy, o sea, dos veces picante, creyendo equivocadamente (por no prestar atención al texto del paquete) que se trataba de la variante *suave* al ser el sobre de color rojo. El sobre negro resultaba más amenazador, pero era sólo la variante Spicy. Aunque en la lejanía, bajo el bombardeo de capsaicina, parecía adivinarse un sabor interesante, un servidor apenas pudo ingerir —y escupir— un único bocado antes de capitular incondicionalmente. Que exista una variante aún más picante, la 3xSpicy, se antoja inconcebible.

MEJOR PROYECTO DE SALAMANCA

En la élite de la investigación del ictus

La doctora Ángeles Almeida Parra trabaja en la identificación de mecanismos de reparación cerebral y biomarcadores de pronóstico funcional de esta enfermedad / Forma parte de la lista de los científicos más relevantes del mundo

E. LERA/VALLADOLID

Ángeles Almeida Parra creció rodeada de un ambiente científico. Recuerda con cariño las conversaciones sobre la tesis doctoral de su padre. Aunque en aquel entonces no entendía todo, esas charlas despertaron en ella una atracción por la ciencia. «Era un médico, científico y humanista fantástico y, sobre todo, una gran persona que sabía contagiar entusiasmo por lo que hacía», comenta con emoción. Su abuelo también tuvo una gran influencia, ya que solía contar historias sobre la Facultad de Medicina de Madrid y sus ilustres personajes como Ramón y Cajal, Jiménez Díaz y Juan Negrín.

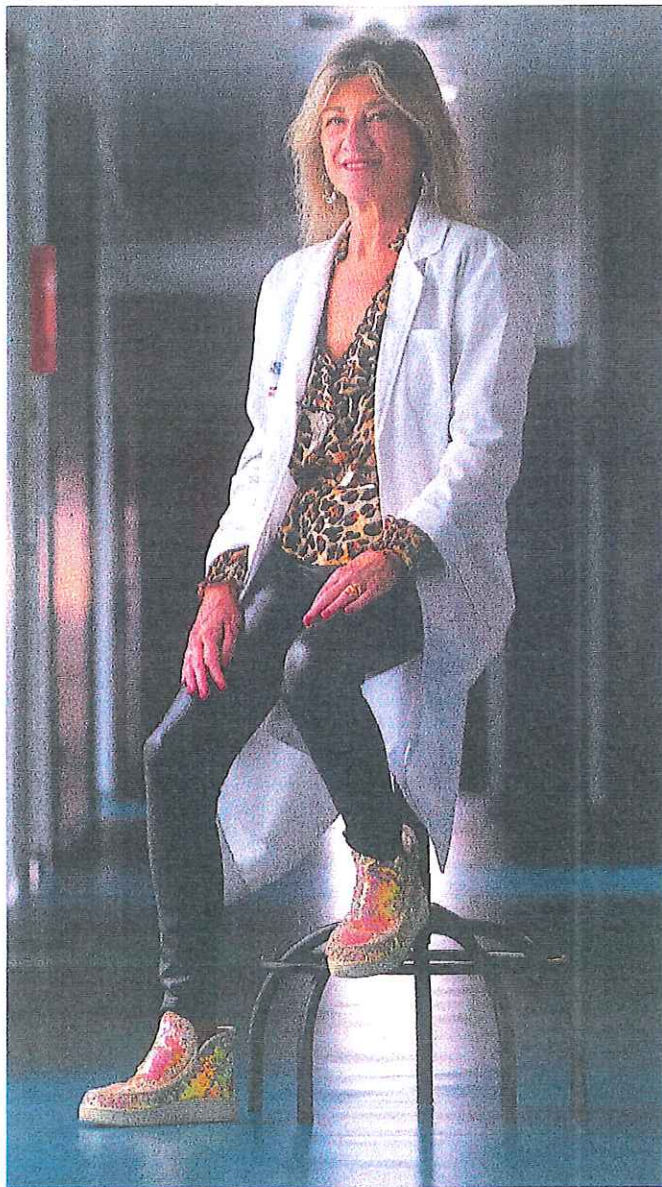
Llena de curiosidad, esta salmantina llegó al Instituto Lucía de Medrano, donde sus profesores de Biología y Química consolidaron su interés por las ciencias, llevándola a elegir la carrera de Farmacia. Aunque admite que no le hubiera importado estudiar Químicas, al mirar atrás, no se arrepiente de su elección, ya que Farmacia le brindó la formación necesaria para dedicarse a su pasión: la investigación biomédica.

Después de obtener su doctorado, obtuvo un contrato postdoctoral de la Fundación Wellcome Trust que le permitió unirse al grupo del profesor Clark en el Institute of Neurology del National Hospital for Neurology and Neurosurgery en Londres. Durante ese tiempo, comenzó a estudiar los mecanismos de la muerte neuronal tras una isquemia cerebral, tema que ha sido central en su carrera científica. «Pude demostrar la importancia de la mitocondria y su función como generadora de radicales libres de oxígeno en la muerte neuronal isquémica», afirma.

Más adelante, consiguió una ayuda del Ministerio de Educación y Ciencia que le permitió regresar a la Universidad de Salamanca para continuar estudiando los mecanismos de daño mitocondrial y muerte neuronal en recién nacidos tras una hipoxia. En el año 2000, se unió a la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Salamanca con un contrato del Sistema Nacional de Salud, subvencionado por el Instituto de Salud Carlos III.

Este contrato le permitió crear un grupo de investigación en el hospital. «Los primeros años fueron muy difíciles porque tuve que montar mi propio laboratorio con muy pocos recursos», reconoce, añadiendo que no lo hubiera logrado sin compañeros como Juan P. Bolaños, con quien sigue colaborando. En 2006, su puesto en el hospital se estabilizó con un contrato indefinido. En 2011, se fundó el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, donde es subdirectora científica y lidera el grupo consolidado de Neurobiología Molecular. En 2012 se unió al Instituto de Biología Funcional y Genómica y, en 2020, obtuvo la plaza de investigadora científica del CSIC.

En los últimos años, esta salmantina, que acaba de ser reconocida con el premio al Mejor Proyecto de Salamanca del Suplemento Innovadores, ha realizado varias estancias de investigación en prestigiosos centros ex-



Ángeles Almeida Parra, investigadora científica del CSIC, en una imagen de archivo. / ENRIQUE CARRASCAL

tranjeros como el Wolfson Institute for Biomedical Research (Londres), el Institute of Child Health (Londres) y el Institute Interdisciplinaire de Neurosciences en la Université de Bordeaux (Burdeos). Esta formación complementa su currículum, que incluye más de 100 publicaciones científicas y alrededor de 7200 citas. Figura en tercera posición entre las investigadoras de Castilla y León en la lista del World's Top 2% Scientists de la Universidad de Stanford, siendo la primera en Neurociencias.

Su proyecto más importante, tal y como explica, está centrado en la identificación de mecanismos de reparación cerebral y biomarcadores de pronóstico funcional del ictus. En concreto, detalla que identifican un polimorfismo de WRAP53 que condiciona la capacidad de la proteína de dirigirse al núcleo y, por tanto, la reparación neuronal y el pronóstico después del accidente cerebrovascular.

Por ello, Almeida Parra comenta que en los últimos meses han estado estudiando los mecanismos que regulan la entrada de la

proteína en el núcleo, con el objetivo de establecer posibles vías que permitan potenciar la supervivencia neuronal y, con ello, mejorar el pronóstico de los pacientes que sufren un ictus. «Hemos comprobado que la isquemia provoca daño en el DNA de las neuronas que hace que sean más susceptibles a la muerte. Paralelamente, y como defensa celular, la isquemia reduce mecanismos de defensa como es la activación de la reparación del DNA dañado», detalla.

De esta forma, subraya, el proceso isquémico provoca cambios estructurales en WRAP53, en concreto la oxidación de la proteína, que hace que se transloque al núcleo para reparar el DNA dañado, lo que es «esencial» para promover el efecto neuroprotector de la proteína. De igual manera, han identificado el factor que regula la expresión de WRAP53, una proteína llamada Sp1, de forma que la isquemia no solo provoca la entrada de la proteína al núcleo, sino que también aumenta su expresión, lo que hace que la reparación sea más eficiente.

Almeida Parra admite que está orgullosa de haber aportado luz a la identificación de dianas moleculares y vías de señalización que median el balance entre el daño cerebral y la activación de mecanismos de repa-

«En Castilla y León hay buenos centros e investigadores excelentes, pero se necesitan más recursos»

«Debemos invertir ahora para conseguir innovación en el futuro y ser competitivos a nivel europeo»

ración cerebral tras el daño agudo, como es el ictus, o crónico, como ocurre en la enfermedad de Alzheimer.

A su parecer, en Castilla y León hay buenos centros e investigadores excelentes, pero se necesitan más recursos para hacer una investigación puntera. «El problema es fundamentalmente de inversión y aunque en los últimos años, gracias a los fondos europeos, se ha incrementado algo el gasto en investigación, estamos aún lejos de conseguir una inversión similar a los países de nuestro entorno», lamenta Ángeles Almeida Parra, quien tiene claro que los resultados de investigación e innovación se obtienen a largo plazo y en la mayoría de los casos las administraciones quieren resultados ya, lo antes posible, y eso es algo que está en nuestra contra. «Debemos invertir ahora para conseguir innovación en el futuro y ser competitivos a nivel europeo».

La doctora en farmacia avanza que sus próximos pasos se escribirán estableciendo nuevos biomarcadores genéticos para que, junto con los que ya han descrito, poder establecer una batería que ayude a predecir de manera sólida el pronóstico funcional de los pacientes de ictus y Alzheimer.

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León, la cuarta autonomía con mejores servicios sanitarios

El informe realizado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública señala que Navarra mantiene el liderato, seguida por País Vasco y Asturias

VALLADOLID
Castilla y León asciende hasta el cuarto lugar en el Informe sobre los Servicios Sanitarios de las comunidades autónomas, realizado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Navarra mantiene la primera posición en el ránking, con 106 puntos sobre 142 posibles, seguida de cerca por País Vasco (con 105) y de Asturias, que arrebató la tercera posición a Extremadura al alcanzar el centenar de puntos.

Esas serían las cuatro autonomías con mejores servicios sanitarios de todo el país, de acuerdo con el estudio, mientras que Valencia (con 62 puntos sobre un mínimo de 33), Andalucía (con 66), Baleares (77) y Murcia (78) son las que presentan peor balance. Castilla y León es, junto con Canarias, la única que gana tres puestos en el último año, adelantando a Extremadura, Aragón y Galicia respecto a 2023, algo que le ha permitido recuperar la cuarta plaza que ya ocupaba en 2010.

Desde la Federación recalcan que el informe realiza una comparación en la situación de los servicios sanitarios entre ellos, y no una evaluación de si estos son buenos o malos de manera absoluta. De hecho, en un comunicado difundido por Ical aclaran que «el sistema sanitario público ha empeorado globalmente» desde que se llevan a cabo estos estudios, algo que consideran «es una evidencia constatable con los datos empíricos (recursos humanos, dotación, demoras, etc) y con la opinión de la ciudadanía». Por lo tanto, aclaran que «los cambios en el orden de puntuación tienen que ver no con el hecho de que algunas de las comunidades hayan mejorado sino



El consejero de Castilla y León es elegido vicepresidente del Consejo Interterritorial de Sanidad. Ical

VÁZQUEZ CULPA DE LO QUE OCURRA EN VERANO EN SANIDAD AL MINISTERIO

El Pleno del Consejo Interterritorial celebrado ayer en el Ministerio de Sanidad finalizó sin «ninguna solución para el

problema de Estado que es la falta de profesionales médicos», según denunció el consejero de Sanidad de Castilla

y León, Alejandro Vázquez, que ejerció como portavoz de las comunidades del PP a la salida de una reunión que, en sus palabras, «ha sido un mero instrumento en el que se ha ocultado la ministra para no afrontar el verdadero problema que tiene el

Sistema Nacional de salud que es la falta de profesionales».

Vázquez fue elegido vicepresidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de las comunidades autónomas gobernadas por el PP.

con que han empeorado menos que las otras». También señalan que «una buena situación relativa puede encubrir muy serios problemas en parte del territorio de esa autonomía, porque no se analizan las desigualdades in-

tracomunitarias, que existen y hay motivos para pensar que son importantes, pero sobre las que no existen datos públicos suficientes para hacer evaluaciones». En ese sentido, explican que tras la pandemia se produjo una

grave crisis de la Atención Primaria, que «continúa con esperas intolerables, con recursos insuficientes, y con graves problemas que hacen muy difícil que pueda ser el eje vertebrador del sistema sanitario».

Tumban la iniciativa del PSOE sobre la asistencia en verano

VALLADOLID
Las Cortes desestimaron una proposición no de ley presentada por el PSOE que pedía, en síntesis, garantizar la asistencia sanitaria en verano, principalmente en el medio rural, la presencia, al menos de dos días a la semana, de un pediatra, y crear tres facultades de medicina en León, Burgos y Soria, competencias «exclusivas» de la Junta, según precisó su proponente, el portavoz socialista, Luis Tudanca, quien se encargó de desglosar la propuesta, que se votó por separado por petición de Francisco Igea y Pedro Pascual.

La votación se dividió en tres puntos, todos ellos rechazados con los votos en contra de PP y Vox. Además, el apartado que solicitaba las nuevas facultades también contó con la posición contraria de Igea y Pascual, mientras que fueron apoyadas por los grupos socialistas, UPL-Soria Ya y el procurador Pablo Fernández (Podemos).

«Uno no sabe ya como explicarle a Mafiueco la importancia de la sanidad y que rectifique sobre una gestión que está siendo perjudicial para esta tierra», arrancó Tudanca, quien comparó la sanidad regional con las novelas de investigación que, admitió, leía de niño. Así, habló del «misterioso caso del consejero ausente», en referencia a Alejandro Vázquez, que hoy se encuentra en el Consejo Interterritorial de Sanidad, pero al que reprochó que «nos advierte, avisa y alerta de que habrá un verano catastrófico y cierre de camas y personal». «Uno se pregunta si es consejero o tertuliano porque es el competente para resolverlo», recordó.

Redondo culpa a la Junta del retraso en los centros para víctimas de violencia sexual

VALLADOLID
La ministra de Igualdad, Ana Redondo, culpó a la Junta de Castilla y León del retraso en la puesta en marcha de los centros de crisis para la atención integral a víctimas de la violencia sexual, que cuentan con fondos europeos, lo que se traduce, dijo, en incumplir con las mujeres de Castilla y León.

Aclaró que siete de los concursos para estos puntos se han quedado desiertos, salvo Valladolid y Burgos, y no entiende que se queiera que «las mujeres de la Comunidad sean de segunda».

Con motivo de su participación en entrega de premios del Concurso literario y artístico 8M, Redondo trasladó que «no se está toman-

do en cuenta este problema», la «tónica vivida» en esta legislatura, donde el PP y Vox «están alejando la igualdad de todas sus políticas, porque no creen en la igualdad».

De igual forma, apuntó que este motivo se vincula a la «extremada complejidad y exigencia de los concursos», por lo que en el caso de que no se flexibilicen «seguirán desiertos», y estos asuntos «se saben perfectamente en la administración y más cuando se lleva gobernando 37 años».

«Si no se han sacado los concursos como se debiera para ser atractivos y ser cubiertos con propuestas interesantes es una responsabilidad de la consejera de Familia,

Isabel Blanco, y del equipo de Alfonso Fernández Mañueco». Es más, recordó que en una reunión que mantuvo con su homóloga en el Gobierno autonómico hace unos meses obtuvo la confirmación de que en julio estaría abierta la práctica totalidad, pero «salvo el de Valladolid y Burgos, los demás tienen un importante retraso».

«Hay que pedir a la Junta que haga un esfuerzo, ya que no podemos tener ciudadanas de primera y segunda en la Comunidad ni con el resto de España. Se trata de una responsabilidad de un partido político que gobierna en Castilla y León 37 años, por lo que no hay excusa, dado que es una competencia de la Junta y están incumplien-



La ministra junto al delegado del Gobierno en Castilla y León. Ical

do con las mujeres de esta tierra», afirmó. La ministra reconoció que en su recorrido por España ya hay provincias donde estos centros están abiertos, como ocurre con el de

Pamplona, que cuenta con «recursos de última generación muy adaptados a las necesidades actuales de las mujeres en el territorio», remarcó.

Sevillanas contra la pérdida de equilibrio

Para prevenir la pérdida de equilibrio fruto de la edad es importante mantenerse activo y llevar hábitos de vida saludables, como caminar una hora diaria. Además, si se quiere ir más a lo concreto, es beneficiosa la práctica del taichi, también algunas posturas de yoga, deportes como el ping-pong o el golf, o incluso bailes como las sevillanas.



94

CASOS DE LINFOMA

anaplásico de células grandes (LACG) se han asociado a implantes de mama en España. En total, ha habido 129 sospechas que se habían reportado hasta 2023 a la Agencia Española del Medicamento.

PARA SABER MÁS | UN TESTIMONIO BASADO EN LA EXPERIENCIA

CUIDADOS PALIATIVOS ¿OCULTAR LA MUERTE A QUIEN SE MUERE?

El oncólogo Enric Benito anima a quitar el miedo al último momento y al acompañamiento consciente del paciente para que pueda vivir con plenitud su marcha

EUROPA PRESS

Nos cuesta tanto la muerte porque no nos atrevemos a vivir plenamente. Y no somos conscientes de que realmente ese miedo a la muerte que tenemos es el miedo a la vida. Creemos que morir es el final de todo y a partir de aquí nos asustamos. Y es que todos vamos a morir, nos guste o no. Pero es algo que nos sobrepasa muchas veces. Así lo explica Enric Benito, oncólogo clínico durante 20 años, que tras una crisis existencial se dio cuenta de que quería ayudar a las personas a vivir el proceso final de su vida y se formó en cuidados paliativos. Ha sido coordinador de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Salud y del Hospital Joan March en Mallorca entre 1999 y 2009, así como coordinador del Grupo de Espiritualidad, y es actualmente miembro de honor de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal).

Benito ha escrito *El niño que se enfadó con la muerte* (HarperCollins), un libro en el que a partir de experiencias reales que él ha vivido, y a través del «conocimiento clínico», aporta su sabiduría para poder vivir en plenitud este proceso, o poder acompañar de una forma más consciente durante el mismo.

«El nacimiento y la muerte son dos procesos que están bellamente organizados. Nace alguien y emerge, y cuando se acaba el tiempo para estar esa persona se muere y se sumerge. En realidad, no muere na-

da, sino que la persona desencarna y deja ese cuerpo», afirma este experto, que asegura no ser religioso, y sí hablar a partir de su experiencia clínica y empírica.

Recuerda que todas las tradiciones de sabiduría y filosofías hablan sobre el sentido de la vida, y nuestro trabajo en este mundo es ser feliz. «Si tienes miedo a la muerte es que todavía no has encontrado la respuesta de quién eres y de lo que haces aquí, y esto es lo que le pasa al 95 por ciento de ciudadanos», subraya.

Ha escrito este libro, tal y como confiesa, para desmontar este miedo a la muerte, con historias reales de pacientes, donde se muestra ese 'no quiero morir' inicial, 'por qué a mí', 'qué injusto' o 'no me gusta', a esa aceptación y trascendencia, «una última parte que la gente no conoce, y cuando has acompañado a cientos de personas en este viaje sabes que esto va así».

«Todo el mundo lucha contra la muerte. Y nuestra sociedad trata a la muerte como una enfermedad, lo cual es una estupidez propia de una civilización superficial e inmadura», remarca.

Lamenta aquí que el conocimiento académico sobre el proceso final de la vida y cómo acompañar lo es insuficiente hoy en día en la Facultad de Medicina. «Mentalmente puedes conocer las dosis de morfina que debes aportar a tu paciente, pero esto no se cura con medicamentos. Lo más difícil es hacer un viaje de la cabeza al corazón para comprender que solo tu presencia ecuaníme y serena y bien funda-



Consejos para las familias

1 Primero tienen que aceptar la realidad que no gusta, esto es lo más difícil, no podemos cambiarlo y va a pasar. Son situaciones límite, en las que te das cuenta de que la realidad se impone. Cuanto antes aceptes, antes estarás disponible. No puedes parar un tsunami con las manos.

2 Después, acompañar, acércate, dale tu presencia, cariño, afecto.

3 Cierra los asuntos pendientes, dile «te quiero», «gracias», «vamos a perdonarnos», es muy importante para irse en paz.

4 Estar presente, conectar. Lo más difícil es morir solo, pero si alguien te quiere y te acompaña y te dice que van a estar bien sin ti, el que se va percibe que los que quedan están preparados para que se vaya.

mentada sirve para acompañar. El acompañamiento lo haces de persona a persona, no tu conocimiento académico, sino tu madurez espiritual, que es la que te permite acompañar a esas personas sin miedo, con ternura», subraya.

«ES ABSURDO EVITARLO». A su vez, sostiene que «nadie muere sin saber que se está muriendo», igual que una mujer embarazada es imposible que no sepa que está a punto de dar a luz. Y cree que es fruto de

la «ignorancia» el que haya familias que decidan ocultar al enfermo que se está muriendo. «Es absurdo evitarlo», apunta Benito, que aclara que se puede morir muy sola si los que le quieren lo engañan con ello, porque no saben qué hacer. «Ocultando la muerte a un familiar no le engañan. Él sabe que se está muriendo. Se engañan a sí mismos y se separan de la persona a la que tienen que acompañar. Lo mejores hablar de ello. Si no saben cómo hacerlo, pidan ayuda», añade.

De todas formas, este experto en paliativos subraya que la gente se despiden como ha vivido y si se tenía una relación de confianza normalmente se ponen palabras a la intuición que todos tenemos. «Si te dice el enfermo, 'creo que me estoy muriendo', no le digas 'no digas estas cosas', sino 'qué necesitas'; no le tapes la boca porque lo único que haces con esto es demostrar tu incapacidad de estar con alguien que pide ayuda y que está sufriendo», advierte.

SANIDAD | LISTAS DE ESPERA

DAVID ALONSO / VALLADOLID

Diecinueve hospitales privados de Castilla y León, Madrid y Zaragoza se disputarán el 'macroconcierto' que la Consejería de Sanidad tiene abierto para realizar 25.000 cirugías menores y sujetar las listas de espera quirúrgica. Un largo listado de pretendientes que pelearán por hacerse con alguno de los nueve lotes en los que está dividido este Acuerdo Marco valorado en 22 millones de euros y que abarca más de una veintena de tipos diferentes de cirugías menores de tres especialidades —cirugía general y digestiva, angiología y cirugía vascular, y cirugía urológica—, así como intervenciones de cataratas y sepioplastia. Esta oleada de derivaciones a la sanidad privada debería comenzar, según las estimaciones de la Consejería, a partir de agosto, y entre las intervenciones previstas están cirugías como la reparación de hernias, la vasectomía, la ligadura de varices, la colecistectomía, las cataratas o la sepioplastia, entre otras. No es el único gran concierto con la sanidad privada que espera cerrar la Consejería de Sanidad, que también ultima otro de 36 millones de euros para contener la lista de espera quirúrgica en traumatología y ortopedia a medio plazo.

Tal y como ha podido saber este periódico, de los 19 hospitales privados que han sido finalmente admitidos dentro de la lista de licitadores para este 'macroconcierto' de 22 millones de euros, once tienen sede en Castilla y León, otros siete en la Comunidad de Madrid y uno en Zaragoza capital. Hay que recordar que el pliego elaborado por Sanidad solo especificaba que el centro privado al que se derive al paciente debe

El 'macroconcierto' de Sacyl para externalizar 25.000 cirugías atrae 19 hospitales

Once centros privados de Castilla y León, siete de Madrid y uno de Zaragoza pelearán por los nueve lotes de un concierto de cerca de 22 millones de euros



Imagen de un grupo de sanitarios realizando una operación quirúrgica. / R.V.

estar a «menos de 250 kilómetros por carretera» de los hospitales de las gerencias de las nueve provincias de Castilla y León.

Esto dejaba un radio de acción que abarca una decena de comunidades a las que podrían tener que desplazarse los ciudadanos para someterse a las intervenciones concertadas. En cualquier caso, desde Sanidad insisten en que la operaciones concertadas son una herramienta cuya aceptación es «voluntaria» por parte de los pacientes.

TODAS MENOS PALENCIA. Dentro de Castilla y León, todas las provincias a excepción de Palencia cuentan con hospitales privados que se han presentado al 'macroconcierto' de 22 millones de euros. Algunas, como León, Salamanca y Valladolid, con dos centros cada una. Siete hospitales se presentan desde Madrid, algunos situados en la propia capital y otros en municipios cercanos. A estos hay que sumar el licitador que llega desde Zaragoza. Entre los centros privados incluidos dentro del listado que maneja Sanidad se encuentran grandes grupos sanitarios privados, como HM Hospitales, Grupo Recoletas o el Grupo Quirón.

«A pesar de que en el último año se ha reducido la lista de espera, ésta sigue siendo elevada. Por ello, se prevé que en un medio plazo resulte imprescindible acudir a la Sanidad Privada para que complementa a la Sanidad Pública ante la insuficiencia de los medios propios de Sacyl para poder reducir más esta lista de espera», resumen desde la Consejería de Sanidad, que no ocultan que externalizar operaciones será «imprescindible» en el medio plazo.

ECONOMÍA | CONTABILIDAD REGIONAL TRIMESTRAL

La economía entra en 2024 con paso firme: crece un 3% y el campo sale por fin de los números rojos

DAVID ALONSO / VALLADOLID

Ni desaceleración, ni impacto de los tipos de interés o la inflación, ni daños colaterales por los conflictos armados. La economía de Castilla y León irrumpe en el 2024 con paso firme y por primera vez en más dos años, todos los sectores productivos de Castilla y León crecieron respecto al ejercicio anterior. El sector agrícola, la industria, la construcción y los servicios arrojaron repuntes del PIB superiores al dos por ciento durante el primer trimestre del año y fijaron el avance de la economía regional en el 3% entre enero y marzo con casi 18.000 millones de euros producidos. Una cifra que deja atrás el 2,7% de crecimiento con que la Comunidad cerró el año

pasado y evidencia que el Producto Interior Bruto de Castilla y León vuelve a crecer sobre lo crecido y encadena 13 trimestres al alza, tal y como explicó el consejero de Economía y Hacienda, Carlos Fernández Carriedo, durante la presentación de la Contabilidad Regional relativa al primer trimestre. Aprovechó Fernández Carriedo para poner la cifra autonómica en perspectiva y destacar que el avance del 3% del PIB en Castilla y León es «claramente superior» a la media nacional —2,6 por ciento—, a la europea —0,5 por ciento—, y a la de la zona euro —0,4 por ciento—.

Especialmente positiva es la situación del sector agrícola, que tras más de ocho trimestres en números rojos, el primero de este 2024

sirvió para doblar la interminable tendencia bajista y anotara un crecimiento del 11,9 por ciento. No obstante, se trata de un 'espejismo' numérico, ya que como llegó a reconocer Fernández Carriedo hace unas semanas, era «casi imposible» que el sector siguieran cayendo tras dos años a la baja. «Es natural en un contexto, donde llevábamos dos años muy negativos en el comportamiento de la agricultura».

Junto al campo, el sector servicios volvió a demostrar la fiabilidad del gran músculo económico y laboral de Castilla y León, con un crecimiento interanual del 2,9 por ciento, con la hostelería alcanzando casi el cuatro por ciento de repunte. Muy vinculado con ello, Fernández Carriedo se detuvo en el



Una cosechadora se prepara para trabajar un campo de cebada en Burgos. / A. RODRIGO

buen avance del gasto en consumo final de los hogares, que ya supera al de las administraciones públicas, con una subida del 2,6%. Ya por detrás, «aunque igualmente con buenas cifras», se encuentran la indus-

tria y los servicios, que repuntaron entre enero y marzo un 2,2 por ciento —aunque la industria manufacturera solo lo hizo en un 1,1%—, mientras que las exportaciones lo hicieron en 2,4 puntos.

SALUD | CONSUMO

Sanidad anota 41 casos de salmonella y dos de listeria el pasado año

La mayoría son intoxicaciones domiciliarias. En 2023, no hubo brotes en la hostelería soriana

ANA I. PÉREZ MARINA / SORIA

El Sistema de Alerta Rápido para Alimentos y Piensos de la Unión Europea (Rasff) lanzó este jueves un aviso relacionado con la presencia de *Escherichia coli* (E.coli) en carne de vacuno. El producto contaminado proviene de Brasil. Al parecer, la carne llegó a España para distribuirse en los mercados, sin embargo, en los controles fronterizos hallaron la anomalía y no llegó a los consumidores. Cada semana son varias las advertencias que se difunden en relación a la presencia en alimentos, en su mayor parte preelaborados, de bacterias nocivas para la salud, como el caso referido anteriormente.

En el portal de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), entidad dependiente del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, destacan tres alertas que han dado pie a numerosos titulares. Y es que el 31 de mayo se Cataluña informó, a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI), de la presencia de *Sal-*

monella en carpaccio de la marca Roler con fecha de caducidad del 3 de junio de 2024, por lo que se recomendó a las personas que tuvieran este producto en su domicilio que no lo consumieran. Además, la Comunidad Valenciana constató la presencia de *Listeria monocytogenes* en salmón ahumado comercializado con distintas marcas y presentaciones cuyos lotes empiezan por 30A4. En otro orden de cosas, la Comunidad de Madrid advirtió el pasado 5 de junio de la presencia de fragmentos de vidrio en conserva de bonito del norte en aceite de oliva de la marca Carrefour extra.

Sin embargo, casi la totalidad de las notificaciones de intoxicaciones alimentarias causadas por microorganismos y toxinas proceden del ámbito domiciliario, es decir, como consecuencia de una manipulación incorrecta de los alimentos por parte de los consumidores. En concreto, el pasado año, el Servicio Territorial de Sanidad registró 41 casos diagnosticados de salmonella de transmisión alimentaria y dos de listeria, mientras que en lo que va año se han anotado diez de salmonella y ninguno de listeria. En 2023, no hubo ningún brote en la hostelería soriana.

ALERTAS SANITARIAS. La eficacia del intercambio de información coordinado por la AESAN frena, generalmente, la distribución de productos alimenticios contaminados por su retirada inmediata del mercado, por lo que, tal y como señala la responsable del Servicio Territorial de Sanidad en Soria, Elena del

AL DETALLE SEGURIDAD ALIMENTACIÓN

Referencia nacional

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) actúa como centro de referencia de ámbito nacional en la evaluación de riesgos alimentarios y en la gestión y comunicación de aquellos, especialmente en las situaciones de crisis o emergencia.

AESAN



RETIRADA TRAS LAS ALERTAS

PROTECCIÓN. Cuando se lanza una alerta significa que empresas o autoridades competentes han identificado determinados productos no seguros y trabajan contrarreloj para retirarlos, evitando en última instancia que sean puestos a disposición de la población. La comunicación de alertas supone un mecanismo más de protección.

O

Casos de listeria en 2024

En lo que va de año, no ha habido casos de listeria notificados en Soria. Cabe recordar que los alimentos más frecuentemente asociados con la listeriosis son los listos para el consumo refrigerados con una vida útil prolongada. Son, entre otros, salchichas cocidas o patés; pescados ahumados; productos lácteos (quesos de pasta blanda, leche cruda y helados este tipo de leche), también ensaladas preparadas, verduras y frutas frescas.

Vado, hay que incidir en las precauciones en la elaboración y conservación domiciliar de frescos y cocinados.

«Según los reglamentos europeos, los fabricantes de los productos son los responsables de evitar contaminaciones. Deben contar con un plan de autocontrol en las zonas de producción, para garantizar que los alimentos sean seguros [...] En cualquier caso, casi todas las intoxicaciones son domiciliarias

por una manipulación incorrecta», abunda Del Vado al respecto.

Además, los controles oficiales cogen muestras en las industrias agroalimentarias para comprobar que los productos están libres de listeria, salmonella u otras bacterias perjudiciales para la salud.

EN VERANO. La responsable de Sanidad pone el acento en que en la temporada estival siempre hay un repunte de casos de salmonella,

Seis

AVISOS EN MAYO

La AESAN publicó media docena de alertas alimentarias de interés para toda la población en mayo. Dos de ellas se refieren a la presencia de salmonella. En un caso, en carpaccio de la marca Roler, distribuido en Cataluña; y en otro, en brotes germinados de alfalfa de la marca Tugás, comercializado en la comunidad catalana y en Galicia. La sintomatología compatible con la salmonelosis coincide, principalmente, con diarrea y/o vómitos acompañados de fiebre y dolor de cabeza.

Red de alerta alimentaria

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) se constituye como punto nacional de contacto de las siguientes redes de alerta: Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI); Red de Alerta alimentaria de la Unión Europea (Rapid Alert System for Food and Feed, (RASFF)); y Red Internacional de Autoridades de Inocuidad de los Alimentos (INFO-SAN). Red mundial de autoridades nacionales en materia de inocuidad de los alimentos gestionada conjuntamente por la FAO y la OMS. Estas redes permiten mantener una constante vigilancia.

en particular, por una refrigeración incorrecta de la comida, por la mezcla de comida cruda y cocinada, por una insuficiencia de calor a la hora de poner a punto una elaboración lista para consumir o un lavado deficiente de frutas y verduras. «Es verdad que hay que tener especial cuidado con cremas y salsas, y la salmonella la tenemos asociada al huevo, pero está presente en carnes y pescados», puntualiza Elena del Vado.

LOS ACTIVISTAS DE LA SALUD ESTAMOS EN SORIA

Ven a la nueva oficina comercial de DKV e infórmate sobre nuestras seguros de salud que incluyen coberturas como la póliza vitalicia y los mejores hospitales de España, entre muchas otras. Además, también encontrarás seguros de hogar, vida, decesos, accidentes y autónomos. ¡Te esperamos!



DKV

DKV SORIA
Alberca 2, Soria
975 212 026

Horario:
L-J 8:30 a 13:30h. - 16:30 a 19:30h.
y V 8:30 a 14:30h.
1 junio a 30 septiembre: L-V 8 a 15 h.

EL PROFESORADO LO TIENE CLARO: TIKTOK ES LA RED MÁS NOCIVA PARA LA SALUD MENTAL DEL ALUMNO

TikTok es, con diferencia, la red social que el profesorado percibe como la más nociva para la salud mental de su alumnado, un malestar emocional que responde a situaciones muy dispares y que los docentes intentan resolver sobre todo con el orientador y, en último lugar, hablando con el propio estudiante. Son resultados de una encuesta a 500 docentes no universitarios de centros públicos y privados, realizado por Aula Siena, una empresa



de formación del Grupo Siena, editor del periódico *Magariño*. El Observatorio de la Salud Mental en la Escuela de Aula Siena celebró hace unos días en la Universidad Camilo José Cela un coloquio sobre la salud mental del alumnado, en el que el psicólogo Javier Urta presentó el sondeo. A la pregunta de qué canales o redes sociales son los más dañinos para sus estudiantes, en una escala del uno al cinco, el 56 por ciento afirma percibir que es TikTok, seguida de Instagram (32), X (13,6), Twitch (1,4) y YouTube (21). En caso de problemas, los docentes recurren principalmente al orientador del centro y, después, al director o equipo directivo.

ENFERMEDADES | NUEVAS OPORTUNIDADES PARA MEJORAR

SPC

Los tumores de mama son los más frecuentes en la actualidad y entre el cinco y el seis por ciento detectados presentan metástasis. Frente a la creencia de que la mayoría de los casos de cáncer de mama se curan, la realidad es que solamente ocurre en el 70 por ciento. Mientras que, además, el 30 por ciento de las mujeres diagnosticadas en estadios tempranos sufrirán recaídas a lo largo de su vida.

En Europa, cada año se diagnostican aproximadamente 531.000 casos nuevos, registrándose alrededor de 141.000 muertes debido a esta patología. Solo en España, se prevé que en este 2024 se detecten 36.300 nuevos casos de cáncer de mama. A lo que se le suma que la metástasis de mama es la principal causa de muerte entre mujeres de 35 a 50 años. Ante ello, la investigación y la prevención son los mejores aliados para elevar la supervivencia y mejorar la calidad de vida.

En concreto, el tratamiento del cáncer de mama metastásico continúa siendo uno de los grandes retos para la ciencia, debido a la potencial aparición de la metástasis en diferentes partes del organismo. Pese a que se encuentra camino de incrementar su tasa de supervivencia, aún queda mucho por hacer, mientras las pacientes pueden llegar a pasar por muchas líneas de tratamiento mientras ven cómo empeora su diagnóstico.

«El problema es la supervivencia, pero todo depende de si te funcionan o no las terapias que hay en este momento. Nuestras líneas de tratamiento son limitadas. Cuando una te falla, tienes que pasar a otra. Te produce incertidumbre porque no sabes si te va a funcionar», explica la presidenta de la Asociación de Cáncer de Mama Metastásico (AECMM), Pilar Fernández.

El avance en investigación es fundamental en el tratamiento de estas mujeres para poder evolucionar en nuevas líneas cuando estas no funcionan. «Afortunadamente hoy están apareciendo terapias dirigidas según el perfil genético y molecular de cada paciente, y eso es lo que hace que la supervivencia aumente», incide Fernández. El reto actual se encuentra, de esta manera, en fomentar un diagnóstico precoz y certero y en identificar a las pacientes de mayor riesgo.

Por su parte, el tumor triple negativo, que se halla entre el 10 y el 15 por ciento de las pacientes y es el más agresivo, puede tratarse con inmunoterapia para un cierto grupo de personas. Ante estos ca-



Benjamín Folguera, María Pumares, Blanca Hernando y Sofia de la Torre. Parte del área ginecológica de oncología del HUBU.

sos, la oncóloga afirma que los fármacos más recientes son oportunidades que no empeoran la calidad de vida. «Son fármacos que al ser dirigidos, van más selectivos a la célula» y permiten que la toxicidad previsible «se maneje con soporte de factores de crecimiento» llevando a cabo un seguimiento es-

El tiempo es el enemigo general, pero en los metastásicos, muchísimo más

trocho, continúa Hernando.

La terapia dirigida supone una de las opciones más efectivas del momento, pero es esencial tanto identificar las características de cada paciente como realizar una clasificación eficaz del tipo de tumor según el subgrupo molecular.

Así, los perfiles moleculares han clasificado el cáncer en función de la expresión de tres receptores: el receptor de estrógenos (RE), el receptor de progesterona (RP) y el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2).

ACCESO A FÁRMACOS. Ante las soluciones médicas para paliar los efectos del cáncer de mama metastásico, desde la AECMM denuncian el «gran problema» de acceso a fármacos con el que se encuentran las pacientes. «Somos el primer país de Europa en ensayos clínicos en el reclutamiento de pacientes», reconoce Fernández, pero señala que tras la aprobación por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), comienzan los obstáculos.

La presidenta de la asociación explica que, una vez que estos medicamentos están probados clínicamente como efectivos, los países miembros de la Unión Europea deben implementarlos en la cartera común de sus servicios sanitarios. «Es decir, los que llaman precio reembolso, tiene que proceder a la financiación por el sistema sanitario, porque hablamos de 6.000 o 7.000 euros al mes, que muy poca gente los puede pagar», demanda.

Además, suma a la problemática la necesidad de ser financiado, denunciando que España se encuentra por debajo del plazo recomendado para la aprobación de fármacos, siendo 180 días los aconsejados desde la EMA, mientras que nuestro país se sitúa en los 629 días.

EL SALVAVIDAS DE LA INNOVACIÓN

El tratamiento del cáncer de mama metastásico es el gran reto de la ciencia, que busca incrementar la supervivencia de las pacientes

Lo fundamental es vivir

La incidencia de los casos de cáncer de mama continúa en aumento. La enfermedad puede desarrollarse por factores genéticos, aproximadamente un 15 por ciento, pero también influyen en gran medida los ambientales como el tabaco, el alcohol, el sedentarismo o la dieta. Según Blanca Hernando, la recomendación para prevenir esta patología reside en la autoexploración. Así, la oncóloga explica que los casos metastásicos suelen darse cuando se detecta de manera tardía desde el origen. Pese a ello, en ocasiones la enfermedad se encuentra indolente, y

cuando se descubre ya está en un estadio avanzado. En los casos en los que avanza a metástasis, señala que las pacientes necesitan pruebas como biopsias líquidas, diagnóstico molecular o secuenciaciones masivas para saber la situación real en las que se encuentran. «Para mejorar tanto la supervivencia como la calidad de vida necesitamos que se realicen este tipo de pruebas diagnósticas y que se dé acceso a los fármacos», insiste Fernández, a lo que suma la necesidad de unidades multidisciplinarias en los hospitales para mejorar la calidad de vida. «Lo fundamental es vivir», matiza.

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Domingo 16 de Junio de 2024. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXI. Número: 18.914

Rehabilitación cardiaca reduce el riesgo de infarto en 52 pacientes

El programa hospitalario cumple su primer año centrado en el ejercicio monitorizado y 'educación' en buenos hábitos ● «Se les entrena y adiestra porque llegan con miedo», afirman los profesionales

MILAGROS HERVADA soriana. La unidad de rehabilitación cardiaca del Hospital Universitario Santa Bárbara, que ahora cumple un año de existencia, ha atendido ya a 52 pa-

cientes, les han «entrenado y adiestrado», y los resultados obtenidos han superado las expectativas, como coinciden en señalar el cardiólogo Patricio Arribas y la médico reha-

ilitadora Natividad Martínez, «satisfechos» con lo logrado. Los ejercicios monitorizados y progresivos, combinados con la información de las pautas correctas a seguir, ya han

dejado evidencia en este tiempo de que algunos de los usuarios reducen hasta un 25% el riesgo de mortalidad y de sufrir un nuevo infarto tras su paso por la unidad. **Pág. 3**



MONTESGUROFOTO

SORIA RINDE TRIBUTO CULTURAL A SU QUERIDO CONCEJAL JESÚS BÁREZ

Lleno en el Palacio de la Audiencia para rendir sentido homenaje a Jesús Bárez, concejal de Cultura y profesor, fallecido en febrero. Su familia

sintió el calor y cariño de la sociedad soriana en un acto emotivo en el que su hijo Sergio aportó la parte musical. En la plaza Mayor, el tributo fue

un concierto de grupos sorianos y Bárez también estuvo presente en el concurso de pasodobles. Un premio lleva su nombre. **Pág. 4**

El coste de los festejos taurinos se dispara un 75% por el precio de los seguros y de los toros

Los alcaldes aseguran que un encierro tradicional pasa de 40.000 euros a los más de 70.000 actuales

VALLADOLID. Los costes de los festejos taurinos se han disparado, principalmente de reses y seguros, y algunos ayuntamientos, pocos, han optado por

aminorar los espectáculos para ajustar costes. Un encierro tradicional ha pasado de 40.000 euros a 70.000 euros, mientras los seguros se han duplicado, de 15.000 euros a 30.000. **Pág. 15**



JESÚS POSADA EX PTE. CONGRESO «Felipe VI está haciendo una magnífica labor acercando la monarquía»

SORIA. El expresidente de la Junta y del Congreso Jesús Posada elogia la labor del Rey Felipe VI al cumplirse diez años de su reinado y asegura que «la monarquía está firmemente establecida en España». Sobre la situación política lamenta «la crispación excesiva» que existe. **Págs. 8 y 9**

La Guardia Civil 'caza' a tres motoristas británicos con tres motoristas británicos con anti radar

SORIA. La Guardia Civil de Soria localizó a tres motoristas británicos que circulaban con dispositivo anti radar, con sistemas de ocultación de matrícula, permitiendo abatirla para que no fuese visible. Fueron detectados a las 17.00 horas del 12 de junio, cuando una patrulla realizaba un control de velocidad en la N-122, en Arancón. **Pág. 6**

CERÁMICA



Almazán, la Talavera del norte que busca rescatar su tradición alfarera

Pág. 13

FÚTBOL

El final de una etapa con la marcha de Eduardo Rubio del Numancia

Pág. 19

Rehabilitación cardíaca mejora en su primer año la vida de 52 pacientes

● La experiencia está demostrando que el programa de ejercicio y concienciación reduce un 25% el riesgo de mortalidad tras sufrir un infarto ● «Se les entrena y se les adiestra porque llegan con miedo»

MILAGROS HERVADA SORIA

Después de sufrir un infarto, y poder contarlo, uno de los principales sentimientos es el miedo, sobre todo a realizar cualquier esfuerzo, un ejercicio que es vital para recomponerse y mantener una fortaleza física que impida volver a pasar por un episodio similar. La unidad de rehabilitación cardíaca del Hospital Universitario Santa Bárbara, que ahora celebra —nunca mejor dicho— un año de existencia, ha podido eliminar ese miedo en sus pacientes, que salen de allí incluso con ganas de apuntarse al gimnasio.

En su primer año, la unidad ha atendido a 52 pacientes, les han «entrenado y adiestrado», y los resultados obtenidos han superado las expectativas, como coinciden en señalar el cardiólogo Patricio Arribas y la médica rehabilitadora Natividad Martínez, «contentos» con lo logrado.

Los ejercicios monitorizados y progresivos, combinados con la información de las pautas correctas a seguir, ya han dejado evidencia en este primer año de rehabilitación cardíaca de que algunos de los usuarios reducen hasta un 25% el riesgo de mortalidad tras su paso por la unidad. «Pacientes que antes de empezar el programa habían ido a urgencias varias veces, desde que empezaron aquí no han vuelto», cuenta Arribas, constatando que la rehabilitación cardíaca reduce el riesgo de reincidencia o fallecimiento, aunque con sólo un año, todavía es pronto para obtener conclusiones concluyentes.

Son dos meses de ejercicio, 24 sesiones en total, que están contribuyendo, corroboran profesionales y pacientes, a la mejora de su calidad de vida y que se reduzca el riesgo de nuevos infartos.

«Comenzamos con los de menos riesgo en los primeros meses, pero actualmente los que están son de riesgo medio y alto, con mucho deterioro funcional, los que pueden volver a sufrir un infarto y complicaciones graves tipo arritmias, con amenaza de la vida, insuficiencia cardíaca, algo de pulmón...», explica el cardiólogo, quien comparte equipo con la médica rehabilitadora, una psicóloga, dos enfermeras y dos fisioterapeutas.

La media de infartos en la provincia es de tres a la semana, por muchos factores, genéticos, colesterol, azúcar, la edad... Pero no todos son susceptibles de entrar en la unidad de rehabilitación. «Damos prioridad a los que más se benefician», indica Arribas, ya que los recursos son limitados. Son los pacientes de cardiopatía isquémica, insuficiencia



Dos pacientes siguen los ejercicios que marca la fisioterapeuta bajo la supervisión de la médica rehabilitadora. M.H.



Parte del equipo de rehabilitación cardíaca. El cardiólogo muestra fotos de los pacientes atendidos. M.H.

cardíaca y operados de válvula cardíaca. La selección para entrar en la unidad se hace atendiendo a la edad, los más jóvenes, y su situación laboral, si están activos, principalmente. De hecho, hay lista de espera, pero los propios profesionales las regulan para no crear ansiedad en los que aguardan.

La media de edad de esos 52 pacientes es de 54 años. El más joven tiene 41 años y el mayor 68. De me-

nos de 50 años son 15; hasta los 60 otros 20 y mayores de 60 años son 17 los que han pasado por la unidad. Curiosamente, sólo han sido siete mujeres, sobre todo porque ellas sufren infartos a edades más tardías y porque no siempre encuentran tiempo para su propia rehabilitación.

Realizar ejercicio, fundamental para corregir sus factores de riesgo y prevenir, aumenta el riesgo, por eso en rehabilitación cardíaca se hace de

forma controlada y con el paciente monitorizado. «Entrenamos a su cuerpo dentro de los límites y el paciente está seguro y lo hace sin miedo», indica Martínez. Se trata de aplicar un ejercicio que sea lo suficientemente estresante para que el organismo se adapte, «seguro, progresivo y continuo».

El primer paso tras el infarto, después de mínimo un mes de margen, es la valoración psicológica y com-

probar que el enfermo va a poder con la rehabilitación, tanto físicamente como en la constancia. Han de comprometerse para participar en el programa. En el primer año sólo siete han dicho que no, por diferentes circunstancias.

Esos dos meses presenciales son el primer paso, el objetivo es que continúen por su cuenta con la dinámica. «Les damos la pauta para que se adhieran toda la vida. Se les dice qué hacer y qué no, la frecuencia del ejercicio, la intensidad, el tipo, la duración...», añade la médica rehabilitadora. También se les «enseña» sobre los factores de riesgo, la medicación, los hábitos y la importancia del ejercicio y cómo influye a la hora de corregir sus factores de riesgo. «Salen de aquí sabiendo que los responsables son ellos», matiza Arribas.

RESULTADOS POSITIVOS

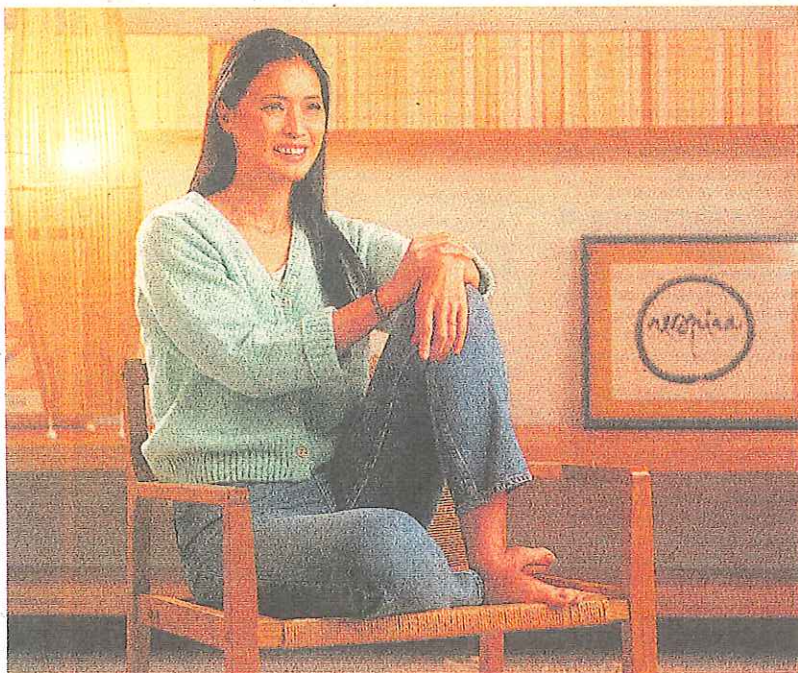
Y los resultados están siendo también muy positivos en ese sentido. «La mayoría no había hecho ejercicio nunca y después de pasar por aquí se apuntan al gimnasio», afirma el cardiólogo, quien asegura que el balance que hacen profesionales y pacientes es «muy satisfactorio». «Te sientes realizado profesionalmente», confiesa.

Los pacientes notan la mejora y reconocen que pierden el miedo. «Yo estuve cinco meses sin salir de casa». Ahora, con las pesas en la mano, hablan de «ilusión». «Cuando te paso algo así te quedas como si tuvieras 90 años, es como volver a empezar», apunta uno de los usuarios durante la sesión.

«Donde más mejoría se advierte es en el plano psicológico, por la tranquilidad, conocen la enfermedad, y desde el punto de vista físico la evolución es brutal. En capacidad funcional ganan un 20% ó 25% de resistencia al esfuerzo extremo», coinciden los profesionales.

Una vez que salen de la fase presencial, «convencidos» y dispuestos a continuar, el seguimiento lo hace cardiología y Atención Primaria. De hecho, el futuro previsto es un programa híbrido donde Atención Primaria atenderá a los de riesgo bajo y el hospital podrá centrarse en los pacientes de más riesgo, ampliando así el radio de acción.

Hasta la apertura de la unidad de la rehabilitación cardíaca en Soria, los pacientes tenían que desplazarse a Burgos, con todo lo que conlleva. Desde Burgos, centro de referencia, elogian el trabajo hecho en el Santa Bárbara y Arribas insiste en que «va a seguir, cueste lo que cueste, viendo el beneficio y la satisfacción de pacientes y profesionales».



“EL PROPÓSITO DE VIDA NO ES UN TRABAJO, TIENE QUE VER CON EL IMPACTO GENERADO EN OTROS”

Entrevista a Xuan Lan. La referente del yoga se abre en canal en ‘La buena hija vietnamita’. Invita a reflexionar sobre los motivos por los que nos levantamos felices

Por Cristina Galafate

Del mundo corporativo a la pasión por el yoga. La historia tan personal que Xuan Lan (Roanne, Francia, 1974) comparte en su nuevo libro *La buena hija vietnamita. Cómo encontré mi propósito de vida* (Ed. Grijalbo) puede ayudar a cualquier persona a hacerse preguntas sobre si realmente está llevando una vida con sentido. La reconocida instructora, que suma casi tres millones de seguidores entre todos sus perfiles sociales, ha puesto orden a esa confusión entre su acento francés en habla hispana, rostro de rasgos asiáticos y célebre popularidad mundial, especialmente a raíz de la pandemia, donde sobre su *mat* se convirtió en un refugio de paz tras la pantalla. «Mucha gente piensa que soy china o tailandesa y sabe poco de cómo una experta en finanzas que trabajaba en Nueva York ha llegado hasta aquí», explica. No se trata de dar lecciones o consejos a nadie, sino de compartir herramientas que le han servido a descubrir su camino. Lecturas, maestros, filosofías... «Es una invitación a parar y cuestionarse, porque nuestra educación en sociedad, en casa y la escuela, nos ha sido dada, pero no la hemos elegido. Cuando ralentizamos y observamos lo que nos conviene, nos damos cuenta de si queremos seguir en ese molde en el que estamos por inercia entre el trabajo, los niños, las obligaciones del día a día...».

Para salir de esas creencias limitantes anima a hacer un proceso de introspección. «Esto nos suele ocurrir en torno a la mitad de la vida, a los 35-40 años. Quizá nos

preguntamos si ese trabajo verdaderamente nos llena, aunque sea interesante, como me pasó a mí».

No todo el mundo quiere abrir esta caja, reconoce. «A nadie le voy a decir que rompa su relación laboral para escribir o cantar. Muy pocas personas tienen el lujo de poder vivir haciendo lo que les gusta», aclara. Pero la estrella yogui que es hoy un día empezó con una clase. «Para mí es una invitación al autoconocimiento, saber las fortalezas y debilidades que existen para llegar a ser nuestra mejor versión». Se tiende a confundir nuestra misión con las muchas horas que pasamos en nuestro empleo. «El propósito de vida, no es un trabajo, tiene que ver con el impacto que generamos en los demás. No es ni un proyecto ni un deseo, sino una intención que viene del corazón». Pone el ejemplo de ayudar a los animales, cuidar a la familia, un voluntariado...

Deberíamos estar lo más alineados posible con este propósito para potenciar nuestras fuerzas. «Si tu intención es cuidar el planeta, no vas a ser feliz en una ciudad de ocho millones de habitantes, quizá tendrías que acercarte a la naturaleza». Tantos cursos de meditación, tanta publicación de autoayuda o tanta gente acudiendo al psicólogo con ansiedad tienen una razón de ser, asevera la experta en bienestar. «Viene de nuestra sociedad acelerada, donde la gente se da cuenta de que no puede más pero no sabe cómo prevenir la situación ni gestionarla. A mí el yoga me ha ayudado en este sentido desde hace 25 años, pero el punto más importante es haber querido cambiarlo, no abarcar tanto y empezar a hacer menos». Esa lección nos hará sacrificar cosas, advierte. «Quizá son las dos horas que pasamos al día viendo redes sociales.

Tenemos que entender que la prevención no se aplica sólo a ir al gimnasio para cuidar tu corazón y fortalecer tus músculos, sino también a la mente. Y todos los neurocientíficos dicen que el *multitasking* no existe, que no somos eficientes escuchando el podcast y respondiendo el e-mail a la vez sin una atención plena».

No nos podemos escuchar sin silencio, cree. Propone tres prácticas aptas hasta para los más escépticos. Una meditación en movimiento, que consiste en un paseo por la naturaleza. Una respiración consciente por la nariz, que tiene un impacto positivo en la relajación. Y escoger a una persona para darle amor. «Al principio a alguien de tu entorno. Más adelante al enemigo, para hacer las paces con él y entender que es una persona humana que siente como tú. Y, en una etapa más avanzada, al mundo para expandir la compasión». Insiste en la importancia del descanso. «Duermo ocho horas en oscuridad total, con el teléfono en otra habitación y un despertador a pilas. Así me levanto con una sonrisa, en lugar de verlo todo gris», concluye.

ENFERMERA SATURADA

‘GAS DE LA RISA’, CUANDO UN VIEJO FÁRMACO SE CONVIERTE EN UNA NUEVA DROGA

Moda dafina. Cuando alguien inhala óxido nitroso de un globo en una fiesta desconoce sus potenciales efectos adversos que van desde mareos a amnesia hasta problemas neurológicos

La incautación esta semana en Málaga de 21.000 litros del conocido como *gas de la risa* vuelve a poner el foco en una potente droga que nada tiene de cómica. El Ministerio del Interior ha asegurado que se trata de la mayor aprehensión de óxido nitroso en Europa, un gas que estaba lejos de ser destinado a usos medicinales. Una droga que llega a España desde el Viejo Continente bajo una falsa percepción de seguridad, tanto es así que en su momento llegó incluso a consumirse en directo en la sección de ciencia de *El Hormiguero* para mostrar sus divertidos efectos.

¿Qué es el ‘gas de la risa’?

Es la forma de llamar coloquialmente en la calle a un gas incoloro, casi inodoro y de sabor dulce cuyo nombre real es óxido nitroso. Un elemento utilizado como fármaco en medicina desde hace unos doscientos años por sus propiedades anestésicas y analgésicas, pero que ha acabado siendo utilizado como droga especialmente por el público más joven.

¿Qué usos tiene en medicina?

Este gas se emplea en quirófanos y clínicas de todo el país, y es que basta una búsqueda en Internet para encontrar decenas de centros

dentales donde se ofrece a los pacientes como forma de llevar mejor determinados tratamientos que pueden ser largos o especialmente dolorosos. También se emplea en quirófanos en determinadas cirugías como mantenimiento de la anestesia.

¿Cómo llega un gas medicinal a la calle?

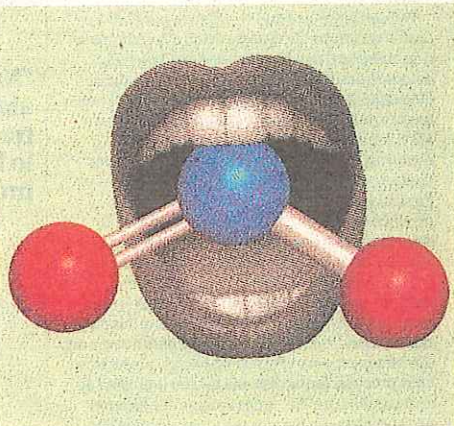
El óxido nitroso es muy fácil de adquirir a través de casi cualquier canal comercial, ya que este gas se emplea en repostería como propulsor en los dispensadores de nata por sus propiedades para emulsionarla. Esto hace que sea sencillo adquirir, de una forma legal, cajas con pequeñas botellas de este gas por un precio que no supera el euro por cada cápsula.

¿Quién suele consumirla?

Según datos del Observatorio Europeo de Drogadicción es la droga favorita de los jóvenes entre 16 y 24 años en países como Reino Unido, Bélgica y Holanda.

¿Qué daños produce?

Van desde las alucinaciones hasta la parada cardíaca, pasando por asfixia, amnesia, desorientación, problemas neurológicos por daño medular, desmayos, arritmias, convulsiones... En Reino Unido ha matado a una veintena de jóvenes en los últimos años.



PAPÉL

EL TABÚ MENTAL PERSISTE EN LA OFICINA

Pese a las campañas políticas y las 'confesiones' de docenas de famosos, admitir un problema psicológico sigue dando vértigo: sólo uno de cada diez españoles lo hablan con sus compañeros. Varios trabajadores que sufren algún trastorno nos cuentan su discriminación

Por Jorge Benítez
Fotografías de Alberto Di Lalli

LA REVISTA
DOMINICAL

CULTURISTA • Clara Lago y Tamar Novas lideran 'Clanes', una serie de traición, intrigas y narcos. **Pág. 4**

VIAJES • Santorini, el destino de los amantes de las islas griegas que sueñan con La Atlántida. **Pág. 26**

YO DONA • Naomi Campbell, la reina de la pasarela: "Me divertían las drogas y el rock". **Pág. 21**

**YAZMÍN
RODRÍGUEZ**
*Esta integradora
social se sintió
desamparada
por su superior en
una residencia de
ancianos. Sufrió
una importante
crisis de
ansiedad.*

“UN COMPAÑERO NO QUERÍA QUE COGIERA LA BAJA PORQUE ÉL SE IBA DE VACACIONES”

Salud. Cinco personas con problemas psicológicos que han sufrido discriminación laboral cuentan sus experiencias y desmontan prejuicios. En España, nueve de cada 10 empleados con algún trastorno no se lo dice a sus compañeros por miedo al estigma. “Las empresas que traten la salud mental tendrán menos bajas y más talento”, dice un experto

Por Jorge Benítez. Fotografías de Alberto Di Lollí



M

Montse Bizarro acaba de publicar su primera novela a los 30 años. La obra, *Mañana ya no hablaremos de nada* (Editorial Almadía), narra la historia de un grupo de personas que buscan tejer una red de relaciones afectivas y encontrar su lugar en un mundo hostil y violento con ellas. En sus páginas muestra con escalofriante precisión cómo es la mente de una persona obsesiva, con ansiedad y fobia social.

Para escribirla, Montse no ha tenido que documentarse: tan sólo mirar hacia adentro. Ella misma sufre estos trastornos.

La novelista conoce muy bien la hostilidad del mundo. Su amplia formación, que incluye un doble grado de Periodismo y Humanidades y un máster, no la preparó para defenderse en un entorno laboral tóxico. Fue allí donde resucitó la angustia que había conocido de niña, cuando fue víctima de *bullying* en el colegio.

Tras fichar por una empresa de comunicación y marketing, se encontró con una jefa que la ridiculizaba en público, le mandaba tareas ingratas y la excluía de las reuniones importantes. En definitiva, en su trabajo Montse era tratada de «tonta», pero ella no es nada tonta; tan sólo tímida, extremadamente tímida. «Esta situación disparó mi inseguridad y me hizo sentir cada vez más pequeña, prácticamente invisible», reconoce.

Sus compañeros de oficina la marginaron porque no sabían cómo tratarla. Cuando quedaban a comer, nunca la invitaban a unirse. «Tengo la sensación de que no se dieron cuenta de que preguntar cómo está a una persona no es malo, que es algo importante porque alivia su sensación de soledad», dice Montse sin rencor.

La mala relación con su jefa no provocó su despido, ya que cumplía con los objetivos laborales que tenía. Fue ella la que dejó el trabajo. Encontró otro, pero tampoco le fue bien. Su autoestima estaba demasiado herida. Al final, tuvo que acudir a su médico a pedir una baja.

El caso de Montse no es una excepción. Cada año, miles de españoles sufren un tipo de discriminación laboral de la que apenas se habla: la que padecen los trabajadores con problemas de salud mental.

Pese a las campañas de concienciación surgidas tras la pandemia, al interés de los partidos políticos por el tema y la avalancha de testimonios íntimos de famosos en platós de televisión y libros, la normalización de los problemas psicológicos aún no ha llegado al ámbito laboral. Un tabú que ratifica el informe *La situación de la salud mental en España*, elaborado por Salud Mental España y la Fundación Mutua Madrileña.



“Mi responsable me dijo que era injusto tratarme de forma diferente a las demás, eso me dolió porque yo sólo buscaba un poco de empatía”

08 | EN PORTADA

➔ en el que se advierte de que más de la mitad de las personas diagnosticadas ha sufrido rechazo social. Y, cuando se les pregunta cuál es el entorno donde son más discriminados, un 37% responde que en el trabajo.

Por eso muchos callan. Muy pocos están dispuestos a sentarse en un diván frente a su jefe. Casi nueve de cada 10 empleados con algún problema psicológico no son capaces de decírselo a sus compañeros.

Puedes llevar una década compartiendo escritorio con Manuel, del que sabes que tiene una amante, que te hizo un préstamo en un momento de apuro y que no se pierde un partido del Real Madrid, pero del que desconoces que tiene trastorno bipolar. O echarte un cigarro cada mediodía con Miriam, que es la mejor compañera que tienes en la fábrica, te compró tu coche de segunda mano y fue la invitada estrella a tu boda, sin ser capaz de contarte que vas al psicólogo para tratar tu ansiedad y escondes una caja de benzodiazepinas.

«El estigma en el trabajo genera aún más sufrimiento a la persona», apuntan fuentes de la Confederación Salud Mental España. «Se puede traducir en falta de confianza, falta de comprensión, discriminación o paternalismo, lo cual dificulta la recuperación».

Es el temor a ser marginado, a que te traten a partir de ese momento de forma diferente, a que tu jefe deje de concederte responsabilidad. El estigma del considerado problemático, del loco, del vago que quiere escaquearse del curro. Y lo peor es que el miedo está justificado.

Ese sentimiento lo padeció Laura Fernández, una agente comercial de 25 años que en un repunte de estrés laboral sintió que no podía más y le contó a un compañero que por su problema de salud posiblemente le iban a dar la baja. «Se enfadó conmigo», cuenta desde Mieres (Asturias). «Me dijo que todos tenemos problemas y que no me la podía pillar, porque él se iba a ir de vacaciones y no iba a renunciar a ellas».

Son el 'a ti te pasa porque lo permites', el 'aguantate que no es para tanto' y el 'cada uno tiene sus movidas' que tantas veces han escuchado los protagonistas de este reportaje. Y eso que son pacientes que no han elegido lo que les pasa, sino que sufren en primera persona el dolor de tener un trastorno psicológico. Todos han conocido la discriminación laboral, han sido vistos como bichos raros y dedican parte de su tiempo al activismo de la salud mental en diferentes asociaciones en España.

Laura, que colabora en la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias, es una de las pocas que sí tuvo suerte. «Todo mi entorno supuso que me echarían, yo incluida», admite. «Pero para sorpresa de todos recibí una acogida normalizada, incluso fui felicitada por cómo había mejorado mi rendimiento tras el tiempo que estuve de baja».

Esta joven padecía un problema de ansiedad generalizada que la obligó a dejar su puesto durante cuatro meses. Reconoce que su coordinadora de entonces la llamaba habitualmente para ver qué tal estaba y que, «con la mejor intención», le preguntaba cuándo iba a regresar. «Eso me provocaba cierta culpabilidad», reconoce Laura, más cuando sabía que en su trabajo había bastantes bajas voluntarias por el estrés que acarrea y que era difícil formar a alguien nuevo. Sin embargo, a su vuelta notó cambios: sus superiores se esforzaron en que estuviera más cómoda y facilitaron una desconexión real fuera del horario laboral con los grupos de trabajo del móvil.

Menos fortuna tuvo Yazmín Rodríguez, educadora social de 22 años. Por su empleo en una residencia de

ancianos soportaba una elevadísima carga de estrés. Se sintió discriminada cuando solicitó algunos cambios para poder lidiar mejor con su diagnóstico médico. «La directora del centro me dijo que era injusto que yo recibiera un trato distinto al de mis compañeras», dice desde Barcelona. «Me dolió porque yo sólo buscaba un poco de empatía por su parte».

Aguantó un año más hasta que tuvo un pico de ansiedad que la llevó a Urgencias. Tuvo que pedir la baja. «En ese punto mis ataques eran continuos por toda la presión que sentía de la empresa y por la dureza de la jefa con el personal», dice Yazmín. «Tengo muy desarrollado el sentido de la justicia y eso me agobiaba».

Yazmín, que llegó a Barcelona procedente de Buenos Aires con 16 años, es artista y organiza talleres de teatro con personas con problemas como el suyo. Está contenta con su nuevo trabajo, pero no se fía: «Sigo viviendo con miedo a que me discriminen y a que me vuelva a pasar lo que viví».

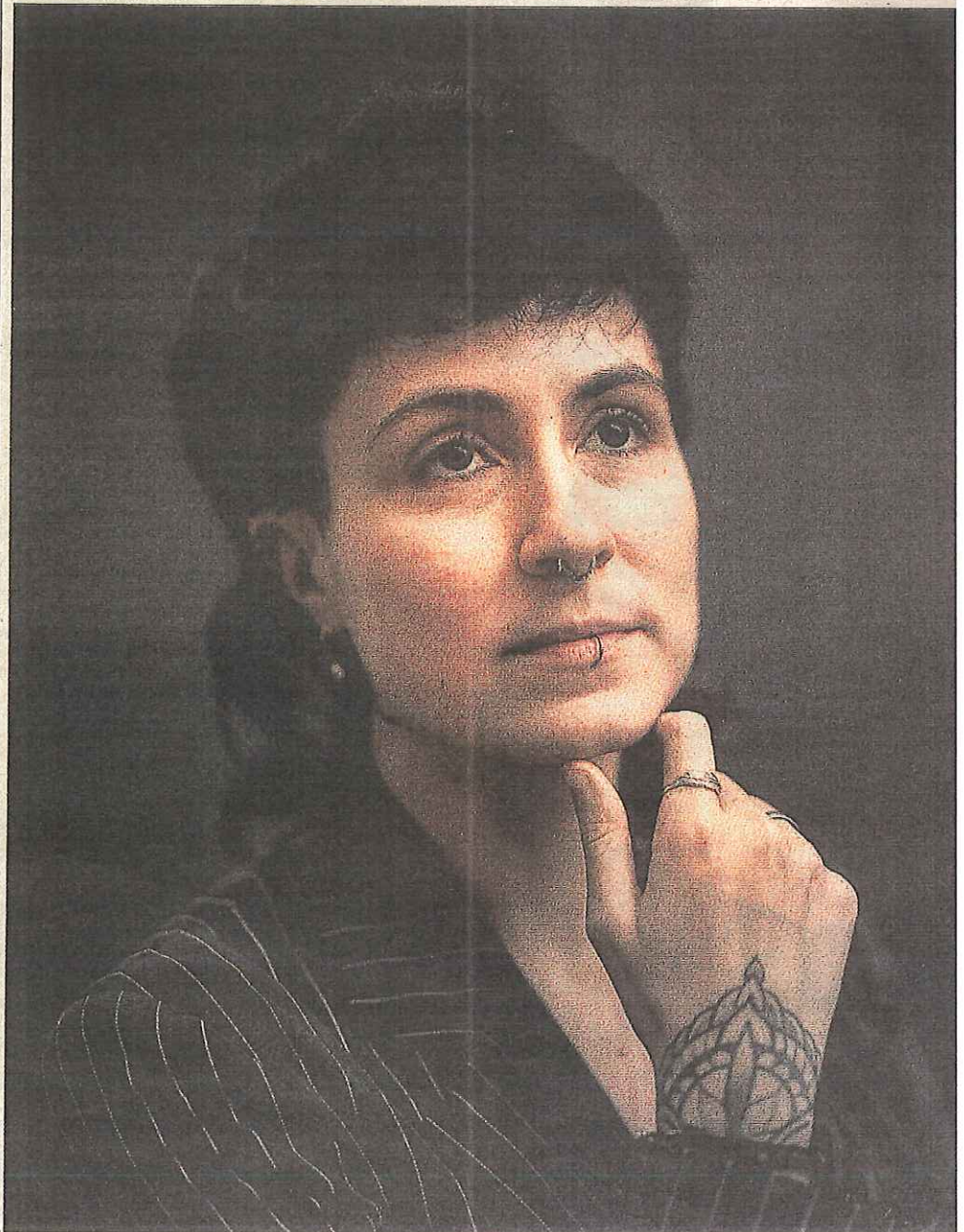
El temor a ser etiquetado parece no desaparecer nunca en ellos. Los rótulos de trastornos y enfermedades mentales son los que ponen sus entornos a la defensiva, cuando según los expertos lo relevante es el

estado de tu salud mental, no el diagnóstico específico. «Puedes encontrarte a un esquizofrénico plenamente feliz que toma su medicación y tiene un buen empleo y familia, pero también encontrarte a alguien con ansiedad e insomnio con una baja crónica que está fatal», explica Carlos Alcoba, responsable de Salud Mental y Estigma en el ámbito laboral de Obertament, una asociación nacida en Cataluña que tiene como objetivo la lucha contra los prejuicios.

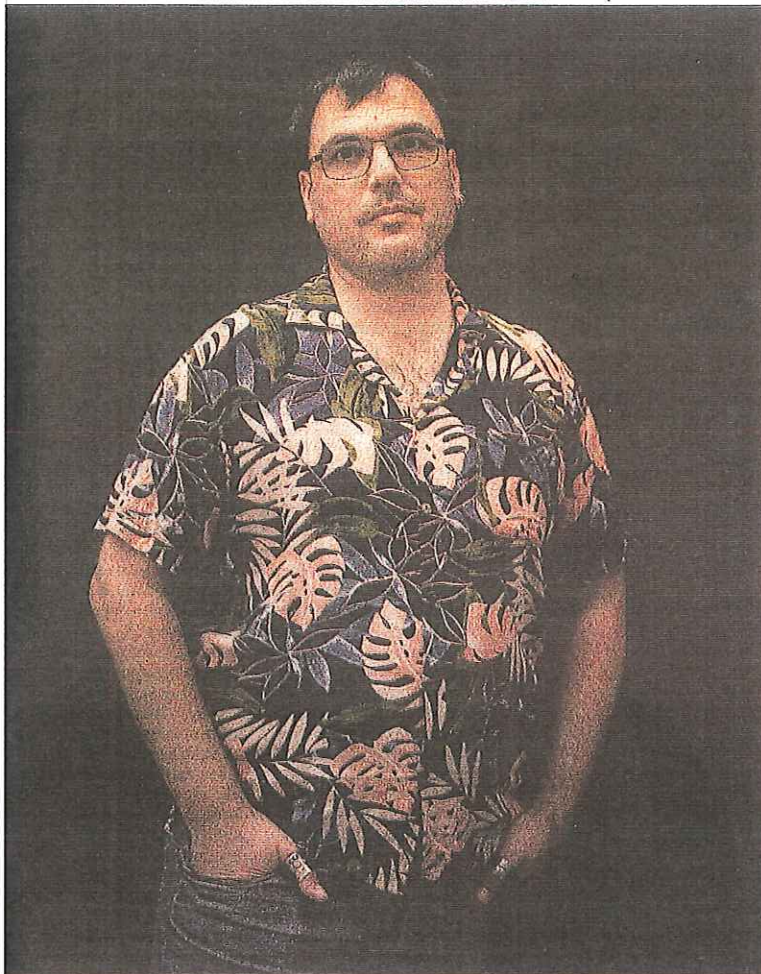
Uno de estos prejuicios fue el que llevó un día a Ángel Urbina, de 58 años, a intentar cambiar las cosas. Sucedió cuando este ingeniero industrial, que trabaja en una petroquímica en Tarragona, asistió a una charla en su empresa sobre integración de discapacitados. En el turno de dudas y preguntas, un compañero suyo dijo que no tenía ningún problema en trabajar con alguien con una minusvalía física, si bien reconoció que no quería hacerlo con alguien con problemas de salud mental. Su argumento aterró a Ángel: «Son peligrosos».

Ángel era un estudiante brillante que había sacado la mejor nota de Selectividad en Cádiz con dieces en Matemáticas, Física y Química. Tenía un futuro prometedor hasta que, de repente, el mañana se

MONTSE BIZARRO
Periodista
barcelonesa
de 30 años
que acaba de
publicar su
primera
novela. Sufre
de ansiedad y
fobia social.



“El menosprecio continuado de mi jefa aumentó mi inseguridad y me hizo sentir cada vez más pequeña, incluso invisible”, dice Montse



ALBERT DÍAZ
Vive en
Cornellà,
Barcelona,
tiene 43 años
y un 43% de
discapacidad.
Padece en un
par de empleos
discriminación.
Actualmente
trabaja en una
ONG.

convirtió en una pesadilla. Con 20 años sufrió una crisis que le mantuvo en un pozo durante cinco años en los que no podía ni leer por culpa del impacto de la medicación. Su diagnóstico describía una psicosis no específica que alteraba su visión de la realidad.

Sin embargo, Ángel logró recuperarse tras una larga lucha. Se puso a estudiar y, desde entonces, no ha parado. Acaba de terminar un máster de Ciencia de datos.

«El día que escuché lo que dijo mi compañero me di cuenta de que tenía que hacer algo y conté mi historia. Salí incluso en televisión, porque nadie entonces hablaba de esto hace 10 años», dice respecto a su *salida del armario* psicológica. Hoy preside la asociación La Muralla, dedicada a la salud mental en Tarragona.

A pesar de tener una carrera consolidada, este ingeniero sabe bien lo difícil que es que el mundo de la empresa trate correctamente esta problemática. Los enfermos afrontan todo tipo de barreras no sólo de relaciones humanas, sino también burocráticas. «Recuerdo que en una ocasión necesité una baja laboral y la tenía gestionada con el médico de mi empresa y el de cabecera», cuenta. «Pero, de repente, la mutua me mandó un burofax exigiendo que fuera examinado por uno de sus médicos. Todo fue bien, pero esa situación me afectó mucho y retrasó mi recuperación, lo que fue perjudicial para todas las partes».

«Recomendarían a una persona con problemas psicológicos que no afectan a su capacidad que lo contara en una entrevista de trabajo? Lanzamos esta pregunta a todos los entrevistados. Es el miedo al paréntesis temporal en tu currículum que haga pensar a quien decidirá si te fichan que has estado de baja o recuperándote de un mal que desconocen. Todos dicen que, vista la situación en España, es muy probable que la sinceridad sea penalizada. Así que prudencia. Si alguien necesita hacerlo por convicción, el consejo es que se haga pasado un tiempo en la plantilla y en un entorno de confianza con sus superiores.

«Si no conoce la empresa por dentro, protégete», recomienda Carlos Alcoba. «Si se quiere dar el paso, lo que hay que hacer antes es asesorarte con tu psicólogo»,

apunta Isabel Aranda, doctora en Psicología y vocal del Colegio de Psicólogos.

Se trata de una situación peliaguda para muchos. En España, según el estudio del Grupo Axa sobre Salud y Bienestar Mental, una de cada tres personas reconoce tener algún problema psicológico y una de cada cuatro toma somníferos, ansiolíticos o antidepresivos al menos una vez al mes.

Es imposible saber cómo se tomará una empresa una revelación así. Pero hay algunas pistas. Por el momento, a día de hoy, las compañías españolas pueden dividirse en tres grupos en cuanto a su relación con la salud mental.

El primero lo forman las *negacionistas*, aquellas que consideran que todos sus empleados tienen un perfecto estado emocional y neurológico y que no hay que hacer nada. En el segundo están las *inquietas*, dispuestas a enfocar el problema, pero con miedo a lo que puedan encontrarse por no saber gestionarlo. Y, por último, las *sensibilizadas*, que suelen obedecer a un mismo patrón: multinacionales, generalmente procedentes de países donde hay una mayor cultura corporativa preocupada por este campo. Estas últimas cuentan con protocolos de actuación,

seguimiento de los afectados por el departamento de Recursos Humanos y atención psicológica para aquellos que lo soliciten mediante pólizas o personal contratado.

Pero el estigma del empleado no desaparece, ni siquiera en las que más apoyo ofrecen. Porque en este silencio no sólo influye lo que piensan los demás, sino lo que pensamos nosotros mismos cuando tenemos una crisis psicológica. El experto Carlos Alcoba explica con un ejemplo cómo funciona el autoestigma, esos prejuicios que nos hacen creer que seremos despreciados y tratados negativamente. «Conozco una empresa con miles de empleados en plantilla que puso a un psicólogo a disposición de quien lo necesitara con todas las garantías de confidencialidad. ¿Sabes cuántas visitas tuvo al cabo de un año? Una».

La gente no quiere parecer débil y que su condición perjudique a su carrera. Por ello quien sufre mentalmente tiende a la ocultación, que es su mecanismo de supervivencia. Se camufla en todo momento sin importar que su estado anímico sea deplorable. «Esto lleva al fenómeno del *presencialismo*: es decir, estos trabajadores quieren estar todo el rato en la oficina para que nadie sospeche que están mal», dice Alcoba. «La gente tiene asumido que si te rompes una pierna es normal estar de baja o teletrabajando, pero no sucede lo mismo con los problemas psicológicos».

Al contrario de lo que pasa en los países anglosajones, que llevan mucha ventaja en este tema, en España no hay un control exhaustivo del comportamiento de las empresas. Una excepción es el trabajo sobre el grado de consciencia sobre la salud mental realizado por Obertament. Según una muestra de un centenar de empresas y más de 600 empleados, el 78% de las compañías en Cataluña afirma preocuparse por la salud mental. Sin embargo, la cifra cae al 47% cuando son los empleados los que juzgan ese compromiso y se desploma hasta el 38% cuando contestan empleados con problemas de salud mental.

A pesar de la falta de estadísticas y de la opacidad generalizada, las cosas parecen estar mejorando. «Lo que pasa hoy no es comparable con el estigma que había antes del covid», dice la psicóloga Isabel Aranda. «En el

“La gente asume que si te rompes una pierna estés de baja o teletrabajes, pero no cuando tu problema de salud es psicológico”

confinamiento la gente descubrió lo duro que era estar mal psicológicamente y creció la sensibilidad social».

Sin embargo, nadie niega que se necesitan más recursos tanto públicos como privados. Incluso un cambio de mentalidad para lo que viene. En ese sentido, Ángel reconoce su preocupación por el impacto de la inteligencia artificial (IA) en el mercado laboral de las personas con discapacidad. «Va a requerir un esfuerzo en políticas inclusivas», asegura.

La IA no sólo aumentará la competencia en los empleos más cualificados, sino que puede dejar desamparados a los que tienen un trabajo que requiere menos preparación. Un problema muy serio si tenemos en cuenta que el desempleo en personas con problemas de salud mental es muy elevado, especialmente en mujeres. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España tan sólo un 17,1% de las personas con problemas de salud mental tiene trabajo.

Para Ángel Urbina el trabajo es imprescindible en la integración de estas personas y a aquellos que no puedan trabajar les recomienda labores de voluntariado. Estos estímulos van más allá de ayudas y prestaciones: son terapéuticos. «Tener un empleo es lo que más ayuda a recuperarse y a sentirse aceptado por la comunidad. Porque si no, te sientes minusvalorado, algo que les pasa incluso a aquellos que están pensionados». Y añade: «Cualquiera merece tener sueños y aspiraciones».

Como los que tiene Albert Díaz, vecino de Cornellà, Barcelona, que como Montse y Yazmín es activista de Obertament. Tiene 43 años, un 43% de discapacidad y un currículum muy extenso. A pesar de las dificultades, no ha parado de trabajar. De niño sufrió una encefalitis vírica y tiene un trastorno límite de personalidad, además de afrontar episodios de epilepsia y tres hernias.

«Cuando fui mozo de almacén me pedían descargar 10 palets, pero yo llegaba sólo a la mitad porque tenía que hacer otras tareas», cuenta Albert. «Me amenazaban con dejarme sin vacaciones si no acababa». No fue la única situación de acoso que vivió: «En otro empleo sin cualificación dentro de una empresa familiar no conseguía aprender a montar unas bobinas de un alternador de coches y me hicieron la vida imposible».

Albert tiene problemas de aprendizaje, pero aprende. Sólo necesita más tiempo y que se preocupen por enseñarle.

—¿Está contento ahora?

—Sí. Trabajo de auxiliar administrativo en una ONG a media jornada y allí son conscientes de mi problema de salud neurológica y me encargan tareas adaptadas para mí. Trabajo con mujeres y eso me resulta más cómodo, porque el ambiente laboral es menos agresivo.

La preocupación por la salud mental no sólo tiene fines sociales, sino también económicos, algo que muchas empresas aún no reconocen. «Las que demandan talento tendrán más éxito cuanto antes aborden este tema para retener a su personal y aquellas que no necesiten mano de obra tan cualificada tendrán menos bajas y aumentarán su productividad», explica Carlos Alcoba. «La salud mental no es una moda, sino una nueva forma de entender el mundo de los negocios. Tendrá su impacto en la cuenta de resultados».

Mientras tanto, hay que darle las gracias a los que dan el paso de hablar de esto públicamente. Se lo decimos a Montse Bizarro, la novelista.

—Sufre de fobia social, sin embargo sale en este reportaje dando la cara. ¿Por qué?

—Por la gente a la que le pasa lo mismo que a mí. Quiero que sepan que no están solos.



VIVIR SIN OLFATO DESDE LA INFANCIA: "NO SÉ CÓMO HUELE UNA ROSA, NI MI COLONIA NI ALGO DESAGRADABLE"

Anosmia. La pérdida de capacidad olfativa, popularizada por el covid, provoca un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes

Por Shant Pérez. Fotografía de Gorla Letza (Araba Press)

La mayoría de las personas reconocemos ese olorito cuando llegamos a casa de los abuelos, rústico y acogedor, o cuando después de una tarde lluviosa nos visita la brisa que trae un aroma fresco y de tierra mojada. Incluso aquellos olores desagradables cuando abres la puerta de un baño público, una mezcla de todo un poco. Si somos realistas no prestamos atención a nuestra capacidad olfativa.

El olfato es uno de los sentidos que se valoró después de que el Covid-19 nos enseñase la importancia de su función. La pandemia permitió que muchas personas experimentaran por primera vez qué era la pérdida del olfato. El Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación resalta que «cualquier pérdida en el sentido del olfato, aunque sea mínima, puede tener un efecto negativo en su calidad de vida».

Aunque hay personas que pierden el olfato naturalmente con la edad, también están aquellas que nacen sin este sentido, una alteración denominada anosmia, y aquellos que lo han perdido en un determinado momento de su vida por una

enfermedad. «Yo nací sin olfato. Mi abuela paterna tampoco lo tenía. Al final, podría haber sido hereditario», comenta Silvia Anguera, quién desde su nacimiento padece de anosmia congénita. «Sin embargo, no es algo traumático porque nunca he tenido este sentido. A mucha gente le causa traumas el hecho de perderlo, pero yo ya estoy acostumbrada a vivir sin olfato».

Este sistema está ligado a muchas partes del cerebro: los olores pueden afectar el pensamiento, la memoria, el comportamiento y las emociones. Muchas de las personas que sufren problemas del olfato, también muestran dificultad en conseguir el sentido del gusto.

«Los sentidos del gusto y del olfato están estrechamente relacionados. La mayoría de las personas que van al médico porque piensan que han perdido el sentido del gusto, se sorprenden al saber que lo que tienen es un trastorno del olfato», según los datos que ha registrado el Instituto Nacional de la Sordera. En un artículo publicado en *Horizon*, a través de la Dirección General de Investigación e Innovación de la Comisión Europea, se recoge como investigación que buscan la manera de devolver el sentido del olfato a las personas que lo han perdido completa-

mente. El estudio que tiene como finalidad hallar la manera en que las personas conserven su capacidad de detectar olores, resalta que «hasta una quinta parte de la población mundial padece una pérdida parcial o total del olfato». La OMS antes del Covid lo cifraba en un 5% de la población, aunque diferentes investigaciones la sitúan desde el 1% hasta el 25%. Ese porcentaje aplicado a la población de España podría suponer más de 2,3 millones de personas.

Hay que tener en cuenta que la pérdida de olfato es algo degenerativo, que se pierde con la edad y realmente toda la población es afectada por ello. A partir de los 30 cada vez va a peor. Mucha gente mayor o anciana no tiene olfato y cómo lo ha ido perdiendo tan lentamente no es consciente. Se estima que por encima de los 60 años lo sufren entorno al 50% de la población y un 80% por encima de los 80.

Silvia admite que su nariz sí detecta los olores fuertes como «el alcohol que utilizamos para desinfectar alguna herida o el esmalte. Eso sí que lo noto pero porque son productos químicos. Aún así, no sé ni cómo huele mi colonia, ni una rosa, ni algo desagradable». Añade que «después de todo sí es un problema por el tema de la ropa o la comida. Yo vivo con mis padres y por suerte ellos son mi nariz para muchas cosas». «Siempre pienso como que me estoy perdiendo una dimensión sensorial. Te parecerá una tontería, pero hay gente que dice: 'esta persona ha bebido', y yo hasta que esta persona no habla raro o no hace cosas raras, no me entero porque quizá lo que los demás primero detectaron fue ese aroma a alcohol».

Claudio Fragola, jefe de servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Vithas Madrid, cuenta a *Papel* que existen varios factores que contribuyen a la pérdida del olfato, como «el tabaco, los pacientes que tienen rinitis, afectación nasal o

poliposis. En general, cualquier alteración de la mucosa nasal o de patologías que afectan la membrana nasal, pues originan problemas de olfato».

Por otro lado, un estudio realizado por *PubMed Central* mostraba que la exposición a la contaminación ambiental puede estar relacionada con el deterioro del olfato. «Estas toxinas pueden dañar directamente la mucosa olfativa tras su inhalación, a través de efectos citotóxicos directos y daños en el ADN, lo que a menudo provoca la metaplasia escamosa de este tejido». Las personas con estos trastornos pueden sufrir una pérdida en la capacidad de oler o padecer cambios en cómo perciben los olores. Sin el olor, los sabores de la comida pueden parecer desabridos debido a la relación entre el sentido del gusto y el olfato.

Silvia recuerda: «Cuando yo era niña, era algo difícil de explicar porque si no sabes lo que es oler, cómo explicas que no hueles. Entonces te vas dando cuenta cuando los demás hablan de esto huele a tal, o lo otro huele así». «Fui con mi padre y me hicieron unas pruebas. Tenían este doctor con una cajita de 20 frasquitos con diferentes aromas. Me hicieron unas pruebas con los ojos tapados y yo tenía que

reconocer cada olor. Al final solo reconocí dos, de los cuales el doctor me dijo que podría haber sido pura coincidencia». Este sentido está unido a diferentes terminaciones nerviosas que ayudan a detectar sustancias irritantes que nos hacen llorar. Además, hay que resaltar el papel fundamental que éste desempeña en cuanto a la identificación de olores que representan un riesgo, como un producto en mal estado o una fuga de gas en el hogar.

«Si llegas a ponerte una camiseta tres veces, depende si es verano o invierno, puede tener un mal olor. En este caso, siempre recorro a algún familiar para que me ayude con el olor y si no, pues lo que hay que hacer es ser muy consciente del tema higiene. Mucha gente me dice que vaya tontería, pero claro, yo me ducho cada día, utilizo un buen desodorante porque me da miedo a lo mejor que yo vaya oliendo y que la gente se sienta incómoda», relata la mujer con anosmia.

Silvia cuenta sus trucos y cómo ha aprendido a potenciar el resto de sentidos. «Yo he vivido sola y lo que he hecho es potenciar mi percepción a través de los demás. Observo, lo toco y tengo que probar. Por ejemplo, un jamón cocido que cuando ya notas que está como viscoso tocándolo con los dedos, ya piensas 'no sé si estará bueno'. Abriendo el paquete como hacéis los demás no lo podemos detectar».

Fragola señala que «es un órgano muy importante, se ha demostrado que el olfato es lo que primero que se pierde en muchas enfermedades neurodegenerativas. La gente que tiene problemas de pérdida de olfato, como también en ocasiones va asociada al gusto, tienen menos ganas de comer porque las cosas no las huelen, ni saben a nada».

¿SE PUEDE PERDER Y RECUPERAR? Sin duda existen diferentes casos. Hace diez años, Rubén Ruiz perdió su sistema olfatorio por un traumatismo y ya no puede volverlo a recuperar. A causa de esto, y por la escasa información en aquel entonces, con la ayuda de más personas logró crear la Asociación Española de la Anosmia, siendo él uno de los afectados y el actual presidente de la organización donde ayuda a personas que pasan por las mismas circunstancias que él.

«Mi pérdida del olfato no se consideraba (ni se considera) como una discapacidad, no tenía manera de mostrarlo. Muy poco se sabía y la información era escasa», resalta Ruiz. «No es lo mismo crecer teniendo algo, que haberlo perdido desde un momento en concreto. Yo mismo entré en una época donde sufrí depresión. Afecta mucho a la capacidad de recordar. El olfato y la memoria están súper ligados».

El otorrino explica que hay dos grandes formas de pérdida de olfato. La primera, «imagínate: tú te pones un tapón en la nariz y no hueles, pues todo lo que hace ese tapón en la nariz es que no hueles, pero dura mientras esté puesto. Normalmente al quitarlo se recupera el olfato». Esto se debe a un problema mecánico que se puede desarrollar a través de una sinusitis, una rinitis catarral, etc.

Sin embargo, cuando se trata de un origen derivado de determinados virus, «como el de la gripe que ya lo conocíamos desde antes, o el de Covid, esos originan una afectación pura del nervio, esto genera una alteración más profunda en el nervio y por eso se

“Nací sin olfato, igual que mi abuela paterna. No resulta traumático porque nunca lo he tenido, pero sí es un problema por la comida y ropa”

Anosmia. La pérdida total del olfato se considera la incapacidad de poder detectar olores. Muy raramente se puede nacer sin este sentido, lo que se denominaría como anosmia congénita

Hiposmia. Es una disminución parcial en cuanto a la capacidad de percibir olores. La causa más frecuente de esta alteración es la congestión de la mucosa nasal como consecuencia de un resfriado común

Parosmia. Es la distorsión del sentido del olfato, es un cambio en la percepción normal de los olores. Por ejemplo, cuando algún olor resultaba agradable pero ahora ya ha dejado de serlo

Fantosmia. Conocido como “una alucinación olfativa”, ocurre cuando se percibe un olor que no está presente dentro del campo olfativo. Un olor fantasma es en la mayoría de los casos desagradable

Silvia Anguera descubrió que tiene anosmia congénita desde su nacimiento.

pierde el olfato durante mucho más tiempo, pero no tiene nada que ver con el cuadro de la nariz tapada». No obstante, Fragola aclara que el nervio olfativo «es el único del organismo que recupera su función».

SESIONES DE ENTRENAMIENTO. De la misma forma, Franklin Mariño, especialista en la Unidad de Rinología del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Ramón y Cajal (Madrid), afirma que «muchas veces se puede mejorar la pérdida del olfato con la cirugía, ocasionalmente mejora. En esos casos son problemas constructivos». Pero, la experta matiza que cuando se trata de una causa neurológica, «como puede ser una anosmia viral en la que se han visto afectadas tanto los receptores a nivel de la nariz, como toda la vía olfatoria a nivel neurológico y central, en esos casos sí que se recomienda hacer entrenamiento olfatorio». Existen diferentes tratamientos y entrenamientos que ayudan a recuperar el olfato. Para destapar la nariz se puede realizar lavados nasales o el uso de sprays. Fragola aconseja evitar la «exposición a sustancias de humo, a productos químicos, evitar el tabaco, y congestión nasal, lo cual es difícil, pero sí sucede, hacer lavados nasales; es la única protección que se puede hacer. Para mejorar el olfato, simplemente entrenando y mejorando su memoria olfativa».

El entrenamiento olfativo consiste en que la persona «se somete a una sustancia olorosa varias veces al día intentando recordar cómo olía antes de tener la pérdida del olfato, eso hace que el sistema neurológico central, relacionado con la memoria y con el olfato, se vaya regenerando muy lentamente. Es un proceso que tiene una duración mínima de seis meses y en algunos casos sí que se consigue que haya una mejoría del olfato, bien sea parcial o completa», recalca Mariño.

¿POR QUÉ NO ES UNA DISCAPACIDAD? Así como los demás sentidos, el tacto, el gusto y la visión, el olfato es uno cuyo rol es importante para el ser humano. Sabemos que la pérdida de la visión y la audición forman parte de las discapacidades sensoriales. Anguera comenta sobre la inquietud de sus amigos al no plantearse si su pérdida del olfato es una discapacidad porque «al final de los cinco sentidos te falta uno», expresan sus colegas.

El presidente de la Asociación Española de la Anosmia afirma que «es muy difícil de demostrar que tú no hueles, no está reconocido», además «se necesitan de unos aparatos y pruebas muy caras que imposibilitan el proceso para obtener algún certificado de discapacidad».



Por
**Angélica
Reinos**

Cada vez que entraba en contacto con el alcohol, él acababa en un coma etílico. «No me acordaba de nada de lo que había hecho. Era algo espantoso». En 1988 M.H. reconoció que necesitaba ayuda. Decidió ir a Alcohólicos Anónimos. Desde entonces, lleva 36 años «sin beber ni una gota de alcohol». «Esa fue mi solución. Me enseñó a vivir dignamente», afirma. Ahora M.H. está preocupado por el futuro de la organización que le salvó la vida.

Esta semana Alcohólicos Anónimos (AA) cumplió 89 años. «Fieles a nuestros principios desde 1935» fue el lema con el que se celebró en un salón de actos en Madrid. Los protagonistas del encuentro fueron los miembros de AA, quienes, con el previo y característico sa-

ludo de «hola, soy X y soy alcohólico», compartieron sus testimonios. El evento transcurrió entre risas y agradecimientos, pero hacia el final se volvió tenso. El cisma.

LAS FICHAS Y 60 CRÍTICOS CON LOS 'MINNESOTOS'

60 miembros de Alcohólicos Anónimos, entre ellos M.H., que lleva 36 años sin beber como muestra la ficha de la foto, han firmado una carta para denunciar que el Modelo Minnesota ha llegado a su organización y que hay personas que quieren «desvirtuar el sentido original» de AA: «Son personas que dicen ser terapeutas y quieren imponer sus ideas sobre los demás».

partidarios de esta metodología se han entrometido en los grupos. Algo que, según ellos, «se escapa del objetivo de la organización».

Alcohólicos Anónimos se creó en Akron, Ohio (EEUU), con unos ideales. «La ayuda mutua entre iguales», gratuita y bajo la creencia de que «cualquier alcohólico puede dejar de beber si se concentra en no tomar la primera copa, un día a la vez». Además, siguiendo los principios del programa de los *Doce pasos* sin ataduras.

Por su parte, el Modelo Minnesota se basa en los mismos *Doce pasos* de AA, pero ofrece un enfoque más estructurado y profesionalizado —«dogmatizado», según algunos miembros de AA—, con el paciente ingresado en un centro de rehabilitación. Intenta combinar la experiencia de adictos en recuperación con el conocimiento científico. Persigue una ayuda integral al paciente a través de distintas terapias.

La primera crítica que hacen algunos de AA es que usan los *Doce pasos* de forma «dogmática». A su vez, aseguran que han notado una «intromisión» de personas que dicen ser terapeutas y que tratan de imponerse sobre los demás, usando el programa «como instrumento de dominio».

I.H. estuvo ingresado en un centro de rehabilitación que trabajaba con el Modelo Minnesota. Pero, según cuenta a *Crónica*, ha sido AA lo que realmente le ha ayudado. Tras cumplir los tres meses de tratamiento en un centro, salió y al poco tiempo recayó en la bebida. Cuenta que su familia pagó alrededor de 12.000 euros. «A mí me chocó el concepto imposición, de autoridad y de exigencia, así como la falta de empatía», recuerda.

Al salir, continuó yendo a Narcóticos Anónimos (NA), pero allí también se sintió juzgado. Sobre todo, cuando recayó. «Les decían a los compañeros que no hablasen conmigo, hubo insultos en la sala... Usaban el método Minnesota y eso me produjo bastantes dificultades». Fue entonces cuando I.H. decidió irse a AA. En julio hará dos años «sin consu-

ne nada que ver con lo que es AA, que tiene una filosofía que es respetable y que, en cierta manera, ayudó en la creación del Modelo Minnesota». Asimismo, dice que no siempre emplean los *Doce pasos*. «Lo que sí se utiliza son algunos principios: cómo que se trata la enfermedad como crónica, progresiva y multifactorial».

LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

En la misma línea, Sandra Bruzón, psicóloga del Centro Recovery, detalla que «AA es un grupo de autoayuda, diferente a una comunidad terapéutica, que brinda un tratamiento psicológico y médico». La metodología del centro se basa «primero, en la desintoxicación, ayudar a lidiar con la abstinencia; luego la deshabitación, dar herramientas para gestionar la vida y, por último, ayudar a la reinserción en la sociedad».

Al salir del centro, invitan a continuar con las terapias. La psicóloga admite que sólo recomiendan asistir a AA cuando las personas no tienen recursos económicos. «No solemos recomendarlo porque a veces hay mensajes contradictorios en lo que son AA o NA con lo que se trabaja en una comunidad terapéutica, además tienden a generarles rechazo las comunidades terapéuticas». Brinda un ejemplo de los diferentes puntos de vista. «No recomendamos ir a bares porque se activan estímulos que pueden incitar a beber. Mientras que en AA ven con más normalidad el ir a bares bajo la premisa de «no voy a beber»».

Tanto AA como los centros que implantan el Modelo Minnesota persiguen el mismo objetivo. Sin embargo, varios miembros de AA insisten en la necesidad de dejar intacta la esencia de su organización. «No estamos en contra de los centros públicos o privados que ofrecen asistencia a los alcohólicos», aseguran. Aun así, denuncian que el problema se da cuando quieren implantar esa metodología dentro de sus grupos. «Si ellos se hubieran limitado a hacer eso en sus centros, yo no opinaría, pero si dejamos que esto siga su curso, AA desaparecerá», finaliza M.H. @AngélicaArv

'Minnesota' abre un cisma en Alcohólicos Anónimos

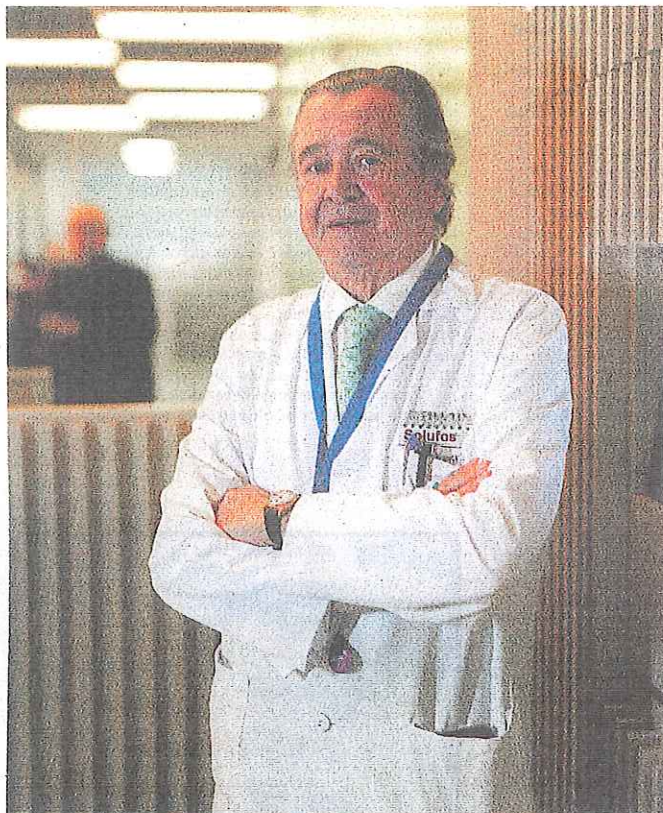
El 89 aniversario de la organización que ayuda a las personas con problemas de adicción saca a la luz una división entre el modelo puro y de igualdad de los 'Doce pasos' y una terapia más compleja, de pago y con jerarquías, de nombre Minnesota. Discrepan sobre si se debe ir a bares, por ejemplo. Representantes de las dos posturas nos lo cuentan

mir ninguna sustancia». En AA, cuenta, recuperó la confianza en el grupo y encontró las herramientas para mantenerse sobrio y no sentirse controlado o juzgado. «Allí nadie me obligaba a aprenderme el programa de los *Doce pasos* y podía expresarme con libertad».

Dentro de AA hay quienes defienden la implantación del Modelo Minnesota, la mayoría porque vienen de algún centro de rehabilitación que lo usa o porque trabajan en una clínica como terapeutas exadictos, pero prefieren no opinar «para evitar polémicas».

José Manuel Zaldua, director del grupo de rehabilitación Reinservida, explica que el método de sus centros difiere del de AA. «La metodología Minnesota que utilizamos no tie-

SALUD



DR. PÉREZ-CASTRO

“Las revisiones anuales de próstata son importantísimas para salvar vidas”

Cada año se detectan en España unos 18.000 nuevos casos de cáncer de próstata y, aunque se trata del tumor más frecuente en hombres, el 90% de los casos son potencialmente curables

Por **UN Studio**

La tasa de supervivencia relativa a 5 años para la mayoría de las personas con cáncer de próstata local o regional es casi del 100%, siempre con un tratamiento adecuado. Pero, para las personas diagnosticadas con cáncer de próstata que se ha diseminado a otras partes del cuerpo, la tasa de supervivencia relativa a 5 años es

sólo del 32 %. Este simple dato muestra lo importante que es un diagnóstico precoz en esta enfermedad. De ello hablamos con el Dr. Enrique Pérez-Castro.

PREGUNTA. Los hombres, escuchamos cáncer de próstata y todos nos encogemos. Actualmente, ¿es tan grave como nos pensamos?

RESPUESTA. No, no es tan grave, siempre y cuando lo detectemos a tiempo, es decir,

“Con un diagnóstico precoz, las posibilidades de triunfar sobre el cáncer de próstata, son muy altas, pero ello se consigue con revisiones anuales”

“La mayoría de los hombres con cáncer de próstata no presenta cambios que ellos puedan notar: los signos aparecen más tarde, a medida que el cáncer se desarrolla”

podamos realizar un diagnóstico precoz. Si se consigue, las posibilidades de triunfar sobre el cáncer de próstata, son muy altas.

P. ¿Cuáles son las metástasis más comunes?

R. En teoría, las células cancerosas de la próstata pueden propagarse a cualquier lugar del cuerpo. Sin embargo, en la práctica, la metástasis del cáncer de próstata se produce con mayor frecuencia en los huesos y los ganglios linfáticos. Esta situación es la que debemos evitar a toda costa, y esto solo se consigue con vigilancia urológica periódica.

P. En la última entrevista que hicimos, hablamos de prevención, pero creo que no está de más recordarlo... ¿Consejos?

R. Revisiones anuales es el Estándar Dorado del cáncer de próstata.

P. Y en una de estas revisiones, nos dan la mala noticia en forma de un positivo, ¿qué nos espera?

R. Cuando una biopsia de próstata es positiva, significa que se ha detectado un cáncer de próstata. Además de la información previa (PSA análisis y RMMP resonancia), la biopsia nos aportará, entre otras cosas, el índice de Gleason, el cual es una clasificación histopatológica que nos indica cuál es el grado de agresividad del tumor, un dato importantísimo de cara al pronóstico de la enfermedad.

P. Profundicemos un poco en el tratamiento: ¿a qué posibles escenarios nos deberemos enfrentar?

R. Un estudio presentado en la reunión anual de la Asociación Urológica de Canadá, celebrada en Ottawa, ha puesto de manifiesto que los pacientes sometidos a cirugía del cáncer prostático tienen más posibilidad de curación y de éxito que aquellos tratados con radioterapia. No obstante, cuando tras la cirugía hay una nueva elevación del PSA, entonces la radioterapia complementaria es muy efectiva.

También hay el tratamiento médico, que generalmente es una combinación de inyectable y oral (bloqueo androgénico), pero este se reserva para personas de edad avanzada, con problemas para ser intervenidos o con la enfermedad avanzada.

P. ¿Qué resolución podemos esperar?

R. Como hemos comentado, si se es diagnosticado precozmente, hay muchas posibilidades de resolución.

El cáncer de próstata suele crecer lentamente durante un período de muchos años y absolutamente en silencio, que es el gran problema.

P. Así, ¿no notaremos nada si tenemos cáncer?

R. Correcto. La mayoría de los hombres con cáncer de próstata no presenta cambios que ellos puedan notar. Con más frecuencia, los signos del cáncer de próstata aparecen más tarde, a medida que el cáncer se desarrolla. Por ello, y no me cansaré de repetirlo, las revisiones periódicas son tan importantes.

P. El avance en este campo en los últimos años ha sido abrumador, ¿cuáles son las perspectivas para los próximos?

R. Así es, y creo que vamos hacia un futuro cada vez más esperanzador, pero siempre que no bajemos la guardia en cuanto a las revisiones anuales: las revisiones anuales son importantísimas para salvar vidas.

SOBRE EL DR. ENRIQUE PÉREZ-CASTRO

Nació en Madrid en 1950. Desde 1980 y hasta 2023 ha sido Director/Editor de la Revista y Vídeo “Archivos Españoles Urología”, y es Jefe de la Unidad de UROLOGIA en Hospital Quirón La Luz.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid en 1974, inició su formación urológica en Stuttgart (Alemania) con el profesor Reuter. Realizó la especialidad en el Hospital Provincial (Gregorio Marañón en la actualidad) con estancias en Estados Unidos, (Martland Hospital y New Jersey, con el Prof. Iglesias) y Alemania. De 1978-1985 fue adjunto al Servicio de Urología en el Hospital La Paz de Madrid y profesor de clases prácticas de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Entre 1979 y 1980 inventó, desarrolló y patentó el ureteroscopia rígido, instrumento que revolucionó la Endourología permitiendo el acceso al 50% del aparato urinario superior, que hasta ese momento estaba vetado a la vista del urólogo.

Miembro de las Sociedades Urológicas más importantes, es autor de más de 150 publicaciones científicas, estudios y películas de urología.



MUNDO AGRARIO

IMPULSO AL RESCATE DE TIERRAS AGRARIAS.

Un nuevo decreto permite recuperar fincas abandonadas en Castilla y León por el éxodo rural que pasaron a ser catalogadas como

forestales. La norma deroga otra más antigua con más de treinta años, tras la cual la Comunidad ha ganado un millón de hectáreas de monte para la actividad agraria

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

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

AÑO CXI. Número: 18.915

Los pacientes dan un sobresaliente a la atención en los ingresos hospitalarios

Pág. 9

6

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Lunes 17 de junio 2024

SORIA

El estudio sobre los contagios en las guarderías se amplía a 431 niños

La experiencia busca plantear recomendaciones para minimizar las transmisiones más frecuentes por virus gastrointestinales, respiratorios de vías superiores y boca-mano-pie

SORIA

El estudio de investigación, liderado por Sacyl e impulsado por el pediatra del área de Salud Almazán-Soria, Rafael Peñalver, para rebajar los contagios por virus y enfermedades contagiosas en menores escolarizados en las guarderías se amplía a 431 menores de 20 centros. Eficacia de las implantación de medidas higiénicas para reducir infecciones en escuelas de educación infantil es el título del trabajo para minimizar los contagios, que en diciembre aglutinaba a 320 niños menores de tres años.

El estudio plantea una serie de recomendaciones, muchas de ellas aplicadas, para minimizar los contagios más frecuentes por virus gastrointestinales, respiratorios de vías superiores y boca-mano-pie, principalmente. Muchas de las medidas higiénico-sanitarias, según Peñalver, son de sobra conocidas pues se integraron a raíz de la propagación del covid-19.

«Queremos determinar las infecciones y comprobar que si se aplican una serie de medidas higiénicas se reducen. El proyecto incluirá aplicar las medidas en la mitad del centro y en otras no para realizar una compa-



Centro de Educación Infantil Rosa León, uno de los participantes. MARIO TEJEDOR

rativa», resalta a lcal para señalar que las guarderías son un foco de contagio de enfermedades. Peñalver cuenta que se intentará mejorar las condiciones higiénico-sanitarias como la ventilación, lavado de manos o limpieza de la zona de juegos, toda vez que el primer niño caiga enfermo pa-

ra evitar que el resto de compañeros se contagien.

El proyecto arrancó con un equipo formado por cinco pediatras, tres residentes y una enfermera, pero en la actualidad ya se ha ampliado a once personas, ocho médicos y tres enfermeras pediátricas. «Todavía no se han

realizado estudios en los que se evalúe el impacto de establecer una formación reglada en el profesorado y los padres de los alumnos para prevenir los diversos tipos de infecciones más frecuentes. Otros informes sí evalúan la eficacia de una medida aislada o en situaciones muy concre-

tas o períodos muy cortos, pero no se han encontrado estudios que evalúen la eficacia de introducir un conjunto de medidas simultáneo en los centros educativos», explica el doctor.

El proyecto incluye que lo largo de este año los padres de los pequeños participantes avisen a su centro infantil cuando su hijo está malo y de qué para realizar un registro de las enfermedades. Las infecciones registradas más frecuentes en los dos primeros meses del curso fueron de las vías altas, sobre todo catarros, y gastroenteritis.

El próximo curso se realizará una comparativa, totalmente aleatoria, entre dos grupos de guarderías. En uno se intervendrá y en el otro se seguirá como hasta ahora. Así, unas guarderías (grupo de no intervención), mantendrán las medidas de higiene y prevención de infecciones que se estén realizando habitualmente en cada una de ellas, mientras que en el otro grupo (de intervención), se implantarán unas medidas específicas concretas, se educará a trabajadores del centro y a los padres de los niños sobre prevención de enfermedades infecciosas y se les facilitará los recursos necesarios para ello. «El objetivo es evaluar a posteriori el impacto que esta intervención tiene en la salud de los niños».

Para ello los investigadores precisan la colaboración de los progenitores rellenando unos cuestionarios periódicamente y acudiendo a las charlas programadas. La aleatorización de las guarderías en uno u otro grupo se realizará al azar por los investigadores del estudio para darle la mayor credibilidad posible a este proyecto totalmente altruista.

CASTILLA Y LEÓN

Los pacientes dan un sobresaliente a la atención en ingresos hospitalarios

Los usuarios valoran con una media de 8,8 puntos sobre 10 aspectos relacionados con el trato, la intimidad, seguridad, limpieza o confort en centros de Castilla y León

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Los hospitales de Castilla y León se gradúan rozando el sobresaliente. Así lo consideran los pacientes que han otorgado una media de 8,8 puntos sobre 10 en la atención recibida durante su hospitalización en los centros de la Comunidad tras valorar el trato, la intimidad, información y participación, restauración, seguridad del paciente, limpieza y confort o la humanización.

Los resultados extraídos de las encuestas de satisfacción realizadas por la Consejería de Sanidad en el marco del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2022-2026 reflejan que el 82% de los 5.720 encuestados realizan una valoración muy positiva de su satisfacción global con la experiencia vivida durante su hospitalización, con una puntuación media de 8,6/10.

Además, cuatro de cada cinco encuestados también valoran positivamente la información facilitada por los profesionales sanitarios durante el ingreso como de la adecuación del tiempo dedicado a su atención (82% y 78%, respectivamente), si bien un 21,1% apunta que tuvo algún incidente durante la hospitalización.

Los encuestados puntúan el trato y la amabilidad del profesional que les atendió con un 9,1/10, otorgando más de la mitad de los encuestados (56%) la máxima puntuación (10 puntos).

Más del 95% de los encuestados

Satisfacción de los pacientes durante la hospitalización

Resultado globales

Atención recibida

	Escala 1-10	Escala 1 (muy mala) -10 (muy buena)
10	48,3	86,4
9	21,5	
8	16,6	10,4
7	15,9	
6	12,4	3,3
5	12,1	
4	10,8	
3	10,9	
2	10,4	
1	11,2	

Ficha: 5.720 encuestas completadas mediante envío de SMS a pacientes hospitalizados y con alta hospitalaria entre septiembre de 2023 y enero de 2024. Nivel de confianza 95% y margen de error de $\pm 1,2$ para resultados globales y del $\pm 4,4$ -5,5 por hospital.

FUENTE: Consejería de Sanidad

Por áreas de salud

% de encuestados con valoración muy positiva (>8)

Ávila	84,6
Burgos	87,2
Miranda de Ebro	91,4
Aranda de Duero	89
León	88,2
El Bierzo (León)	83,4
Palencia	82,9
Salamanca	86,8
Segovia	86,3
Soria	88
Clinico U. Valladolid	66,1
Medina del Campo	89,1
Rio Hortega Valladolid	89,8
Zamora	81,2
Total	86,4

una valoración igual o menor a 5 sobre 10 uno de cada cuatro encuestados, y donde un 20,6% de los encuestados considera que la variedad de los alimentos es un aspecto de mejora.

HOSPITALES

Por hospitales, el Complejo Asistencial Universitario de León fue el que más altas hospitalarias acaparó entre septiembre de 2023 y enero de 2024 con un total de 32.482, seguido del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (29.655), Complejo Asistencial Universitario de Burgos (26.824), Hospital Clínico Universitario de Valladolid (25.687), Hospital Universitario Río Hortega (23.142), Complejo Asistencial de Zamora (16.599), Complejo Asistencial Universitario de Palencia (16.156), Hospital El Bierzo (13.821), Complejo Asistencial de Ávila (12.753), Complejo Asistencial de Segovia (12.164), Complejo Asistencial Universitario de Soria (7.822), Hospital de Medina del Campo (4.105), Hospital Santiago Apóstol (3.970) y el Hospital Santos Reyes (3.628).

La Junta valora estos resultados del muestreo como «un nuevo reconocimiento de los ciudadanos a la calidad de la asistencia prestada en la Sanidad de Castilla y León, valorando en términos muy positivos la labor de todos los profesionales, reforzando puntos fuertes y ofreciendo oportunidades de mejora».

hacen una valoración positiva de la confidencialidad de la información; más del 90%, del respeto de la intimidad y la limpieza de las instalaciones; y más del 85%, de la presentación del médico responsable, de la atención y la identificación de los profesionales, del respeto del descanso nocturno y del ruido ambiental y el confort de las instalaciones, según señala la Administración autonómica en un comunicado.

Casi dos tercios de los encuestados (62%) realizan valoraciones ex-

celentes (9 y 10 puntos) cuando se les pregunta sobre la probabilidad de recomendar, en caso de necesitarlo, la hospitalización en su hospital/complejo asistencial a otras personas de su entorno.

Sin embargo, existe cierto margen de mejora con respecto a la atención al dolor, donde el 72% realizan una valoración muy positiva (igual o mayor a 8 sobre 10) y, sobre todo, en relación con el servicio de restauración, donde la valoración muy positiva se sitúa en el 53%, realizando

El Consejo de Enfermería pide contar con enfermeras escolares en los colegios

VALLADOLID

El Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León ha instado a las autoridades competentes a que se ponga en marcha el despliegue de enfermeras escolares en todos los centros educativos de la Comunidad.

El Consejo lamenta que aún no se ha implementado esta iniciativa «crucial» en la región, a pesar de la «importancia indiscutible» de contar con profesionales de enfermería en el entorno escolar, informa Europa Press.

Asimismo, sostiene que la presencia de enfermeras en los centros educativos contribuye a salvaguardar la salud y bienestar de los estudiantes, así como a desempeñar un «papel fundamental» en la promoción de la salud y la preven-

ción de enfermedades.

El presidente del Consejo Regional de Enfermería de Castilla y León, Enrique Ruiz Forner, afirma que es «esencial» que se ponga en marcha este despliegue lo antes posible para proporcionar atención sanitaria de «calidad y promover hábitos saludables entre los estudiantes». De la misma forma, desde el Consejo resalta la «urgencia» de poner en marcha este despliegue de enfermeras escolares en toda la Comunidad autónoma, conforme a las razones legales que justifican esta iniciativa.

«Es imperativo que se dé prioridad a la salud y bienestar de nuestros niños y jóvenes, y la presencia de enfermeras escolares es un paso fundamental en esta dirección», remarca Ruiz Forner.

#CIERRA UNICEF

No más hambre.
No más discriminaciones.
No más injusticias.
No más enfermedades.
Ayúdanos a construir un mundo en el que no seamos necesarios.

DONA AHORA
cierraunicef.es
900 907 133

unicef

CRÓNICA

Cuarenta monjas de clausura al rescate del 'saludable' torrezno de Soria

(O EL MILAGRO DE SALVAR A UN PRODUCTO "DEMONIZADO")

Su ingesta moderada, junto con fibras, baja el colesterol y reduce la cintura. Es ciencia, y ha tomado cuerpo en un estudio académico. Además, lo han probado en sus propias carnes, alentadas por tres investigadoras de la Universidad de Valladolid, 40 monjas clarisas de un mismo convento, impulsadas por un veterano patólogo. La más joven tenía 18 años. La mayor, 90

Por
**Luigi
Benedicto Borges**

Pese a ser considerada una de las joyas de la gastronomía española, un manjar compuesto de crujiente y dorada corteza por un lado, y tierno magro y tocino por otro, el torrezno de Soria es un producto señalado, un placer culpable que atrae al paladar pero mancha la conciencia tras el primer bocado. Estigmatizado en las dietas, sus componentes suelen ser señalados como peligrosos al considerarse potencialmente dañinos para la salud cardiovascular. Un producto «demonizado» que, en pleno siglo XXI, ha sido rescatado para el lado del bien por un grupo

de 40 monjas. Ayudadas por la ciencia, eso sí.

Durante 98 días, las hermanas clarisas de Soria han comido 150 gramos de torreznos dos veces por semana para un estudio de la Universidad de Valladolid. Y las conclusiones son contundentes: el torrezno de Soria, frito en aceite de oliva virgen extra y consumido en combinación con alimentos ricos en fibras como el brócoli, mejora el síndrome metabólico en mujeres sanas con sobrepeso. Lejos de ser perjudicial, mejora los factores de riesgo, disminuye la circunferencia de la cintura, así como el colesterol total y los triglicéridos. Todo un milagro.

«Estamos muy contentas con los resultados del estudio,

porque cuando te lanzas a este tipo de trabajo, con un alimento que a priori es todo lo contrario a lo que sale en el resultado, lo vives con incertidumbre», detalla la investigadora Patricia Romero-Marco. Ella, junto con las profesoras Zoraida Verde y Ana Fernández-Araque, son las autoras del estudio *Efecto sobre los lípidos en sangre y la composición corporal de una dieta rica en grasas (MUFA) y fibra: un estudio de casos y controles*, publicado en la prestigiosa revista científica *Food Science & Nutrition*. Sus conclusiones han trascendido el ámbito académico. «Ha llegado a contextos que van más allá de los investigadores. Surecepción en los medios generalistas y las redes sociales

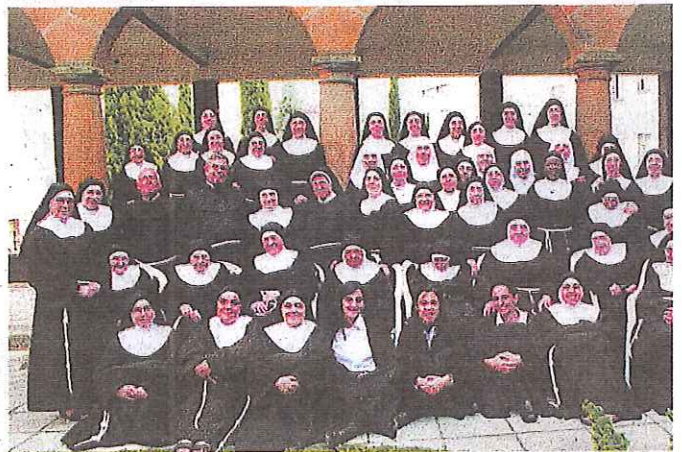
ha sido muy buena. Y se agradece», afirma Romero-Marco.

Detrás del estudio y de su repercusión emerge otra figura, Juan Manuel Ruiz Liso, doctor en Medicina y Cirugía y director de la Fundación Científica Caja Rural de Soria (FCCR), conocida como «la embajadora más destacada de la provincia en los últimos 30 años». Quien fuera jefe de Anatomía Pa-

tológica en el Complejo Hospitalario de Soria desde 1979 hasta 2018, con varios ensayos sobre cáncer, detalla a *Crónica* de dónde surgió la idea de «salvar al torrezno de Soria».

Todo comenzó hace cuatro años en Italia. Su papel como representante español en la Red de las Comunidades Embleáticas le hacía recorrer el mundo. En 2020 le llevó a Ná-

poles, donde la charla con un patólogo australiano le abrió los ojos. «Me habló de un estudio hecho en su país sobre el consumo de un producto muy parecido al torrezno, que salía de un animal familia del canguro que se consumía mucho, el wallaby. Empezó a hablarle de la importancia que era cocinarlo con aceite y acompañarlo de productos con mu-





TORREZNOS, RELIGIÓN Y CIENCIA

Las monjas clarisas de Soria (izquierda) y las investigadoras Ana Fernández-Araque, Patricia Romero-Marco y Zoraida Verde. DIOCESIS DE OSMÁ-SORIA / CRÓNICA

cha fibra. Decía que los resultados eran positivos y eso se me quedó grabado», recuerda.

Ruiz Luis trasladó la información a la Facultad de Ciencias de la Salud de Soria, perteneciente a la Universidad de Valladolid, y Romero-Marco, Verde y Fernández-Araque (con la colaboración de Celia Chicharro y Francisco Miguel Robal) se pusieron manos a la

obra. Coincidieron en que necesitaban una «población que cohabitara» para su correcto desarrollo, preferentemente con una amplia rango de edad.

Fue ahí cuando entraron en escena la Orden de las Hermanas pobres de Santa Clara de Soria. El estilo de vida de este referente monacal se ajustaba milimétricamente a los que buscaban las investigado-

ras. Cada año entran en su comunidad una o dos jóvenes, todo lo contrario a lo que ocurre en el resto del país, donde las vocaciones disminuyen y los conventos cierran. El nombramiento de cada nueva hermana es detallado con regocijo en la activa web de la Diócesis de Osma-Soria.

En el convento de clausura, anexo a la iglesia de Santo Domingo —que luce una de las mejores portadas del románico español— conviven 44 monjas muy queridas en la ciudad y que despuntan por la calidad de los dulces y turrones que elaboran en su obrador. Las rosas en honor a San Blas, las pastas café y los nevaditos son los primeros en agotarse.

Para participar en el estudio, las monjas pidieron que, por protección de datos, su nombre no figurase ni en el estudio ni en las entrevistas posteriores a su publicación, acuerdo respetado por la Universidad y la FCCR, que se han limitado a informar de que habían participado «40 mujeres con vivientes de edades comprendidas entre 18 y 90 años, excluyendo las que estuvieran diagnosticadas de demencia y/o tuvieran dificultad para tragar». Han sido fuentes eclesásticas las que han confirmado a este suplemento que fueron las clarisas las que comieron torrones durante meses.

«No quisimos elegir entre hombres, mujeres o mixto: necesitábamos una población que tuviese unos hábitos similares, que no estuviese influenciada por otros factores de riesgo externo que pudieran condicionar las estadísticas», explica Romero-Marco sin nombrar a las hermanas clarisas.

La intervención dietética se efectuó durante 98 días. Después las hermanas volvían a recuperar su dieta habitual, con una revisión posterior en el día 132. Las 40 monjas se dividieron en dos grupos de 20. El primero, denominado de control, recibió una dieta alta en monoinsaturados sin fibra: dos tomas de torrones a la semana de 150 gramos cada una. El segundo grupo, el de estudio o intervención, acompañó su dieta alta en ácidos monoinsaturados con fibra: el torrone se comía acompañado de 200 gramos de fruta y verdura.

Las hermanas clarisas no tenían que acudir a la Facultad de Ciencias de la Salud de Soria a comerse el torrone. No salieron nunca del convento anexo a la iglesia de Santo Domingo. Pero «daban fe» de que lo hacían por teléfono. Para las evaluaciones —en las que se les tomaba la presión sanguínea y se les extraía sangre para controlar los niveles de colesterol y trigli-

céridos, entre otras medidas— las investigadoras acudían a sus instalaciones. Los análisis se practicaban en la sala de enfermería.

Algunas monjas no estaban familiarizadas en exceso con el torrone y les encantó. Otras mostraban algo de saciedad cuando el estudio enfilaba su tercer mes. «Estamos cansadas. Aunque esté muy rico y muy bueno, al comerlo dos veces a la semana empieza a no gustarte tanto», decía una de las participantes cuando se hicieron los análisis del día 98, algo que era respondido por las veteranas con un «todo lo bueno, en exceso, cansa». Curiosamente, un mes después, la misma monja reconocía que

más, en uno de los grupos le aportamos fibra. Fue beneficioso», resume Romero-Marco, quien considera que queda «mucho investigación por hacer» en la alimentación. «Hay que precisar qué acompaña al alimento, porque quizá con otras distinta cantidad, frecuencia, cocinado... pueda llegar a ser saludable».

En España, cada día, se consumen alrededor de 8.000 kilos de torrones de Soria, que en 2023 logró su récord de producción con 2.924.162 kilos. A finales de ese mismo año, el torrone se vio envuelto en un bulo que se viralizó a nivel nacional e internacional, donde un falso estudio aseguraba que consumirlo era mucho más

beneficioso que tomar verduras.

«Soria era el lugar del mundo donde más cáncer gástrico se diagnosticaba. Pero hemos logrado modificar los hábitos a través de la FCCR», dice con orgullo Ruiz Liso, quien espera que se vea con mejor ojo al torrone. Sería un honor que sumara a su dilatada carrera, con sorpresas tan inesperadas como la de su *Refranero temático de la dieta mediterránea*. Sus

El estudio ha sido publicado en la revista científica 'Food Science & Nutrition' y partió de una investigación australiana

“Si tomas torrones con fibra, incluso te baja el colesterol, porque arrastras las grasas”, dice el doctor Ruiz Liso

varias compañeras y ella se «habían aficionado» al torrone de Soria. Era ya un fijo en sus recetas, siempre en un entorno de dieta mediterránea.

La mayor parte de las monjas optó por las acelgas y el brócoli para acompañar el torrone. El doctor Ruiz Liso entiende su elección. «El brócoli es una de las cosas más maravillosas que se han puesto en las tiendas», afirma. Su fibra, como la del resto de frutas y verduras que acompañaban al torrone, es la clave. «Si tomas un producto sin fibra, se retiene mucho tiempo en el estómago y el intestino. ¿Qué hace eso? Que los posibles carcinógenos que tenga contacten con la mucosa intestinal. Si el contacto es mínimo y breve, lo evacuas», explica el especialista. «Si tomas los torrones solos, tienes un potencial de riesgo nocivo. Pero si los acompañas bien, incluso te baja el colesterol, porque esas grasas las arrastras. Lo único es que, perdóname la expresión, haces de vientre dos o tres veces».

«Ambos grupos de estudio obtuvieron beneficios porque conseguimos que los ácidos grasos saturados del torrone pasaran al aceite y los del aceite, al torrone. Conseguimos una elevada ingesta de ácidos grasos monoinsaturados y, ade-

5.400 refranes son utilizados en China para aprender castellano por tener frases cultas y muy entendibles. «Me lo dijeron en la embajada china. Y una investigadora está haciendo su tesis doctoral comparando los proverbios chinos con los refranes de mi libro. Es una satisfacción personal», afirma.

Si el próximo estudio necesita un perfil similar, en el convento participarían sin dudarlo. «Las monjas han quedado encantadas de la experiencia. Ya se le ha escuchado a varias preguntar: “¿Cuándo vuelven a repetir el ensayo?”», dice una fuente cercana a las clarisas. Además, el aceite de oliva virgen extra, la fruta, las verduras y los torrones sobrantes del estudio, aportados por la Asociación de Fabricantes de Torrones de Soria y la FCCR —encargadas de financiar el estudio— se quedaron en el convento.

En la actualidad, las hermanas pobres de Santa Clara no responden al teléfono. Ni al telefonillo. La comunidad está realizando ejercicios espirituales hasta el 18 de junio. Cualquier intento de comunicación con ella finaliza con el lema con el que resumen su espíritu, con y sin torrones de por medio: «paz y bien».

@LuigiBBorges

CASTILLA Y LEÓN



Rafael, vallisoletano de 70 años enfermo de ELA junto a su mujer Ana. PHOTOGENIC

«Lo peor de la ELA es que ya no te puedes valer por ti mismo»

MIGUEL Á. CONDE VALLADOLID
Rafael llevaba meses con problemas para andar. Ahora va en silla de ruedas por que le cuesta mucho esfuerzo tenerse en pie. El 22 de noviembre de 2022, los médicos consiguieron poner nombre a lo que padecía. Esclerosis Lateral Amiotrófica, ELA. «Me levanto a las ocho para tomarme la medicación, y me tumbo una hora para hacer mis ejercicios». Así empieza el día este vallisoletano de 70 años residente en Arroyo de la Encomienda. Para él, lo peor de la enfermedad es la pérdida de independencia, «que no te puedes valer por ti mismo», afirma. «Te sientes inválido total, no me gustaría llegar a más extremo», recalca.

«Necesito ayuda para levantarme y una máquina con respirador para mover la mucosidad», asegura. Rafa va en silla de ruedas. Es autónomo a pesar de que necesite ayuda para levantarse y no pueda estar mucho tiempo de pie.

El momento del diagnóstico, recuerda, fue duro. «De tres a cinco años de vida me dieron. Yo ya lo he aceptado, aunque a mis hijos les cuesta más», afirma. Antes de los problemas para moverse, Rafa andaba en bicicleta y era muy activo. «Iba siempre con la bicicleta, andaba a todos lados, no paraba, pero cuando no puedes, no puedes». Sin embargo, ahora se sigue moviendo. De hecho, cuenta con unos pedales y una bicicleta está-

RAFAEL CONVIVE CON LA ELA DESDE HACE DOS AÑOS / LOS PACIENTES DE LA COMUNIDAD EXIGEN COMPROMISO A LAS ADMINISTRACIONES: «NO SE PUEDE TARDAR MESES EN CONCEDER UNA AYUDA»

tica para ejercitarse todos los días.

En cuanto a la economía, la ELA «supone mucho», como él mismo dice. «Tengo mis tratamientos, ELACyL me sufraga el fisio, que voy tres veces a la semana, si no sería insostenible», afirma Rafa. Actualmente cuenta con 100 euros de ayuda de dependencia, «nada más», aunque haya solicitado otra revisión en su proceso.

Otra vallisoletana, Margarita, de 76 años, comenzó a tener dificultades para moverse hace más de un año. Sus extremidades fueron poco a poco perdiendo fuerza, y ahora solo puede caminar ayudada de un andador. Este enero, después de muchas pruebas, los médicos consiguieron poner nombre a la enfermedad. Esclerosis Lateral Amiotrófica, ELA. Su hija Laura, de 46, cuenta que el momento de descubrir lo que le pasaba a su madre fue muy duro. «Vas descartando cosas, y si descartas las buenas, ya tienes que tener algo malo», asegura la hija de Margarita. «Lo peor de la ELA

es ver a alguien apagarse en vida, la incertidumbre, no saber a la velocidad a la que va a ir», contaba algo emocionada Laura.

El día a día de Margarita es básicamente estar en casa, como cuenta su hija. «Se mueve con andador, le dejamos todo preparado por la mañana» asegura. Cuenta también que es completamente dependiente de alguien cuando sale a la calle. Es Laura y su pareja, y sus tías las que velan por Margarita. Cuenta que ella es una privilegiada por tener una «red de soporte» tan grande. «No lo tiene casi nadie, me considero afortunada por ello», cuenta.

Antes de la enfermedad Margarita era una persona muy activa, «siempre lo hasido», cuenta su hija. Todos los días con alguna actividad, desde teatro, cine, conciertos de música clásica, «no paraba por casa» asegura Laura. Sin embargo, todo aquello se truncó por la ELA. «Era totalmente independiente. Ha sido un golpe muy duro, al final nos necesita para to-

do», afirma su hija.

Esta enfermedad neurodegenerativa afecta 5,4 personas por cada 100.000 habitantes en España. La esperanza de vida no supera los cinco años. En Castilla y León hay datos de alta en la asociación de la Esclerosis Lateral Amiotrófica de Castilla y León (ELACyL) 110 pacientes de ELA, aunque esta cifra no es la de afectados totales en la Comunidad, que ronda los 200 casos.

En el caso de Margarita, su hija cuenta que, por ahora, el gasto económico que requiere la ELA es manejable ya que actualmente no necesitan cuidador. «Yo tengo libertad en mi trabajo, mi marido trabaja desde casa y sus hermanas están jubiladas» afirma. Laura destaca la labor de la asociación ELACyL. «Nos dan ayudas técnicas como sillas de ruedas o máquinas en préstamo», asegura. También añade la labor del programa 'INTECUM' de Sacyl para enfermos terminales y con ELA. Este ofrece hasta cambios en las viviendas o ayudas a domicilio. Sin embargo, no todo es positivo en cuanto a la administración. Para Laura, el solicitar la dependencia es «una pesadilla». «Tiene una lista de espera muy grande, y no distinguen entre pacientes, para ellos es lo mismo un enfermo de ELA que alguien que tiene ceguera».

Esa misma falta de compromiso en las administraciones es la

que critica Soledad. «Los protocolos administrativos para pedir ayudas son muy complicados. No pueden tardar meses en responderte» afirma. Sole es enferma de ELA desde 2022, cuando le diagnosticaron que lo padecía, aunque desde 2018 ya empezó con citas médicas. Soledad tiene 65 años y vive en Soria, se mueve en silla de ruedas desde hace dos. Todo comenzó cuando sus extremidades empezaron a dejar de responderle. «En el trabajo decía, es como si quisiera mandarle un correo electrónico a mis piernas y no contestasen» cuenta entre risas Sole. Ella era bibliotecaria. A pesar de la enfermedad, no pierde la sonrisa: «Yo no pienso en lo que no puedo hacer, me niego a que solo se me considere una enferma».

Sole ya tenía experiencia previa en ELA. Su madre lo tuvo. Ella padece la variante genética. Para Sole, el momento del diagnóstico no fue tan malo, de hecho, cuenta que incluso se quedó tranquila. «Lo normal es que te enfades, yo no pasé por esa fase». Lo peor fue el proceso, la incertidumbre: «Saber que tienes algo pero no lo que es».

Antes de todo, de la falta de fuerza, de que sus piernas y manos no respondieran bien, Sole era muy activa. «Sole se pasaba el día corriendo, era multitarea», cuenta ella misma, y enumera algunos de sus aficiones. Andar, subirse en los sitios altos, marcha nórdica, bicicleta, son algunas de las actividades que Sole hacía con mucha frecuencia antes de que los primeros síntomas de la enfermedad aparecieran. Ahora, se sigue manteniendo muy activa, aunque «muy lenta», como dice ella. «Me gusta leer, estar con el ordenador, informarme, ir a algún concierto, y si hace buen día, dar vueltas por los caminos con mi marido, me encanta la naturaleza», cuenta.

Ella no pierde el humor, aunque sí reconoce lo costosa que es su enfermedad. Aunque su casa ya esté más o menos acondicionada debido a que su madre también lo padeció, no sabe qué pasará en el futuro. «Por ahora podemos vivir en esta casa, pero llegará un momento en el que no servirá», reconoce Sole. Ahora mismo se apoya en su marido, ya jubilado, y cuenta que renuncia a la traquetomía. «Supone atención de una persona las 24 horas y la máquina», asegura.

También critica, al igual que Laura, a los propios dirigentes y su falta de comprensión. Ambos piden lo mismo, visibilidad, empatía, y sobre todo, que dieran las ayudas a aquellos que de verdad lo necesitan. El 21 de junio es el Día Mundial de la lucha contra la ELA. Los edificios de las ciudades de Castilla y León se iluminarán en color verde para conmemorar la fecha. Sin embargo, para los enfermos, como muchos dicen, solo es un día más. Reclaman más visibilidad. «Soy el primero que va a eventos para visibilizar la enfermedad», cuenta Rafa. «Son todo cosas que ayudan», cuenta Laura. «Ahora la gente conoce más la enfermedad. No está mal que exista, intentamos que no se olviden de que existimos», termina Sole.



Precio: 2 euros.
Teléfono de atención al cliente: 91 050 16 29.

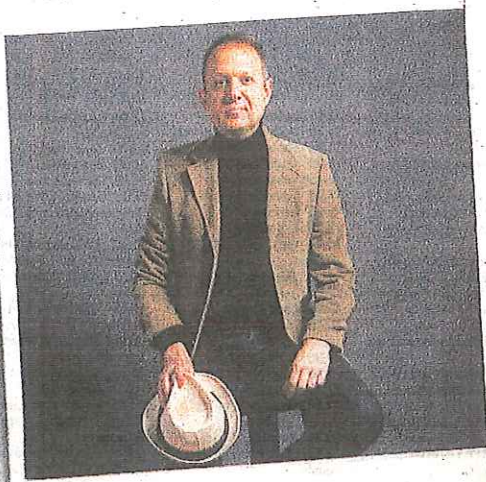
MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033.
Madrid. Tel.: 91 443 50 00.
© Unidad Editorial Información General,
Madrid 2024. Todos los derechos

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

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

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

reproducción
de esta
comercial
de artículo



ÁNGEL NAVARRETE

CONTRACORRIENTE EXUPERIO DÍEZ TEJEDOR

QUIÉN. Es catedrático de Neurología en la Autónoma, dirige el Grupo de Neurología y Enfermedad Cerebrovascular y coordina el área de Neurociencias de IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz-UAM **QUÉ.** Sin salud cerebral no hay salud mental.

«No beber ni fumar puede retrasar la demencia»

Pregunta. ¿Se cuida suficientemente la salud cerebral? **Respuesta.** Ni en España, ni en el mundo. Según un reciente artículo en *Lancet Neurology*, el 43% de la población mundial tiene enfermedades que afectan al cerebro, sobre todo neurológicas, y este dato es más acentuado en los países con bajo desarrollo porque tienen más dificultad para acceder a tratamientos.

P. ¿Cuál es la enfermedad cerebral que tiene más impacto en la población? R. Parece que las que tienen más pre-



UNA
ENTREVISTA DE
**EMILIA
LANDALUZE**

valencia en la actualidad son las enfermedades cerebrovasculares. Los ictus son las que llevan epidemiológicamente mayor carga, pero también las demencias en sentido muy amplio, sobre todo las que se relacionan con el envejecimiento de la población. Además, contaríamos con las alteraciones del neurodesarrollo, traumatismos cerebrales, infecciones y todas las enfermedades psiquiátricas.

P. Salud cerebral.

R. La prevención de las enfermedades debe comenzar en la gestación, seguir

en el nacimiento... todo el proceso vital hasta el envejecimiento. Así que el tipo de alimentación, estilo de vida y educación pueden influir en el desarrollo cerebral actuando sobre la plasticidad cerebral; de hecho, algunas enfermedades aparecen muy pronto en los niños. Si tenemos a un niño aislado y metido en un cuarto oscuro no aprende a andar, ni a hablar, no sabrá relacionarse. El cerebro se desarrolla en función de los estímulos que va recibiendo de su entorno y del ambiente en que vive, con factores favorables y desfavorables. Así que es muy importante prevenir los factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, la alimentación no saludable, el consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc. Todos esos factores condicionan enfermedades del cerebro que conllevan un trastorno funcional.

R. ¿Soluciones?

R. Si eliminamos los riesgos, incluso en personas que pueden ser portadoras de una demencia, el trastorno tardará más en manifestarse y progresar; con buenos hábitos de salud se atenúan esos factores de riesgo. El cerebro forma parte de un organismo, no está aislado. Si el organismo enferma, el cerebro también, y si es el cerebro el que enferma, el organismo también lo hace. La vida saludable permite que las personas puedan envejecer sin desarrollar una demencia grave. Incluso algunos pueden ser portadores de Alzheimer y no expresarlo hasta mucho más tarde precisamente porque han cuidado estos aspectos; de modo que si conseguimos retrasar la aparición de las manifestaciones de demencia unos cinco años, posiblemente se reducirá la expresión de la enfermedad.

P. ¿Qué hay que hacer?

R. Evitar el aislamiento y mantener relaciones sociales. Este problema es muy marcado en ancianos. Mantener actividad tanto motora como mental. El cerebro necesita estímulo externo continuado con el medio, porque es una de las funciones que estimula su plasticidad. Es como si no ejercitamos los músculos: también van perdiendo capacidad funcional y se atrofian.

“
**Los ancianos
deben evitar el
aislamiento.
El cerebro
necesita
estímulo**

**El 43% de la
población
padece
enfermedades
que afectan
al cerebro**

Retrato de
Yazmin
Rodríguez, que
mañana ofrece
su testimonio
sobre salud
mental en el
periódico.



MAÑANA

EL TABÚ DE LA SALUD MENTAL PERSISTE EN EL TRABAJO

Por El Mundo

Este domingo, además de poder adquirir la revista *¡Hola!* junto al periódico, la revista *Papel* pone el foco en la salud mental en los espacios laborales. Pese a las campañas de concienciación, la aceptación de los problemas psicológicos sigue siendo una asignatura pendiente. Contamos con los testimonios de varias personas que han sufrido discriminación en el trabajo por su ansiedad, fobia social u otras enfermedades mentales.

En las páginas de *Culturista*, Luis Martínez entrevista al director de la película *Del revés 2*, «el último y más esperado trabajo de Pixar», y que está destinada a recuperar el trono de la animación. El lector también hallará un reportaje con los actores Clara Lago y Tamar Navas, estrellas de la nueva serie de Netflix *Clanes*. Así como la sección habitual de Alberto Rey sobre series. En la sección de *Salud*, exploramos la vida sin olfato a través del caso de Silvia Anguera, que padece anosmia congénita. Una historia que destaca los esfuerzos y estudios para recuperar este sentido esencial.

En las páginas de *Yo Dona* encontrarán una entrevista con la mítica modelo de los años 90 Naomi Campbell, antes de que se inaugure una exposición dedicada a su persona en el Museo Victoria&Albert de Londres. Finalmente, en la sección de *Viajes* nos trasladamos a Santorini, revelando la magia de la isla griega. Y hasta el hotel más vibrante de Singapur.

BLOG
OPINIÓNTextos automáticos para
lectores no humanos

EMILIANO MUNOZ VICENTE

Uno de los muchos usos de la inteligencia artificial que, de momento, está de moda es la redacción de textos completos para trabajos académicos, informes, publicaciones, etc. Y no hablo de utilizarla para analizar y entender un enorme conjunto de datos, no me refiero a proveer una –mas o menos– sucinta descripción del tema, enfoque y longitud del texto a generar; en pocos segundos aparecerá un texto que se ajusta a las instrucciones proporcionadas.

La paradoja radica en que quienes «encargan» esos textos suelen aspirar a que «la creación» sea leída –y preferiblemente alabada– por hordas de lectores de carne y hueso que, ellos sí, dediquen su tiempo y cinco sentidos a leer y comprender el texto, hacer un comentario sesudo y darle un caluroso, afectuoso y sincero *like* al promotor de la obra. ¡Venga ya! Eso sí: en caso de incoherencia, error –o ante una crítica– el humano detrás del texto generado automáti-

camente tiende a sacar a colación que la responsabilidad no es suya, si no de la IA que utilizó para generarlo...

Los que tenemos el hábito de estudiar documentación y datos que nos permitan resumir y redactar sobre los temas que nos ocupan en el día a día sabemos que el 80% del resultado es intangible y se consigue durante la fase de estudio, investigación y esquematización. Este es un efecto absolutamente beneficioso para la persona que se concentra para entender e interiorizar un tema. El texto producido es un testigo del trabajo realizado y del nivel de comprensión que podrá ser empleado para tomar decisiones y/o puede convertirse en un texto *semilla* que anime a otras personas a interesarse y profundizar en ese tema.

Tomar el atajo de pedirle a una IA que entienda un tema y redacte un texto es co-



mo leer un resumen de una página sobre una película y pretender sentir lo mismo que viendo las dos horas de metraje en una sala de cine. Personalmente no puedo imaginarme defendiendo con vehemencia una posición obtenida, sin estudio previo, mediante I.A. sobre

un tema.

Un caso de uso especialmente peculiar es la creación automática de publicaciones para sitios web con el único fin de mejorar el posicionamiento de los mismos en los resultados ofrecidos por buscadores web. Son textos escritos por una máquina con el fin de que otra máquina los lea y decida si esa web debe de aparecer antes o después cuando una persona (o una tercera máquina) hagan una búsqueda sobre un tema.

Emiliano Muñoz Vicente es director de proximassystems.net.

> SALAMANCA

Las neuronas
prefieren
menos azúcar

Científicos de la USAL revelan que estas células nerviosas consumen poca glucosa a través de la principal ruta metabólica encargada de extraer de ella su energía. Por **É. Lera**

«Menos es más». Esta cita atribuida al arquitecto Mies van der Rohe cobra más sentido que nunca. A pesar de que el cerebro necesita alrededor del 20% de la energía que ingerimos, científicos de la Universidad de Salamanca (USAL) han desvelado que las neuronas consumen poca glucosa a través de la principal ruta metabólica encargada de extraer de ella esa pila para mantener la concentración y una adecuada actividad neuronal.

Una paradoja, ya que este ordenador de a bordo es un órgano muy exigente desde el punto de vista de sus necesidades energéticas. De hecho, desde hace décadas se sabe que la energía cerebral se obtiene, sobre todo, a partir de la oxidación de la glucosa. Desvelar ese misterio es el reto que se propuso el equipo del catedrático de bioquímica y biología molecular Juan Pedro Bolaños. No es una tarea fácil. Ni mucho menos. Sin embargo, se embarcaron en la aventura de descifrar por qué la naturaleza de estas células nerviosas les impide utilizar la glucosa, que es el nutriente por excelencia, con fines energéticos.

En este sentido, explica que los resultados obtenidos muestran que las neuronas no son capaces de metabolizar glucosa por la vía glucolítica de forma eficiente y siste-

nida en el tiempo. «Si forzamos a que lo hagan, los ratones pierden rápidamente la memoria, comen más y engordan». Por tanto, decidieron estudiar el mecanismo responsable de estos efectos, y observaron que las neuronas que habían convertido, mediante un abordaje genético, en glucolíticas, acumularon grasa y mostraron poca actividad de mitofagia, el fenómeno natural por el cual todas las células del organismo reciclan sus mitocondrias (las pequeñas fábricas energéticas de las células).

Por lo tanto, el catedrático de la USAL comenta que la falta de mitofagia induce una acumulación de mitocondrias dañadas, de modo que el uso glucolítico de la glucosa estropea la principal fábrica de energía de la neurona. «Estas alteraciones terminan por provocar las deficiencias funcionales observadas, como son la pérdida de memoria o la capacidad de sentir saciedad».

En su opinión, este proyecto es innovador porque estos resultados arrojan luz sobre dos aspectos muy importantes sobre el actual conocimiento del funcionamiento del cerebro. Por un lado, demuestran en un organismo vivo, que la principal y mejor conservada vía metabólica entre las especies, esto es, la glucólisis, no le sirve de mucho a las



Investigadores del equipo de Juan Pedro Bolaños revisando una prueba. ENRIQUE CARRASCAL

neuronas para obtener energía, a pesar de que son las células energéticamente más exigentes del organismo. Y, por otro lado, resuelven una paradoja que ha sido un misterio durante muchos años, al comprender el porqué de este fenómeno.

En esta línea, Bolaños señala que este trabajo también tiene un punto diferencial en que se encontraron con unos resultados que no se esperaban. Así, los ratones, cu-

yas neuronas las habían convertido en glucolíticas, presentaron síndrome metabólico. «Estos animales no fueron capaces de restablecer la glucemia tras una sobrecarga de glucosa como lo hacen los ratones normales». Además, añade, mostraron incrementos anormales en los niveles plasmáticos de leptina, la principal adipocina responsable de inducir saciedad, lo que se traduce en resistencia hipotalámica a la leptina. En otras palabras, los ra-

tones ingerían más comida e incrementaban el tejido adiposo, que genera más leptina, cuyos elevados niveles en sangre terminan por provocar que las neuronas del hipotálamo –región cerebral que se encarga, entre otras funciones, de regular el apetito y la saciedad– dejen de sentirlo.

En el proyecto profundizaron sobre este fenómeno, para lo cual generaron ratones con neuronas cuya glucólisis activa se confinó a la

BLOG
OPINIÓN

Cumplimento normativo inteligente en la Era Digital

JULIO CÉSAR MIGUEL PÉREZ

El término *compliance*, que se traduce al español como cumplimiento normativo hace referencia al cumplimiento de leyes, regulaciones, normas y estándares internos y externos que aplican a una organización. En el contexto empresarial, implica adoptar políticas y procedimientos para garantizar que la empresa y sus empleados actúan dentro de los límites legales, regulatorios y éticos establecidos. El objetivo del *compliance* es, por tan-

to, evitar que una compañía incurra en delitos, sanciones o situaciones que puedan repercutir en el negocio o su reputación y comprometer su viabilidad futura.

Desde el punto de vista práctico, las regulaciones se crean para evitar malas prácticas e incidentes que perjudiquen a terceros, con la vocación de dar confianza a los consumidores, socios, accionistas y la sociedad en general, especialmente ahora que la tecnología está involucrada

en todos los procesos críticos de las organizaciones.

Desde Europa, además, se están impulsando nuevas regulaciones vinculadas a la ciberseguridad. Estas son algunas de ellas:

- La NIS2, cuyo objetivo es fortalecer la seguridad de las redes y los sistemas de entidades tan críticas para la sociedad como la energía, el transporte, la banca, la salud, el agua potable y las infraestructuras digitales, entre otras.

- El DORA, que es el Reglamento de Resiliencia Operativa Digital, cuyo objetivo de garantizar que las entidades del sector financiero de la Unión Europea sean capaces de soportar, responder y recuperarse de los ciberincidentes que tengan. ¿Se imaginan que un buen día van a pagar con tarjeta y no funciona el sistema, o que van a intentar acceder a sus cuentas y no pueden, y que esto se prolongase durante días o semanas? Sería el caos. DORA trata de evitar que esto pue-

da pasar.

- La CRA, que es la Ley de Ciberresiliencia para Productos con Componentes Digitales: Esta ley busca garantizar que todos los productos con componentes digitales comercializados en la UE sean seguros durante todo su ciclo de vida.

- Y el que ahora se está tramitando, el Reglamento de IA, que busca asegurar que las tecnologías de IA se desarrollen y utilicen de manera segura, ética y respetuosa con los derechos fundamentales de las personas.

Bajo este paradigma, las organizaciones debemos ver la regulación como un aliado, no como un enemigo, pues su espíritu proteger a los ciudadanos y dar confianza.

Y tú, querido lector, ¿estás preparado las nuevas regulaciones?

Julio César Miguel Pérez es experto en ciberseguridad y privacidad, CEO de Grupo CFI y presidente de AETICAL grupocfi.es.



Pedro Bolaños tiene claro que este estudio podría ser muy relevante para comprender un poco mejor cómo el cerebro gestiona la energía de los nutrientes para su buen funcionamiento. De esta forma, con este trabajo piensan que aportan su pequeño granito de arena sobre el actual conocimiento del metabolismo cerebral, muy estudiado a lo largo de los años, pero que ha creado casi más preguntas que respuestas.

«El uso de una tecnología genética, que es más precisa que la farmacológica para la investigación básica, como es este trabajo, nos permite tener algo más de confianza en nuestras conclusiones, si bien, como cualquier proyecto de investigación, no está exento de problemas», afirma para, a continuación, añadir que la demostración de que las neuronas no son capaces de gestionar bien el aprovechamiento de la glucosa por la glucólisis para la obtención de energía les induce a pensar que debe existir otro modo alternativo por el cual estas células puedan obtener dicha energía.

En este sentido, recuerda un trabajo de investigación de su grupo, publicado el año pasado, en el que demostraron que los astrocitos, esto es, las células no neuronales pero que están adyacentes a las neuronas, metabolizan los ácidos grasos (las moléculas que forman la grasa) de forma muy eficiente. Como resultado de este metabolismo, subraya que los astrocitos convierten los ácidos grasos en otros metabolitos más pequeños llamados cuerpos cetónicos. «Estos metabolitos pueden salir de los astrocitos y ser captados por las neuronas, quienes pueden utilizarlos como combustible energético por sus mitocondrias. Además de los ácidos grasos, los astrocitos –a diferencia de las neuronas– sí utilizan de forma sostenida glucosa por la vía glucolítica, que termina produciendo otros metabolitos más pequeños como lactato. Este metabolito, al igual que los cuerpos cetónicos, pueden trasladarse desde los astrocitos a las neuronas y ser utilizados metabóli-

camente por la mitocondria para satisfacer las grandísimas necesidades energéticas de las neuronas».

Otro valor añadido, a su parecer, es que sus resultados podrían tener ciertas implicaciones terapéuticas. De hecho, el catedrático de bioquímica y biología molecular confirma que se sabe que en algunos modelos experimentales de enfermedades neurológicas y durante el envejecimiento las neuronas se van convirtiendo en glucolíticas porque se les acumula el producto de la expresión del gen que este equipo salmantino ha manipulado en este trabajo, esto es, la proteína Pfkfb3.

Por lo tanto, asegura que ahora que se sabe que si selectivamente se activa este gen se induce pérdida de memoria y síndrome metabólico, se podría estudiar la posibilidad de inhibir de forma selectiva Pfkfb3 en neuronas en modelos experimentales de enfermedades neurológicas y en ratones envejecidos. «Si se observara una mejoría cognitiva y metabólica general, se podría plantear la opción de encontrar posibles estrategias farmacológicas que permitieran impedir que las neuronas activen de forma aberrante la glucólisis en estas situaciones», apostilla Juan Pedro Bolaños.

Este estudio, cuyo autor principal es Daniel Jiménez-Blasco, investigador postdoctoral CIBERFES, se realizó durante los últimos siete años. Tras los resultados, tal y como incide, este trabajo podría dar pie a diseñar aproximaciones farmacológicas que inhiban selectivamente la proteína Pfkfb3 en las neuronas. Naturalmente, primero es necesario estudiarlo en modelos de ratón de otras enfermedades relevantes para el humano, como Alzheimer o Parkinson, entre otras, además de en ratones envejecidos. Aunque ya estamos implicados en el desarrollo de estos abordajes, el catedrático de bioquímica y biología molecular de la Universidad de Salamanca adelanta que queda aún mucho por hacer, es más, en su grupo de investigación apuestan por mantener activa esta línea de investigación sin abandonar la investigación básica.

JUAN PEDRO BOLAÑOS / CATEDRÁTICO DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

«Los investigadores tenemos la obligación de mejorar la divulgación de nuestro trabajo»

Juan Pedro Bolaños, catedrático de bioquímica y biología molecular en la Universidad de Salamanca (USAL), asegura que hay mayor preocupación por parte de las administraciones públicas en mantener y mejorar la investigación científica en Castilla y León. Sin embargo, según explica, esto solo puede alcanzarse incrementando de manera significativa la dotación presupuestaria para investigación e innovación por parte del Estado. Por desgracia, puntualiza, esta circunstancia no se da actualmente.

Al contrario, tal y como se recoge en el Real Decreto-ley 3/2019, en 2017 en España la inversión en I+D fue del 1,20% del PIB, mientras que la media de la UE fue del 2,07%. Es más, expone que, desde el inicio de la crisis económica hasta ahora, se ha reducido la inversión pública en I+D en España hasta situarse en niveles de inversión similares a los que había antes de 2007. Con estas cifras es difícil estar al nivel de los países de nuestro entorno. Sin duda, hace falta mayor inversión. «Para incrementar la calidad de la investigación en Castilla y León es necesario asumir compromisos de financiación a grupos de forma continuada. Ayudaría mucho si se redujera la burocracia en la solicitud y seguimiento de los proyectos de investigación gestionados por nuestra Comunidad».

Es verdad, reconoce Bolaños, que en esta región existen excelentes grupos de investigación de diversas áreas del saber, pero sería necesario que la divulgación por medios de largo alcance como periódicos y sitios web

institucionales se incrementara para facilitar la percepción de la investigación por parte de la sociedad y de los demás investigadores. A pesar de los grandes esfuerzos, lamenta que la investigación en Castilla y León no es tan importante como la de algunas comunidades como Cataluña o País Vasco, donde los compromisos y apuestas por la investigación son patentes.

Además, subraya que Madrid alberga varios centros de investigación nacionales de excelencia, lo que permite una financiación institucional estatal que repercute en la calidad de la investigación de la comunidad autónoma. «Este aspecto concreto, que ayuda a generar masa crítica local, no sucede en nuestra comunidad. No obstante, mi percepción de la investigación en Castilla y León es muy buena y creo que hay grupos muy destacados y punteros a nivel internacional, lo cual es un doble mérito al realizarse desde una comunidad periférica», apunta.

A su parecer, la percepción que tiene la sociedad española sobre la investigación científica es cada vez mejor, si bien aún no estamos a la altura de otros países de nuestro entorno. «Los investigadores tenemos la obligación de incrementar y mejorar la divulgación de nuestro trabajo hacia la sociedad, ya que en definitiva son públicos los fondos de los que disponemos para investigar e innovar. Por tanto, no veo necesario que la sociedad premie por la innovación o el talento; esto debe ser obligación de los investigadores que se financian con fondos públicos», zanja.

subregión del hipotálamo encargado del control del apetito y la saciedad. Tal y como esperaban, recalca que estos ratones no mostraron signos de pérdida de memoria, ya que dicha subregión no está directamente encargada de la memoria, pero sí mantuvieron el síndrome metabólico. «Estos resultados indican que la escasa glucólisis de las neuronas es un fenómeno conservado en distintas partes del cerebro».

En cuanto a las ventajas, Juan

> LEÓN

La IA planta cara a las infecciones

Un biotecnólogo formado en la ULE impulsa un proyecto centrado en el uso de la inteligencia artificial para descubrir nuevos antibióticos mediante el análisis del microbioma global / La idea es acelerar el proceso del hallazgo de fármacos. Por **É. Lera**

De tener una vida normal a estar al borde de la muerte. Las culpables de esta situación son las bacterias resistentes a antibióticos. Cada vez son más las historias terribles que ilustran un problema global que solo en nuestro país mata cada año a más de 4000 personas. Cifras que asustan. De hecho, algunas estimaciones colocan a estas resistencias microbianas como la primera causa global de muerte en 2050. Una realidad que ha puesto en jaque al mundo, ya que acaba con la vida de más personas que el sida, el cáncer de pulmón, la malaria, la COVID-19, incluso los accidentes de tráfico.

¿Cómo parar a estas cepas de bacterias, virus, parásitos y hongos que son resistentes a la mayoría de los antibióticos? Con la inteligencia artificial. Sí, esa combinación de algoritmos que nos ayuda a redactar, hacer vídeos y otras muchas cosas, puede jugar un papel clave en esta pandemia. ¿Cómo? César de la Fuente, biotecnólogo formado en la Universidad de León (ULE), impulsa un proyecto desde la Universidad de Pensilvania centrado en el uso de la IA para descubrir nuevos antibióticos mediante el análisis del microbioma global, conocido como la 'materia oscura microbiana'.

«Utilizando un modelo de inteligencia artificial, hemos analizado 63410 metagenomas y 87920 genomas microbianos, logrando identificar casi un millón de nuevas moléculas antibióticas», explica antes de añadir que este enfoque representa la mayor exploración de datos biológicos en la búsqueda de antibióticos jamás realizada.

Y es que, tal y como recalca, su objetivo es encontrar compuestos que puedan combatir de manera eficaz las infecciones resistentes a los antibióticos, una de las amenazas más graves para la salud pública mundial. «Hemos puesto todos estos datos, información y código a libre disposición para que cualquiera pueda acceder a ellos, con la esperanza de beneficiar a la humanidad», subraya De la Fuente.

En su opinión, es un trabajo innovador porque utiliza la inteligencia artificial para explorar vastos conjuntos de datos microbianos de una manera que antes no era posible. «La materia oscura microbiana, que incluye microorganismos que aún no han sido cultivados o estudiados en profundidad, representa una fuente inexplorada de posibles antibióticos. Al aplicar IA, podemos analizar rápidamente esta inmensa cantidad de datos y descubrir nuevas



César de la Fuente, en una imagen tomada con motivo de la concesión del premio Princesa de Girona. MARTÍ E. BERNIGUER

moléculas con potencial terapéutico, superando las limitaciones de los métodos tradicionales. Los microbios son una gran fuente de nuevas moléculas y ahora con la IA podemos explorar la gran diversidad microbiana de nuestro mundo».

La magia que se esconde detrás de cada uno de los pasos que dan estos investigadores es el uso de algoritmos avanzados de IA que pueden analizar grandes volúmenes de datos genómicos para identificar secuencias de ADN que podrían codificar moléculas con pro-

piedades antibióticas. «Utilizamos herramientas de química para luego sintetizar estas moléculas en el laboratorio y probarlas contra bacterias tanto en cultivos como en modelos de ratones», subraya.

Respecto a las ventajas, el biotecnólogo formado en la Universi-

dad de León asegura que la principal es que acelera de manera significativa el proceso de descubrimiento de antibióticos. «Mientras que los métodos tradicionales pueden tardar hasta seis años en identificar nuevos candidatos preclínicos, nuestra tecnología basada en IA puede hacerlo en solo unas pocas horas. Esto no solo ahorra tiempo, sino también reduce costes, haciendo el proceso mucho más eficiente. Además, al explorar la materia oscura microbiana, estamos accediendo a una fuente vasta y diversa de compuestos potenciales que podrían ser efectivos contra patógenos resistentes a múltiples fármacos. Este enfoque tiene el potencial de revolucionar el desarrollo de antibióticos y proporcionar soluciones rápidas a la crisis de resistencia a los antibióticos», recalca De la Fuente.

En cuanto a los costes, puntualiza que el desarrollo de un nuevo antibiótico puede costar hasta tres mil millones de dólares. Al utilizar inteligencia artificial, dice, se puede reducir «drásticamente» estos costes, ya que la inteligencia artificial ofrece la posibilidad de identificar y optimizar rápidamente los compuestos candidatos. «Esto también disminuye la necesidad de ensayos y errores exhaustivos, acelerando el camino hacia ensayos clínicos y, eventualmente, al mercado».

¿Cómo surgió? César de la Fuente relata que la idea de este trabajo colaborativo, desarrollado junto con el laboratorio de Luis Pedro Coelho y otros laboratorios, nació de la creciente necesidad de encontrar soluciones innovadoras a la crisis de la resistencia bacteriana. «Observando los avances en inteligencia artificial y el potencial sin explotar del microbioma global, nos dimos cuenta de que combinar estos campos podría revolucionar la forma en que descubrimos nuevos medicamentos», expone para, a continuación, agregar que la inmensa diversidad genética presente en la materia oscura microbiana nos ofreció una oportunidad única para explorar y descubrir nuevos compuestos antibióticos.

Sus planes de futuro, según avanza, incluyen ampliar la plataforma de IA para explorar aún más fuentes de diversidad biológica, tanto en la materia oscura microbiana como en otros entornos. No hay que olvidar que uno de sus principales objetivos es utilizar la inteligencia artificial para analizar la totalidad de la información biológica disponible en el mundo, con el fin de descubrir nuevas moléculas útiles, incluyendo antibióticos.

> PERSONAJES ÚNICOS / OLGA CALVO



Es la directora del Instituto de Biología Funcional y Genómica / Sus proyectos giran en torno a la síntesis del ARN, una molécula que salió del anonimato para la ciudadanía a raíz de la pandemia de la COVID-19 y la generación de las vacunas. Trabaja para esclarecer cómo funcionan y se regulan las maquinarias celulares que generan los ARNs. Por E. Lera

La salmantina de la revolución del ARN

Pizarrales la vio crecer. Este barrio humilde y de clase obrera fue su refugio. Allí no encontró referentes en el mundo de la investigación; sin embargo, sí descubrió su pasión por las ciencias gracias a las profesoras del Colegio Público Nicolás Rodríguez Aniceto de Salamanca. Entre clase y clase, Olga Calvo descubrió esta disciplina de la que terminó enamorándose en el Instituto Lucía de Medrano. Tuvo su primer contacto con un laboratorio. En ese momento, reconoce que sabía que estudiaría Biología.

Tras licenciarse, realizó su tesis doctoral en el Instituto de Microbiología Bioquímica, centro mixto vinculado por entonces al Departamento de Microbiología y Genética de la Universidad de Salamanca. Durante el periodo predoctoral realizó una estancia de investigación de cuatro meses en Bruselas. El siguiente paso en su carrera fue una estancia postdoctoral de cuatro años en el departamento de Ciencias Biológicas de la Universidad de Columbia en Nueva York. Más tarde, relata que disfrutó de otra estancia de un año en el Centro de Regulación Genómica de Barcelona hasta que se incorporó como investigadora Ramón y Cajal al Centro de Investigación del Cáncer en 2004.

A finales de 2006 trasladó su contrato al Instituto de Microbiología, donde había realizado su tesis doctoral, y en 2009 consiguió una plaza de científica titular del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. En 2012, junto con el resto del personal, se trasladó a la nueva sede de este centro que cambió de nombre y pasó a llamarse Instituto de Biología Funcional y Genómica (IBFG). De 2018 a 2022 fue vicedirectora y desde marzo de 2022 es su directora.

A lo largo de su carrera científica se ha interesado mucho por el campo de la expresión génica, es decir, cómo se expresan los genes, cómo se regula su expresión y qué maquinarias celulares están implicadas en estos procesos. Sus proyectos siempre han girado en torno a la síntesis del ARN, una molécula que salió del anonimato para la ciudadanía a raíz de la pandemia de la COVID-19 y la generación de las vacunas.

«Los ARNs son moléculas que se sintetizan a partir de la informa-



Olga Calvo, directora del Instituto de Biología Funcional y Genómica. CARLOS RODRÍGUEZ

ción contenida en el ADN de cualquier ser vivo. Estas moléculas, de hecho, algunas llamadas mensajeros, llevan la información necesaria para generar todas las proteínas celulares que son las que hacen posible que las células lleven a cabo todas sus funciones», explica.

En su laboratorio trabajan en esclarecer cómo funcionan y se regulan las maquinarias celulares que generan los ARNs. «Estas maquinarias se llaman ARN polimerasas. Son complejos formados por numerosas proteínas y cuya estructura molecular y función se encuentran muy conservadas a lo largo de toda la escala evolutiva.

La actividad de estas máquinas es esencial para mantener la viabilidad celular y un crecimiento controlado. Por ejemplo, la actividad descontrolada de las ARN polimerasas permite que las células cancerígenas se dividan rapidísimamente, sin control, y que se formen los tumores», detalla Calvo antes de añadir que entender cómo funcionan, cómo se regulan y cómo se puede frenar la actividad de las ARN polimerasas en ciertas enfermedades es de gran interés en el campo de la biomedicina.

En cuanto a la dirección del IBFG, están trabajando para conseguir la acreditación como centro de

excelencia del CSIC. Para lograrlo tienen que superar tres fases. Hace unas semanas pasaron la primera, por lo que han recibido la acreditación Joseba Barba. De los 124 institutos del CSIC, 40 lo han conseguido, lo que es otro hito importante para su instituto. Ahora empezarán a trabajar en superar la segunda fase, que conlleva, además, una dotación económica para poder llevar a cabo un proyecto y un plan de excelencia para los próximos tres años.

En su opinión, la investigación y la innovación en Castilla y León han mejorado mucho y están mejorando. No obstante, considera que

para que lo hagan al ritmo que lo hacen otras comunidades y que sus centros de investigación estén al nivel de centros de excelencia nacionales, hay que contar con políticas de atracción de talento que impliquen una financiación generosa y adecuada. Pone como ejemplo la creación de nuevas convocatorias semejantes a la Ramón y Cajal, como ya se ha realizado en otras comunidades con éxito. «La convocatoria Emergia en Andalucía, sin ir más lejos, sería un buen ejemplo a seguir», apostilla.

Para Olga Calvo, no se puede trabajar para que España sea puntera sin una inversión económica importante en ciencia, innovación y tecnología por parte de las administraciones públicas, sin que se realice una inversión que iguale a la de los países de nuestro entorno. «El avance de la ciencia en España y que seamos punteros no puede radicar sobre todo en los científicos. No se nos puede pedir que trabajemos en proyectos potentes y que lo hagamos al nivel de países punteros cuando trabajamos con muchísimos menos recursos económicos y humanos y cada vez más burocracia y gestión administrativa».

En este sentido, deja claro que quienes trabajan para que España sea puntera en ciencia y tecnología son todas las personas que trabajan en los centros de investigación, desde el personal técnico y de investigación hasta el personal de gestión, pero las administraciones públicas no o, al menos, no al nivel que deberían.

A su parecer, la sociedad sí que reconoce la innovación y el talento; es más considera que lo hace más que los políticos, quienes utilizan estos temas como estrategias electorales. «Hay mucho talento en nuestros centros de investigación. La divulgación científica está ayudando mucho a que la sociedad reconozca la innovación, el talento y la necesidad de investigar. Las personas que nos dedicamos a la ciencia, y la ciudadanía en general, somos conscientes de que la investigación y la innovación son pilares fundamentales para el desarrollo económico y social de cualquier región, incluida Castilla y León. Si es algo tan obvio ¿por qué no se invierte más? Una mayor inversión sería el mejor de los premios», concluye.



LA ESCRITORA QUE DEJÓ LA MEDICINA PARA AMASAR UNA FORTUNA CON LOS BRIDGERTON

Best-seller. Julia Quinn triunfó en la Feria del Libro de Madrid, donde firmó durante más de cuatro horas. Sus libros arrasan

Por Luis Fernando Romo

Parte de la premisa de que la gente prefiere los finales felices y con ese propósito en mente, Julia Quinn (54) delinea sus personajes. La autora norteamericana, cuyo verdadero nombre es Julia Pottinger, está que se sale. Los *Bridgerton*, compuesta por ocho libros, es un fenómeno de masas casi sin precedentes auspiciada por sus aventuras adaptadas a la serie homónima de Netflix.

Arriba, Julia Quinn en una imagen reciente. A la derecha, dos fotogramas de la serie. GETTY/NETFLIX

La escritora norteamericana estuvo este domingo pasado en la Feria del Libro de Madrid, donde cientos de fans —la mayoría chicas jóvenes— hicieron cola durante horas, bajo un sol abrasador, para

que les dedicara su obra. Las previsiones se quedaron cortas. La editorial (Urano) había vendido 500 tickets (solo se permitía un libro por persona) y tuvo que ampliar otros 500 más. Quinn firmó en la caseta durante cuatro horas y media sin parar y aún quedaron fans sin dedicatoria. Arrasó.

Era la primera vez que la escritora pisaba la Feria madrileña, pero no España. Antes de ser conocida se paseó por Barcelona, donde quedó impresionada por la arquitectura de Gaudí. Todo un placer visual tras haberse graduado en Historia del Arte por la Universidad de Harvard. La carrera le gustó, pero poco antes de licenciarse decidió prepararse para estudiar Medicina. Consiguió el ingreso en Yale mientras escribía sus dos primeras novelas románticas, *Splendid* y *Dancing at Midnight*, con el único propósito de satisfacer su sueño adolescente. Con 13 años ya era una voraz lectora de literatura romántica, una afición con la que su padre no estaba de acuerdo porque creía que no desarrollaría las competencias lingüísticas más adecuadas.

Aquel deseo terminó por materializarse cuando dos editoriales pujaron por los derechos de sus dos primeras obras. Fue el empujón que le llevó a aparcarse definitivamente Medicina para concentrarse en la literatura. No se equivocó, porque sus libros le han hecho rica: en 2022 había acumulado ya unos 10 millones de dólares, una fortuna que sigue aumentando en vista del creciente aumento del fenómeno fan de las aventuras románticas de los

Times. Incluso la revista *Time* le dedicó una página.

Quinn escribió la saga de los *Bridgerton* entre 2000 y 2006 inspirándose en el periodo de la Regencia británica (1811-1820), que se desarrolló a principios del siglo XVIII cuando a causa de una enfermedad al rey Jorge III le consideraron no apto para gobernar y a su hijo, Jorge IV, le nombraron príncipe regente.

Durante esa década las reglas de comportamiento junto a las técnicas de galanteo fueron fundamentales para orquestar matrimonios con la única intención de mantener un estatus social cercano a la corte. En las novelas de Julia Quinn las aventuras se centran en las familias *Bridgerton* y *Featherington*, que buscan los mejores partidos para las chicas en edad casadera.

En busca de savia nueva, la productora y guionista Shonda Rhimes (54), creadora de *Anatomía de Grey* o *Cómo defender a un asesino*, necesitaba nuevas historias para mantenerse en la línea de flotación. Cuando leyó las historias de Quinn y conoció a la autora, entre ambas surgió un flechazo.

Quinn vendió los derechos y Rhimes visualizó los escenarios donde tendrían lugar los entresijos amorosos hilvanados por la hoja de cotilleos de la casadera lady Whistledown. "La adaptación de *Los Bridgerton* ha sido brillante y fascinante", declaró a *Elle* la autora tras el éxito de la primera temporada de la serie, estrenada en 2021.

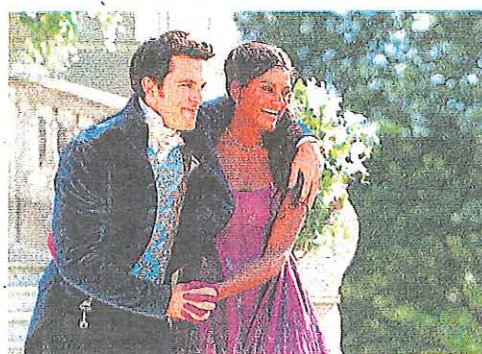
Algunos comparan a Quinn con Jane Austen, pero ese es otro análisis. Lo que sí hay que resaltar es que su vida amorosa parece el cuento de la Cenicienta, ya que conoció a quien hoy es su marido nada más

matricularse en la facultad de Medicina en 1988. Para el doctor Paul Pottinger fue amor a primera vista, pero a ella le costó algo más. Acabaron casándose en junio de 1996. La pareja tiene dos hijos, con los que reside en Seattle, en la costa oeste de Estados Unidos.

La mayoría de los libros están dedicados a este experto enfermedades infecciosas y medicina tropical, quien en alguna ocasión ha manifestado que no solo le encanta figurar en los libros, sino que no sabe qué ha hecho para ganárselo tanto, "pero mientras siga haciéndolo, estaré encantado".

Sin duda, su marido y sus hijos fueron su principal apoyo cuando en 2021 perdió a su padre, Steve, y a su hermana Ariana en un accidente de tráfico. "Murieron porque una empresa de catering no aseguró bien su

carga y las lonas se cayeron a la carretera. Porque al conductor de un camión no le importó conducir con un nivel de alcohol en sangre que excedía tres veces el límite legal", escribió con dolor en su página oficial de Instagram.



La productora Shonda Rhimes compró los derechos de la obra. "La adaptación ha sido brillante"

Bridgerton. De los 38 libros que Quinn lleva publicados 19 acapararon de forma consecutiva el número uno en la prestigiosa lista de los best sellers de *The New York*

MENÚ DEL DÍA

El doctor Ruiz Liso y Caja Rural ofrecen gratis el refranero de la dieta mediterránea

Alimento para la cultura popular

A.C. SORIA
La Dieta mediterránea alimenta algo más que el estómago. Como forma de vida y cultura popular también ha dejado a lo largo de los siglos dichos, refranes y pildoras de sabiduría en la despensa. Ahora están al alcance de todos con la publicación del 'Refranero temático de la Dieta y cultura mediterránea. Salud y bienestar', una magna compilación de lo que sale de las bocas sobre lo que entra en las mismas.

El autor es el doctor Juan Manuel Ruiz Liso y la obra ha sido publicada por la Fundación Científica Caja Rural de Soria. En su afán por divulgar y fomentar la salud, la dieta mediterránea y la cultura asociada, se puede descargar de forma totalmente gratuita. Cuanto más se extienda, mejor para la sociedad.

Por el momento las primeras andanzas indican que el trabajo se extiende como una mancha de buen aceite de oliva. En China ya se han utilizado estos refranes por fascículos como guía para la enseñanza del castellano en una plataforma con tres millones de usuarios e incluso la embajada ha pedido permiso para su uso en un singular proyecto. La idea es realizar un estudio comparativo de los dichos sobre alimentos entre la cultura del país asiático y la española, lo cual puede dar pie a nuevas publicaciones lingüísticas.

«Con motivo del XXX aniversario de nuestra Fundación Científica Caja Rural de Soria (FCCR), y para celebrarlo, he realizado este libro, 'Refranero temático de la Dieta mediterránea. Salud y bienestar' de más de 250 páginas que se realizó parcialmente en fascículos el pasado año, y que de forma completamente gratuita quiero hacer llegar a todos vosotros. Es un libro que contiene más de 5.400 refranes temáticos de la dieta mediterránea y el bienestar/salud, habiendo incluido también refranes típicos de Soria, Castilla y León y de



los meses del año. Algunos no dejan de ser picantes pero no se podían olvidar ni menospreciar. Era la forma de dar a conocer la medicina preventiva por tradición oral desde hace muchos siglos», resume el doctor Ruiz Liso en la presentación.

El enlace de descarga desde la Fundación FCCR es www.fundacioncajarural.net/docs/publicaciones/refraneroDM.pdf. La publicación se puede compartir para ampliar el espectro de divulgación de la obra, única, pionera en su género y totalmente original. Además de 5.400 dichos y refranes en torno a más de 70 productos de la dieta mediterránea, incluye citas de unos 300 autores. También se han incorporado adagios sobre la trufa, tan arraigada –en sentido literal en Soria– como poco frecuente en los aforismos.

'Junio brillante, año abundante' se decía antaño sobre este mes, por ejemplo. Pero 'los espárragos de abril, para mí; los de mayo para mi amo; los de junio para ninguno'. Al menos se compensa con el hecho de que 'en junio setas a puño'. Incluso viene con postre, porque 'en mayo mayuetas y en junio cerezas'. Son sólo cuatro ejemplos de cómo este refranero va tocando distintos productos para repasar la sabiduría popular y siempre tiene un dicho para cada producto, situación o momento.

Un hito más para una FCCR que celebra ya tres décadas de salud sobre todo a través de la prevención, pero también de la educación y la protección. «Fuimos la primera ciudad Cardioprotégida de Europa con la instalación de DESAs en los Cajeros de Caja Rural y lugares públicos. En este año 2024 dispondremos de más de 220 desfibriladores de nuestra Caja Rural en la provincia de Soria, con formación técnica de la población a través de la Fundación del Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León. Destacar la ayuda que siempre nos prestó la Dirección Provincial de Educación, los centros escolares, los medios de comunicación social de Soria, la Diputación y otros organismos públicos y privados que precisaría de varias páginas su inclusión personalizada. Siempre apostaron por la FCCR». Una vez más la apuesta da sus réditos, en esta ocasión en forma de un libro que recoge siglos de cultura de cocina en cocina, de campo en campo.



EL VEHÍCULO DESTACADO DE LA SEMANA

37.600€

Madurga Selection

Cuota desde 389 €/mes

Volkswagen Amarok Cabina doble V4 2.0 TDI 125kW 6M

Diesel 2024 170 km 3 años de garantía



Madurga Selection C/ Eduardo Saavedra 44-46 · Soria · T. 975 22 14 50

