

DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

NOVIEMBRE - DICIEMBRE

2023

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León duplicará el número de investigadores sanitarios hasta los 2.000

● El presidente de la Junta aboga por mejorar la colaboración entre institutos biomédicos, universidades, centros de investigación y el sector privado para que las empresas desarrollen sus proyectos en la Comunidad

LAURA G. ESTRADA VALLADOLID
El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, anunció ayer un refuerzo de la «masa crítica» que participa en las investigaciones sanitarias desarrolladas en la Comunidad basado, en primer lugar, en «duplicar» el número de investigadores, que pasarán de mil a dos mil, pero también en el aumento del personal dedicado a esta tarea, con «más de 200» contrataciones.

En su intervención para inaugurar el HUB de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León, Fernández Mañueco destacó también que se duplicará el número de grupos de investigación e incidirá en el «éxito» del Instituto biomédico de Salamanca, el IBSAL, en la reciente creación del IBioVALL en Valladolid y en la próxima puesta en marcha de los institutos de León y Burgos. «Vamos a movilizar 30 millones de euros en investigación sanitaria», subrayó en referencia a estos espacios.

El objetivo es «crear una red de colaboración» entre todos los institutos, los departamentos de investigación asociados a las universidades de Castilla y León, los centros de investigación y el sector privado, añadió el presidente autonómico, para que «las empresas desarrollen aquí sus proyectos de futuro», dentro de un sector que calificó como «potente».

El crecimiento en este área no sólo se traducirá en un aumento de las posibilidades de empleo, sino que tendrán un impacto positivo en los pacientes, pues el propósito es «poner a las personas en el centro de todo», remarcó Mañueco en el discurso inaugural de un acto que se celebró por la mañana en el Centro Cultural Miguel Delibes de Valladolid y al que se refirió como un «punto de encuentro» del «ecosistema de innovación» para que el sector biosanitario y biotecnológico se conviertan en «palancas de transformación» del sistema sanitario, productivo y social de Castilla y León.



Alfonso Fernández Mañueco y el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, en la inauguración del HUB. ICAI

En este sentido, el presidente de la Junta ahondó en la oportunidad de crear sinergias bajo el objetivo común de «mejorar la salud» para «generar empleo cualificado» y para favorecer el «desarrollo territorial». «En Castilla y León hay mucho talento y estamos dando pasos firmes en investigación sanitaria», un sector que, insistió, es «pujante».

De ahí que considerara que con estas acciones se crean «oportunidades de trabajo y de calidad de vida», gracias al papel destacado en investigación e innovación farmacéutica, tecnología digital, genómica y terapias avanzadas.

Ante un auditorio en el que estuvo presente el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, el presidente de la Diputación de Valladolid, Conrado Íscar, ponentes llegados de otros territorios y repre-

sentantes del sector sanitario de la Comunidad, el presidente de la Junta de Castilla y León ensalzó la elaboración del Plan de Investigación e Innovación en Salud 2023-2027 como una herramienta de apoyo a los investigadores.

Precisamente en un vídeo de presentación que proyectaron en la apertura del acto, varios expertos del ámbito sanitario apuntaron a que la sobrecarga asistencial limita el tiempo que los profesionales pueden dedicar actualmente a la investigación y, por ello, expusieron que sería necesario «liberar» una parte del trabajo de la asistencia clínica a fin de poder realizar más investigaciones que reviertan en los pacientes, sin que para ello tengan que recurrir al tiempo de su vida personal.

«Hay un campo maravilloso e inquietante y tenemos gestores ávi-

dos de poder realizarla», explicó uno de los participantes en el audiovisual al hablar de la investigación como campo en el que regular los apoyos para que puedan dedicar más tiempo a realizarla y que después los resultados se plasmen en beneficios concretos para los pacientes.

El HUB Investigación e Innovación en Salud en Castilla y León se extenderá hasta el jueves y pretende «contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de la ciudadanía». Los objetivos se centran, en primer lugar, en posicionarse «como promotora de la excelencia científica y tecnológica, creando redes de colaboración, actuando como catalizador de sinergias entre el sector público y privado y dando a conocer propuestas de vanguardia en el campo de la salud»; en segundo lugar, en hacer una «apuesta firme por la I+D+i en salud» con la presen-

tación del mencionado plan estratégico para el periodo 2023-2027; y en tercer lugar, y, en tercer lugar, en convertirse en «ejemplo de compromiso y liderazgo en la transferencia del conocimiento y resultados en salud».

A lo largo de las cuatro jornadas programadas se celebrarán diferentes mesas redondas, conferencias, debates o foros y habrá espacios de *networking* para que los profesionales puedan establecer contactos, compartir ideas y se promuevan la colaboración. Hoy el encargado de inaugurar la jornada será el consejero de Sanidad de Castilla y León, Alejandro Vázquez, para dejar paso después a una mesa de debate sobre tecnología y digitalización en los procesos y en la gestión sanitaria.

«EXIGENTES» CON EL GOBIERNO

Antes del acto celebrado en el Centro Cultural Miguel Delibes de la capital vallisoletana, en respuesta a preguntas de los medios de comunicación, Alfonso Fernández Mañueco recordó que su equipo ha enviado una carta a cada uno de los ministerios del nuevo Ejecutivo central para «repasar» las «demandas y cuestiones» pendientes «con todas las provincias y en todos los sectores» de Castilla y León.

«Quiénes somos leales, y viendo cómo el Gobierno actual de Sánchez se vende tan barato ante determinadas políticas desleales con España y la Constitución, ahora más que nunca tenemos que ser muy exigentes, porque las personas de Castilla y León somos iguales que el resto de los españoles; no queremos ser ni más ni menos, queremos ser lo mismo», destacó en alusión a los pactos del Gobierno.

«Aparte de reivindicar a todos los ministerios las cuestiones pendientes, hemos vuelto a fijar posición respecto a lo que consideramos un hecho gravísimo como es la amnistía», añadió Fernández Mañueco antes de considerar que supone «anular el poder judicial por la vía del hecho» y que constituye, a su juicio, «un error gravísimo».

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko



> PERSONAJES ÚNICOS / JESÚS BALSINDE RODRÍGUEZ

Este profesor de investigación del CSIC se encuentra dentro del 2% de los científicos más citados del mundo, según un estudio elaborado por la Universidad de Stanford / Lleva 35 años analizando el metabolismo de los lípidos en la salud y la enfermedad, cómo se producen, cómo se degradan y qué efectos pueden tener esos cambios en el ser humano. Por **E. Lera**

El detective del colesterol y los triglicéridos

Creció en un crisol de tribus urbanas, una amalgama enorme de actitudes e influencias. En el barrio de Chamberí, en Madrid. Jesús Balsinde Rodríguez descubrió que había algo más allá que el fútbol en el Instituto Ramiro de Maeztu. En concreto, en un cómic que cayó en sus manos conoció a Emil Fischer, que, según relata, se dedicó a separar con una lupa y unas pinzas los cristallitos de azúcar llamado glucosa en dos montoncitos. Aunque en ese momento no entendió bien su trascendencia, cautivó su imaginación para siempre.

Años más tarde, cuenta muy emocionado, tuvo un profesor de Ciencias Naturales que le explicó por primera vez los ácidos grasos esenciales omega-6 y omega-3 que tanto iban a significar para este madrileño mucho tiempo después. Decidió matricularse en Ciencias Químicas tras escuchar a Severo Ochoa que en una entrevista desveló que el mejor camino para llegar a convertirse en un buen bioquímico era hacerlo a través de esta carrera. Los años pasaban y Balsinde Rodríguez se iba enamorando más y más de la profesión, tanto que en el cuarto curso fue invitado a unirse al grupo de investigación sobre lípidos.

Con la licenciatura bajo el brazo, decidió realizar su tesis en el Centro de Investigaciones Biológicas (CIB) del CSIC. Además, en este tiempo, disfrutó de una corta estancia de investigación en Filadelfia, en el departamento de Inmunología de los Laboratorios SmithKline & French. «Fue mi gran ventana a la primera división de la ciencia. ¿Y sabéis algo? Pese a mis lógicos miedos y reservas iniciales, me di cuenta de que tampoco estábamos tan lejos de los americanos; la gran diferencia estaba en que nosotros teníamos muchísimos menos medios», reflexiona.

No solo aprendió; es más, dibujó su siguiente paso laboral, ya que, al tener mucho tiempo libre, leyó sobre Edward Dennis, que trabajaba en el departamento de Bioquímica de la Universidad de California, tanto descubrió sobre él que decidió solicitar formar parte de su grupo de investigación. Regresó a España, lo escribió y recibió un sí para embarcarse en esta aventura soñada, a la que llegó tras leer la tesis doctoral en la Universidad Complutense de Madrid.



Jesús Balsinde Rodríguez, profesor de investigación del CSIC. PHOTOGENIC

En San Diego estuvo ocho años, hubiera continuado muchos más, admite, sin embargo, por razones personales decidió regresar a su tierra. Después de obtener por oposición una plaza permanente en el CSIC, se incorporó en 2001 al Instituto de Biología y Genética Molecular de Valladolid, lugar en el que continúa trabajando.

Desde que Balsinde Rodríguez comenzó en la ciencia hace más de 35 años siempre se ha dedicado a estudiar el metabolismo de los lípidos en la salud y en la enfermedad, cómo se producen, cómo se degradan y qué efectos pueden tener esos cambios en el ser humano. Los lípidos son lo que en lenguaje de la calle llamamos grasas: colesterol, triglicéridos... sí, todas esas cosas que hacen que algunos alimentos estén tan ricos pero que, por otro lado, ingeridos en exceso pueden provocar enfermedades muy graves.

«Desde un punto de vista de cómo interactúan unas células con otras dentro de un mismo tejido, cómo

saben lo que necesitan en cada momento, los lípidos son las biomoléculas más importantes de todas las que hay, porque son quienes, actuando como mensajeros moleculares, median con estos contactos celulares, quienes se ocupan de transportar la información necesaria para que todas las células estén a gusto y funcionen con normalidad», indica este profesor de investigación del CSIC, que se encuentra dentro del 2% de los científicos más citados del mundo, según un estudio elaborado por la Universidad de Stanford.

Es verdad, señala que cuando hay desequilibrios en los mecanismos de producción de esos lípidos mensajeros, tanto por defecto como por exceso, esta comunicación fluida se rompe, cada célula no sabe lo que hace su vecina ni tiene posibilidad de recibir aquello que necesita y ello lleva a una enfermedad. De hecho, Balsinde Rodríguez confirma que las alteraciones en el metabolismo de los lípidos son causa de

las patologías que más muertes provocan en el mundo, afecciones cardiovasculares, hepáticas y diabetes.

Es más, tal y como expone, el otro gran asesino de la humanidad, el cáncer, también cursa con profundas alteraciones en el metabolismo de los lípidos. Por ello, la misión de la comunidad biomédica es buscar nuevos mecanismos, modos y tratamientos para curar todas estas dolencias o reducir sus síntomas a niveles compatibles con una aceptable calidad de vida. «Dado el papel central que juegan los lípidos en estas enfermedades, se deduce que un aspecto primordial de nuestra actividad ha de ser identificar con el mayor detalle posible los lípidos que están implicados, para luego estudiar lo que hacen y así dotarnos de las herramientas precisas para contrarrestar cualquier efecto negativo».

Una de las líneas principales de investigación de su laboratorio es la búsqueda de marcadores moleculares de enfermedad. «Lo que hacemos es comparar diversos paráme-

tros del metabolismo lipídico entre situaciones de salud y enfermedad. La idea es encontrar diferencias que nos permitan identificar de modo sensible, rápido y seguro situaciones patológicas que de otro modo pudieran pasar desapercibidas por diversos factores, como que se requirieran tiempos de incubación largos para que la patología comience a manifestar síntomas o porque nuestros medios de diagnóstico actuales no son lo suficientemente sensibles o rápidos».

Pone como ejemplo que en situaciones de invasión fúngica por *Candida albicans* (la levadura que provoca las candidiasis vaginales en mujeres), las células del sistema inmune comienzan a hacer cosas que normalmente no harían; una de ellas es sintetizar lípidos inhabituales, es decir, se ponen a fabricar moléculas que en condiciones normales no fabricarían. «Con independencia de por qué y para qué nuestras células se ponen a hacer eso, poder detectar estas moléculas 'inhabituales' nos da muchas posibilidades desde un punto de vista de diagnóstico no invasivo», manifiesta el profesor de investigación del CSIC.

En este sentido, comenta que, si fueran capaces de extender estas observaciones a pacientes de un modo reproducible, podrían diagnosticar la dolencia de manera más temprana y eficiente y, no menos importante, más barata. Para este tipo de estudios utilizan la espectrometría de masas, que les permite medidas muy sensibles y de manera muy rápida y eficiente.

En su opinión, las administraciones públicas trabajan más para tener contentos a determinados sectores que la posible efectividad de las medidas para colocar a Castilla y León a la vanguardia. «Se está intentando hacer algo en ese sentido, lo cual es muy loable. Pero que se esté llevando por los cauces adecuados ya es otro cantar; a mi modo de ver falta mucha pericia, se hacen cosas que en mis años de carrera científica no he visto hacer nunca en ningún otro lugar, ya sea en este país o en el extranjero. En mis tiempos como director del IBGM tuve algunas oportunidades de reunirme con consejeros, directores generales y otros cargos menores. Nunca pude desordenar conciencias, que dirían los Celtas Cortos; no es un tema prioritario», lamenta Jesús Balsinde Rodríguez.



Ana Martín Zamora, Concha Fernández y Cristina Gaitán, matronas que han participado en el proyecto 'La maternidad desde mis emociones'. J. M. LOSTAU

>VALLADOLID

Escribir las emociones de la maternidad

Cuatro matronas impulsan un proyecto que facilita el seguimiento de la mujer durante el embarazo y el postparto / Plantean la necesidad de que las mujeres deben saber qué les pasa, entender qué sienten y por qué. Por **É. Lera**

El embarazo es un torbellino emocional y corporal en la vida de una mujer. Cuando el positivo llega, empieza a escribirse una historia de gran sensibilidad emocional que conlleva mucho estrés fisiológico tanto físico como mental. Son momentos de grandes fluctuaciones, donde, en algunos casos, la ansiedad, la tristeza, la angustia, el miedo, la inquietud, la alegría, la irritabilidad... aparecen a lo largo de los nueve meses. Aunque estos sentimientos son invisibles, no son tan abstractos como podemos llegar a creer. Cada uno de ellos desencadena una reacción química en el organismo. Por esta razón, es fundamental conocer lo que pasa, ya que el vientre materno es el hogar del bebé durante mucho tiempo. Gestionar la nueva situación de maternidad es la clave.

Con esta idea en mente, un equipo de cuatro matronas castellanas y leonesas impulsa un proyecto que facilita el seguimiento de la mujer durante el embarazo y el postparto. En concreto, Elena Nieto, Cristina Gaitán, Ana Martín Zamora y Concha Fernández proponen crear un diario en formato papel o digital para que reflejen sus emociones, dudas, inquietudes...

en esta nueva etapa. Además, ofrecen el abordaje de la salud mental desde la consulta de la matrona del centro de salud y la posibilidad de crear grupos de apoyo donde compartir experiencias.

«Los seres humanos somos seres biopsicosociales, por lo tanto, al igual que abordamos a lo largo del embarazo y postparto el área física de la mujer, es decir, solicitamos analíticas, controles ecográficos, constantes vitales, etcétera, es necesario también abordar su esfera emocional. Tener en cuenta las inquietudes, dudas, miedos, emociones que ella está viviendo en este proceso que es la maternidad», asegura Elena Nieto Escobar, matrona del Servicio Público de Sacyl.

«La maternidad desde mis emociones» —así se llama este trabajo, que acaba de ganar el primer premio en el Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España— tiene como objetivo crear un instrumento dedicado a la salud mental para recalcar su importancia y poder detectar problemas relacionados que puedan derivar de estas etapas tan vulnerables física y emocionalmente para la mujer. «En nuestro día a día estamos acostumbradas a trabajar de forma

multidisciplinar con otros profesionales. Las matronas somos el profesional capacitado en llevar el seguimiento de la maternidad, pudiendo derivar a las mujeres que necesiten ayuda de otro profesional, si existen desviaciones de la normalidad».

En cuanto a las ventajas de esta iniciativa, Nieto Escobar señala que la principal es que es un producto fácil, barato y eficiente a la hora de elaborarlo, diseñarlo y distribuirlo. Además, agrega que resulta sencillo de incorporar en las revisiones del embarazo y postparto, y cuenta con alta validez externa, extrapolable al resto de comunidades y sociedades. «Es innovador como forma de espacio y herramienta para abordar la salud mental en la maternidad con los profesionales y las familias», apostilla.

De momento, avanza esta matrona, han obtenido buena participación y acogida por parte de las mujeres encuestadas en el proyecto piloto del centro de salud de Arturo Eyries en Valladolid, que se llevó a cabo el pasado mes de agosto. Y es que no hay que olvidar, recalca, que implica una experiencia laboral única para los profesionales.

Esta iniciativa, relata, surgió como una necesidad de dedicar un es-

pacio para atender la esfera emocional de la mujer durante la vivencia de su maternidad, ya que debe saber qué la pasa, entender qué siente y por qué. En la actualidad, Elena Nieto Escobar expone que, para el seguimiento del embarazo y postparto, disponen en todas las comunidades autónomas de la cartilla de embarazo, sin embargo, lamenta que no suele reservar ningún apartado dedicado al abordaje de la salud mental. «Con 'La maternidad desde mis emociones' nuestro objetivo es crear un instrumento dedicado a la salud mental para recalcar su importancia y poder detectar problemas relacionados que puedan derivar de estas etapas tan vulnerables física y emocionalmente para la mujer».

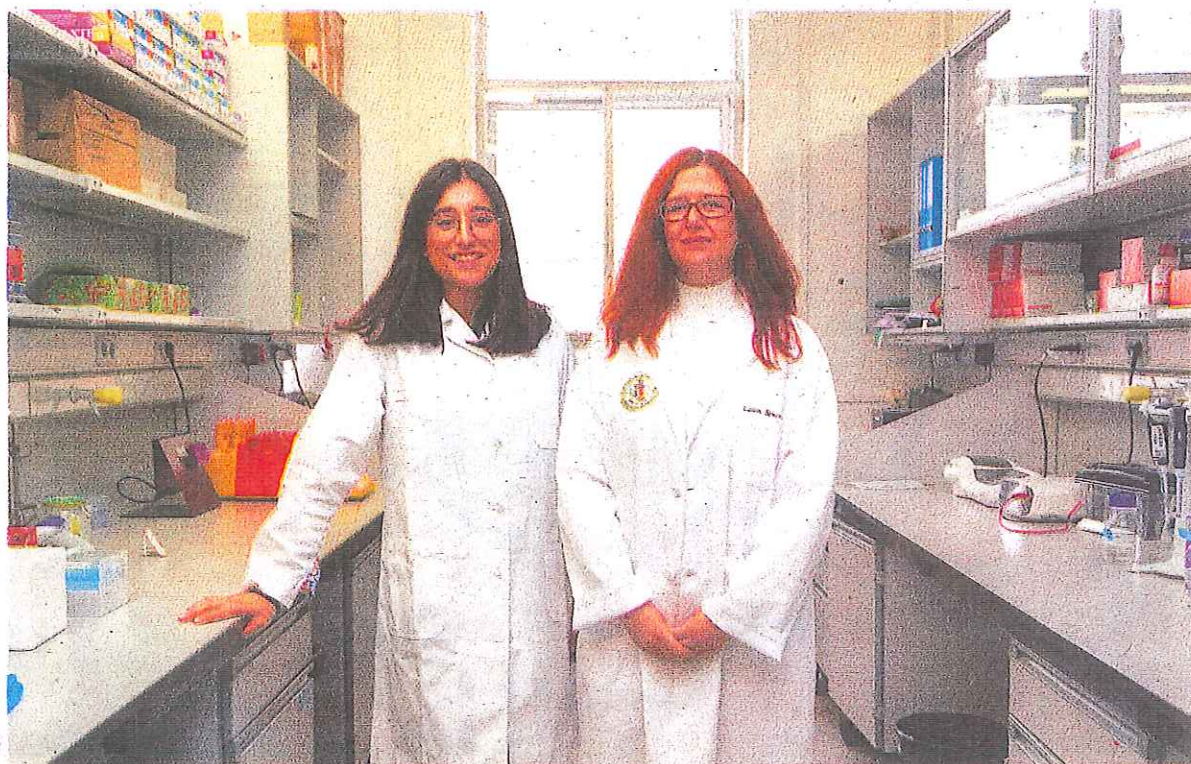
Instauraron el proyecto piloto en un grupo de 25 mujeres embarazadas. «Obtuvimos muy buena participación y aceptación por parte de las futuras mamás», indica. Por este motivo, el siguiente paso va a ser fijar las mentorías formativas con ImpactHub, que forman parte del primer premio obtenido en el concurso. A largo plazo, avanza, quieren implementarlo en el centro de salud Arturo Eyries.

«Nuestra idea es poder presentar-

lo en todos los centros de salud tanto dentro como fuera de la comunidad al ser una herramienta de apoyo para el acompañamiento en ese momento tan importante de su vida. También como herramienta para poder derivar en caso de detectar cualquier dificultad que se desvíe de la normalidad en su bienestar», asegura Elena Nieto Escobar.

Lo que tratan de evitar estas profesionales es que las emociones deriven en un problema de salud mental, es no esperar, prevenir y tratarlos en cuanto surgen. De hecho, la depresión postparto está registrada en el manual de psiquiatría 'DMS-5' como trastorno depresivo durante el período perinatal y en la actualidad tiene una incidencia mundial del 15%.

En su opinión, es importante individualizar cada caso y tener en cuenta tanto las necesidades de la mujer como la etapa del embarazo en la que se encuentra. En definitiva, buscan ese vacío, a la vez que impulsan un cambio de mentalidad para que las revisiones médicas no solo se centren en la salud física, sino que también se preste atención a esas necesidades psicológicas de la madre «esenciales» para garantizar su salud mental.



Lucía Álvarez y Laura Senovilla en el Instituto de Biomedicina y Genética Molecular de Valladolid. PHOTOGENIC

> VALLADOLID

Frente al cáncer de mama, información

Investigadores vallisoletanos trabajan para obtener datos multifactoriales que permitan predecir el tratamiento idóneo para cada paciente / Su idea es reducir el tiempo de actuación, los efectos secundarios y el riesgo de recaída. Por **É. Lera**

Situar al tumor y dejar cada vez menos posibilidades de actuar. Uno de los últimos movimientos en aterrizar en el arsenal terapéutico es la información. Sí, datos que pueden cambiar el curso de esta enfermedad que en 2020 transformó la vida a 2,3 millones de mujeres en el mundo.

El cáncer de mama triple negativo representa entre el 10 y el 20% de todos los cánceres de mama invasivos. Se caracteriza por no expresar receptores hormonales, ni el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano. Es frecuente en mujeres jóvenes menores de 40 años y tiende a crecer y extenderse muy rápido, por lo que, las opciones de tratamiento son escasas y suele tener un peor pronóstico. La probabilidad de supervivencia a cinco años es del 65%, frente al 86% de media en el cáncer de mama global.

En la actualidad el principal tratamiento recomendado sigue siendo la quimioterapia neoadyuvante, es decir, la paciente recibe quimioterapia para reducir el tumor y luego se procede a la cirugía. Sin embargo, estos tumores son muy diferentes entre ellos, y estas diferencias son la

causa del fracaso de los tratamientos. Además, tiende a reaparecer con más frecuencia que otros tipos de tumor de mama. No obstante, si no reaparece en un plazo de cinco años, este riesgo disminuye. Pero si va acompañado de metástasis, la tasa de supervivencia es mucho menor, en torno al 11%.

De manera global, 700.000 mujeres murieron de cáncer de mama en 2020. Por esta razón, la comunidad científica tiene claro que los marcadores pronósticos utilizados no son suficientes para determinar el tratamiento más adecuado. Las recaídas son el principal obstáculo al que se enfrentan los clínicos y se deben, sobre todo, al desarrollo de resistencia a los fármacos administrados.

En este sentido, investigadores del Instituto de Biomedicina y Genética Molecular (IBGM) de Valladolid trabajan para obtener datos multifactoriales que les permitan predecir el tratamiento idóneo para cada paciente. Para ello colaboran con la Unidad de Patología Orgánica de la Mama del Hospital Clínico Universitario de la capital, que le va a proporcionar muestras de enfermas con esta dolencia.

«Estas muestras las vamos a utilizar para estudiar parámetros genéticos, metabólicos e inmunológicos, así como la capacidad de resistir a diferentes tratamientos y de generar metástasis», asegura la investigadora Lucía Álvarez, antes de apuntar que este estudio es complejo y de larga duración.

Es verdad, comenta, que una vez que hayan podido recopilar todos estos datos, junto con las características clínicas de las pacientes, podrán identificar marcadores biológicos (biomarcadores) en estas personas que les ofrezcan la posibilidad de tomar decisiones terapéuticas más precisas y personalizadas tanto en cánceres primarios como recurrentes.

En su opinión, esta hoja de ruta guiará a cada enfermo hacia un tratamiento optimizado y personalizado, que evitirá el sobretratamiento, minimizará los efectos secundarios y mejorará tanto el tiempo libre de enfermedad como la supervivencia. No hay que olvidar, indica, que, en los últimos quince años, se han llevado a cabo numerosos estudios sobre el genoma, las proteínas o el sistema inmune dirigidos a encontrar nuevos biomar-

cadores de estos tumores. «Aunque los estudios llevados a cabo son muy pertinentes, cada uno de ellos se ha centrado en un único aspecto. Hasta ahora, no existe una investigación tan exhaustiva que considere tantas variables simultáneamente en una misma muestra como la que proponemos nosotros», sostiene Álvarez.

Respecto a las ventajas, la investigadora del IBGM deja claro que, una vez que hayan identificado los nuevos biomarcadores capaces de predecir el tratamiento más adecuado, podrían, en colaboración con los hospitales, analizar las muestras de las pacientes en el momento del diagnóstico o cirugía en base a estos biomarcadores para predecir la terapia que más se adecúa para cada enfermo. Esto, a su parecer, posibilitará reducir el tiempo de actuación, los efectos secundarios, el riesgo de recaída y aumentará la tasa de supervivencia.

Todo empezó, tal y como relata, a raíz de Laura Senovilla, su directora de tesis, quien ha contribuido con sus trabajos al avance en el campo de la inmunología del cáncer, identificando biomarcadores

que favorezcan el reconocimiento y eliminación de las células tumorales por parte de las células del sistema inmune. «En estos estudios vio cómo la presencia y liberación de ciertas proteínas favorecían la resistencia a determinados fármacos y cómo el metabolismo de las células tumorales son claves en el desarrollo y crecimiento de los tumores». Con esta información encima de la mesa decidieron dar un paso al frente, ya que consideraron que todos estos procesos no son individuales, sino que están relacionados y, por eso mismo, van a estudiar todas estas características a la vez.

El proyecto, que arrancó en junio, cuando la Asociación Española Contra el Cáncer concedió a Lucía Álvarez la beca para realizar la tesis doctoral, tiene como meta contribuir a mejorar las propuestas terapéuticas de estas pacientes, mejorando las estadísticas. Además, quieren aplicar esta metodología a otros tipos de cáncer como, por ejemplo, los glioblastomas y, para ello, ya cuentan con la colaboración del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

PAPEL | SALUD



LA RESISTENCIA A LOS FÁRMACOS DETRÁS DEL AUMENTO DE NEUMONÍAS EN CHINA

Sin defensas. Las urgencias se desbordan un año después del fin del 'Covid cero'. Los expertos apuntan a que una baja eficacia de los antibióticos "contribuye" a los altos niveles de hospitalización

Por Lucas de la Cal (Shanghai)

Todos los días, en el Hospital Infantil de Pekín, alrededor del centro de infusiones hay una marabunta de padres con sus hijos en brazos esperando su turno.

Cuando Fang Hui llegó al hospital con su pequeña de ocho meses, quien llevaba un par de días con fiebre alta, tuvo que esperar más de 40 minutos únicamente para coger de la máquina el ticket.

Con su número ya en mano, observó con estupor el monitor que indicaba que aún tenía más de 400 personas por delante para pasar consulta. Estuvo 16 horas esperando, incluso pasó la noche en el centro. En los pasillos y salas de espera muchos padres se tiraban al suelo para dormir con sus hijos. Para cualquier gestión, ya fuera coger el ticket para la infusión, aguardar la consulta o pagar los medicamentos, la estampa de

aglomeraciones era la misma. La escena recordaba a cuando los hospitales colapsaron durante la primera (y no muy lejana) gran ola de Covid, que a China no llegó hasta finales de diciembre de 2022 y se extendió hasta principios de febrero de 2023. La potencia asiática, después de tres años amarrada a su política de confinamientos, bloqueos de ciudades y pruebas PCR diarias, levantó de golpe todas las restricciones, provocando una presión sin precedentes en el sistema sanitario.

Casi un año después, muchos hospitales vuelven a desbordarse por culpa de lo que las autoridades han calificado como «mezcla de patógenos», todo ellos viejos conocidos que habían estado los últimos años apartados de circulación por la sobreprotección de la población—mascarillas, distanciamiento físico y largas cuarentenas en casa— durante la pandemia.

En Tianjin, a 30 minutos en tren de Pekín, el hospital infantil comunicó el lunes que está atendiendo a un récord de más de 13.000 pacientes pediátricos a diario. Si nos vamos al sur, hasta la ciudad de Dongguan, varias escuelas primarias han suspendido las clases, por recomendación de las autoridades, debido a que en muchas aulas más de un tercio de los alumnos comenzaron a tener fuertes síntomas de gripe. En redes sociales, muchos padres se quejan de que han tenido que gastarse una fortuna en hospitales privados porque en los centros públicos todo es un caos.

«Los confinamientos durante la pandemia impidieron la circulación de los virus estacionales y esto ha hecho que muchas personas no hayan tenido oportunidad de desarrollar inmunidad contra estos microorganismos, empezando por niños muy pequeños que están pasando su primera gripe con tres años de retraso», explica desde el área de pediatría del Hospital Taiyanghai de Shanghai la doctora Li Zhu, quien asegura que en noviembre pudieron recibir un 200% más de visitas que en el mismo periodo del año anterior. La sala de infusiones de este centro, al igual que en el de Pekín, está abarrotada y hay unos cuantos niños repartidos por los pasillos que están recibiendo medicamentos por la vía intravenosa.

«Lo que más nos llega son casos de influenza, que es más grave en los menores de cinco años», asegura Li Zhu.

En el Hospital General de Huasang, en el centro de Shanghai, la sala de Emergencias se está llenando estos días de ancianos con fuertes gripes y con Covid. Algunos especialistas ya hablan de que está comenzando una segunda ola fuerte de infecciones por el SARS-CoV-2 que está aumentando los ingresos entre la población más mayor. El área infantil del centro también está recibiendo un gran número de padres con niños que padecen neumonía por 'mycoplasma', una infección bacteriana común que generalmente afecta a los más pequeños.

«Aunque esta neumonía generalmente se trata con antibióticos—macrólidos—, una dependencia excesiva de estos medicamentos ha llevado al patógeno a desarrollar resistencia», explica Benjamin Cowling, epidemiólogo de la Universidad de Hong Kong, donde también están reportando un aumento de estas neumonías en niños. «En los estudios que se están

Pacientes y acompañantes se acumulan en los pasillos y la sala de emergencias del Hospital de Shanghai. L. C.

realizando en Pekín, lo que estamos viendo es que las tasas de resistencia de neumonías por 'mycoplasma' a los macrólidos están entre el 70% y el 90%. Esta resistencia podría estar contribuyendo a los altos niveles de hospitalización de este año».

Después del revuelo generado en la comunidad sanitaria internacional por el aumento en China de enfermedades respiratorias y amplios grupos reportados de neumonía en niños, con la OMS demandando a Pekín información detallada de los brotes, el Ministerio de Sanidad chino organizó el domingo una rueda de prensa para dejar claro que no ha aparecido ningún nuevo virus.

Mi Feng, el portavoz del ministerio, aseguró que los recientes grupos de infecciones respiratorias son causados por una superposición de virus comunes como el de la influenza, los rinovirus, el virus respiratorio sincitial (VSR) y el adenovirus, así como por bacterias como la 'mycoplasma', que es la que provoca la ola de neumonía «ambulante» en los niños. «Se deben hacer esfuerzos para implementar medidas efectivas de prevención y control de epidemias en lugares clave con poblaciones densas, como escuelas, instituciones de cuidado infantil y residencias de ancianos», dijo Mi. «Esto incluye minimizar el movimiento de personal y las visitas».

En la misma comparecencia intervino el doctor Wang Huaqing, jefe del programa de inmunización del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), quien precisó que las infecciones por 'mycoplasma' se observaron principalmente entre el grupo de edad de cinco a 14 años, mientras que el resto se enfermó principalmente por los diferentes tipos y combinaciones de virus.

«Lo que está pasando en China es lo que la mayoría de países afrontaron hace uno o dos años. No se han encontrado patógenos nuevos e inusuales», remarcaba

Hay superposición de virus de gripe, rinovirus, VSR y adenovirus y bacterias como la 'mycoplasma' en los pacientes

«Una dependencia excesiva de los antibióticos lleva a desarrollar resistencia», dice el epidemiólogo Benjamin Cowling

esta semana Maria Van Kerkhove, directora interina del departamento de preparación y prevención de epidemias de la OMS. La experta reiteró que el aumento de las infecciones del país asiático parece estar impulsado por el creciente número de niños que contraen patógenos después de haber evitado las bacterias durante los últimos años.

2

OPINIÓN

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Martes 28 de noviembre 2023

La investigación como una apuesta clara por la mejora de la Sanidad

MÁS INVESTIGADORES. Esa es la apuesta decidida de Castilla y León para los próximos años en todo lo que tiene que ver con la Sanidad. Una apuesta que pasa por esa puesta en marcha del HUB de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León, que viene marcado por el éxito del Instituto biomédico de Salamanca, el IBSAL, y la reciente creación del IBioVALL en Valladolid y en la próxima puesta en marcha de los institutos de León y Burgos. Todos ellos vendrán a dar respuesta a esa idea clara de apostar por reforzar la actividad investigadora de la Comunidad, en lo que al área de Salud y de Sanidad se refiere.

Un área cuyo crecimiento no llega sólo por ese crecimiento a un mayor número de posibilidades de empleo, sino que tendrán un impacto positivo en los pacientes, pues el propósito pasa por poner a las personas como el epicentro de todo, como ese eje, ese núcleo central sobre el que tiene necesariamente que pivotar cualquier actuación de la administración.

Todo ello con propósito y un fin. El que este ecosistema, este HUB de innovación se convierta en un punto de encuentro que haga que el sector biosanitario y biotecnológico

co sean las verdaderas palancas de transformación del sistema sanitario, productivo y social de Castilla y León. De ahí que se haga necesario el que se pongan en marcha las sinergias necesarias bajo el mismo prisma, el de mejorar la salud para generar empleo cualificado y favorecer el desarrollo territorial. Y es que si algo viene demostrando esta Comunidad es que tiene talento, y del bueno en innovación sanitaria, y que cada vez más este área de la I+D+i en el área de la salud es más pujante.

De lo que se trata ahora es que desde la administración, evidentemente desde la Junta que es quien tiene las competencias y debe ejercer el liderazgo, se creen las necesarias oportunidades de trabajo y de calidad de vida, gracias al papel destacado en investigación e innovación farmacéutica, tecnología digital, genómica y terapias avanzadas.

Pero hasta aquí sólo están las buenas palabras que anuncian acciones mejores, que ahora deberán ejecutarse cuanto antes para que no se vayan al limbo. Por eso debe valorarse ese anuncio de duplicar los investigadores en materia de salud. Y es que si algo es la investigación es una apuesta clara por la mejora de la Sanidad.

Enfermería de Urología, primer premio de Retos en Salud

SORIA

El proyecto Timbre avisador de finalización de sueros lavadores en Urología se alzó ayer con el primer premio en el Concurso de Retos de Innovación en Salud Cyl, convocado en el marco del desarrollo del HUB de Investigación e Innovación en Salud e impulsado por la Consejería de Sanidad, la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, con la colaboración de la Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación.

Esta iniciativa, entre cuyos objetivos se encuentra el impulso de la transferencia y explotación de resultados de la actividad de investigación e innovación para el desarrollo de productos, procesos y servicios sanitarios, tiene como propósito contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los ciudadanos, aprovechando el potencial innovador de los profesionales, impulsando la transferencia de conocimiento, valorando la viabilidad de los proyectos, visibilizando y mentorizando las ideas innovadoras de los profesionales del Sistema de Salud de Castilla y León.

Durante el encuentro, que tuvo lugar en Valladolid, Carlos Aguilera Franco, jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia, participó en el área de medicina personalizada y de precisión, en el tema de debate medicina a la carta.

Belén Hernández Romero, jefa de Unidad de Enfermería de la Unidad de Urología del Hospital Universitario Santa Bárbara, fue la encargada de presentar, dentro del Área tecnología y digitalización de los procesos asistenciales y en la gestión sanitaria el proyecto 'Timbre avisador de finalización de sueros lavadores en urología', proyecto que se inició a partir de la detección del problema que suponían las complicaciones derivadas de la interrupción del lavado vesical continuo.

Ante la imposibilidad de encontrar en el mercado algún dispositivo que diera respuesta a la necesidad de avisar tras la finalización de los sueros lavadores, Roberto Álvarez Alonso, enfermero de la Unidad de Urología comenzó con el diseño de un prototipo, cuya implementación apoyada por todo el equipo de Urología, permite mejorar la eficiencia y eficacia de los cuidados de enfermería, evitando complicaciones, mejorando el descanso nocturno de los pacientes, ayudando a disminuir el cansancio del rol del cuidador y en definitiva generando valor para los pacientes.



José María Ordovás, Premio Nacional de Investigación. REPORTAJE GRÁFICO: MARIO TEJEDOR



Premio Valores Humanos para Jesús Aguaron, de la AECC.

Los sorianos más saludables

La Fundación Científica Caja Rural clausura la XXIX edición del Soria Saludable con la entrega del Premio Nacional de Investigación a Ordovás y el resto de galardones

SORIA
La Fundación Científica Caja Rural de Soria (FCCR), que dirige Juan Manuel Ruiz Liso, echó este jueves el cierre a la XXIX edición del ciclo de conferencias del Soria Saludable, en un acto desarrollado en el Aula Magna Tiso de Molina, el día grande, ya que se entregaron los premios correspondientes al año 2023. En esta edición, el Soria Saludable ha estado dedicado a la salud mental.

El protagonista de la jornada fue el profesor José María Ordovás Muñoz, Premio Nacional de Investigación, ca-

tedrático de Nutrición, especialista en Nutrigenética y Nutrigenómica de la Universidad Tufts de Boston (Massachusetts), director del laboratorio de Nutrición y Genómica, quien ofreció la ponencia de clausura 'Revolucionando el envejecimiento con salud personalizada'.

Por unanimidad también, la FCCR entregó el Premio Valores Humanos al doctor Jesús Aguaron, «por su compromiso humano como médico, antes con Asamís y ahora con la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)».

Por su parte, el Premio Sorianos Sa-

ludables se entregó a una representación de médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, celadores o personal administrativo del servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Soria, «por su labor no solo profesional sanitaria sino también humanitaria y social en los últimos años», según explicó la Fundación.

Ordovás ofreció una conferencia centrada en los factores genéticos y epigenéticos que predisponen a las enfermedades crónicas relacionadas con la edad (es decir, enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabe-

tes) y su interacción con factores ambientales y conductuales, con especial énfasis en la dieta y en la cronobiología. Ha publicado más de 1.000 artículos científicos en revistas de revisión por pares (h-index 150), escrito libros y capítulos de libros y participado como ponente invitado en cientos de congresos, simposios y cursos internacionales relacionados con la nutrición personalizada. En este sentido, se le considera un pionero y uno de los expertos mundiales más distinguidos en las interacciones entre genes y dieta relacionadas con los

rasgos cardiometabólicos. Además, ha formado en su laboratorio a más de 60 científicos, y su red actual involucra a poblaciones e investigadores de todos los Continentes.

A lo largo de su carrera, el médico ha recibido múltiples honores por sus logros científicos, incluido el Premio del Secretario del USDA, el Premio Centrum, el David Kritchevsky a la carrera investigadora en nutrición y los premios de Mentoría del Instituto Dannon de la Sociedad Estadounidense de Nutrición, de la cual es también Fellow, su más alto reconocimiento. Entre los numerosos honores recibidos en España, podemos destacar la Medalla de Oro de la Sociedad Española de Cardiología y el Premio Francisco Grande de la Fundación Dieta Mediterránea. Es Doctor Honoris Causa en Medicina por la Universidad de Córdoba en España.



Premio Sorianos Saludables para el personal del Hospital Santa Bárbara.



Imagen del público asistente a la clausura de la XXIX Soria Saludable.

OPINIÓN

El acierto de Vázquez de contratar médicos para los consultorios rurales

LA POLÍTICA evidencia su inmadurez cuando en una democracia madura la sanidad o la educación son una constante en la disputa de los políticos. El Estado de Bienestar está por encima de la ideología, porque compete y nos protege a todos. Y así ocurre no en las democracias avanzadas y maduras, sino en aquellas que acogen a políticos maduros y responsables. En España los ciudadanos hace tiempo que hemos alcanzado esa madurez social. Igual algún día la logran los políticos, más centrados en su mediocidad orgánica que en los problemas reales de la ciudadanía.

La última pseudopolémica es la contratación de más de dos centenares de médicos sin especialidad, es decir, sin certificación comunitaria, para cubrir las plazas que no hay y evitar el cierre de consultorios rurales. La alternativa de la anterior consejera era contundente y propia de una inoperante: cerrar los consultorios. Sin consultorios no son necesarios médicos, ni con especialidad ni sin ella. Ni tampoco enfermeras o enfermeros. Un ahorro liberal propio de la incapacidad de quien había decidido implantar la desigualdad sanitaria en Castilla y León.

Ante la falta de especialistas, el actual consejero, Alejandro Vázquez, ha adoptado la valiente y, mientras un juzgado no diga lo contrario, legal decisión de contratar médicos sin especialidad.

Pero médicos. No físicos cuánticos ni fontaneros ni futbolistas. Médicos para atender consultorios médicos. Tan legal, mientras un órgano judicial no lo contradiga, como la amnistía para los independentistas. El PSOE de Castilla y León ha decidido volver a naufragar en una polémica absurda, a costa de coger la línea del verdadero líder de la oposición política en Castilla y León, Francisco Igea, diputado único de un partido que ya no existe. El PSOE sabrá si su estrategia es seguir dando vueltas en círculos sobre sí mismo.

Siguro que a nadie agrada no disponer de médicos con especialidad. Pero a los ciudadanos, sobre todo de las áreas rurales, les desagrada más no disponer de médicos, ni con especialidad ni sin ella. Sirvió el modelo en la emergencia de la pandemia. ¿Y entonces por qué no sirve ahora que hay una urgencia sanitaria rural? Qué oficiaba la pandemia en el desempeño de la actividad médica que no oficie la actual situación. Los que están en contra de esta decisión legal que digan que su alternativa real es cerrar consultorios. Lo demás ahora son unicornios. Y al consejero Vázquez, como Sabina en *Peor para el sol*, no le gusta invertir en quimeras y sí en sanidad y salud. Hasta el inconformista presidente colegial médico Villarig lo ha justificado. Circulen.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Viernes 1 de diciembre 2023

CASTILLA Y LEÓN

El PSOE exige a Vázquez explicaciones por contratos a médicos sin especialidad que ve de «dudosa legalidad»

VALLADOLID El Grupo Socialista en las Cortes de Castilla y León exigió ayer al consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, explicaciones y transparencia sobre el tipo de contrato realizado a 235 médicos extracomunitarios sin el título requerido en Medicina Familiar y Comunitaria, que la oposición ve de «dudosa legalidad».

En una rueda de prensa, los responsables de Sanidad en el Grupo Socialista, Jesús Puente y Diego Moreno, recordaron que durante la pandemia se aprobó un decreto ley que permitía la contratación de esos pro-

fesionales pero subrayaron que esa normativa no está vigente desde hace diez meses.

A través de una interpelación en el próximo pleno de las Cortes, la oposición socialista demandará a Vázquez el tipo de contrato que se ha realizado a estos facultativos, el número por provincias y su reparto en las áreas urbanas y rurales.

Sin embargo, pese a expresar «la dudosa legalidad» de los contratos, «que quiebra el principio de igualdad», Moreno precisó que no se plantean acudir a la justicia, si bien matizó que sí apoyarían un recurso en

caso de que fuera presentado por los colectivos o por las sociedades científicas y médicas.

«Pinta muy mal», añadió Jesús Puente, en relación a que se tipo de contratos se conviertan en definitivos y entre «en colisión con normativa europea», aunque indicó que la legalidad la tendrán que determinar los tribunales. Por su parte, Puente se mostró convencido de que estos contratos se realizan en su mayoría en el medio rural por lo que se producirá desigualdad y desequilibrio en la atención entre el medio rural y urbano, a lo que añadió que la Aten-

ción Primaria de Castilla y León, con sus consultorios rurales, dejará de ser una referencia en la sanidad española.

La Junta de Castilla y León espera que la nueva ministra de Sanidad, Mónica García, aborde con «celeridad» y «más eficacia» la falta de médicos a través de la convocatoria urgente del Consejo Interterritorial, como ha solicitado el titular del ramo en la Comunidad, Alejandro Vázquez, y se tomen medidas, entre ellas agilizar las acreditaciones de profesionales extracomunitarios. Ante la polémica por la contratación de 235 mé-

dicos en la Atención Primaria de Castilla y León sin contar con el MIR, el consejero portavoz de la Junta, Carlos Fernández Carriedo, subrayó en la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno que dichos contratos están dentro de la normativa y que es una solución provisional hasta la resolución del problema.

«Esperemos que la ministra venga con una mentalidad abierta», remarcó Fernández Carriedo, convencido de que ante un problema como la falta de médicos se enfrentan a contratar a los que no disponen de la acreditación, pero tienen el título en Medicina, o no atender a los pacientes y cerrar consultorios. Así, insistió en que no es una medida de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, sino del resto de comunidades, para atajar un problema.

AUDIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN AUDITIVA

REMITIDO

"Hay relación entre pérdida auditiva, alzhéimer, demencia y aislamiento social"

GORKA RODRÍGUEZ GERENTE DE OTOAUDIO

Otoaudio Integral es una empresa de centros auditivos y unidades de audiología clínica del Grupo ASISA.

Otoaudio se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación de la pérdida auditiva mediante la programación de audífonos, implantes auditivos o terapias auditivas. La compañía dispone de centros auditivos y también de unidades de audiología clínica en hospitales y clínicas del Grupo Hospitalario HLA, uno de los mayores proveedores hospitalarios de España, y que lo componen 18 hospitales y 37 centros médicos multispecialidad.

Los problemas de audición siempre se han creído cosas de hacerse mayor, ¿es así?

La verdad es que no, ya que cada vez se presentan problemas auditivos en edades más tempranas. Pueden afectar a personas de todas las edades debido a factores como la exposición al ruido, mal uso de auriculares, infecciones, trastornos genéticos, ciertas enfermedades y medicamentos.

¿Cómo afecta el mundo moderno a nuestra audición?

El mundo moderno puede afectar nuestra audición a través de la exposición a niveles altos de ruido, como el tráfico intenso, la maquinaria industrial y el uso prolongado de auriculares a volúmenes excesivos, y que nos puede llevar a problemas auditivos. Todo ello, además, pueden contribuir negativamente a una menor conciencia y cuidado de la salud auditiva.

También aprovecho para comentar que, en este mundo que nos permite tener un mayor conocimiento de todo lo que nos rodea, debemos saber que ya se ha demostrado la existente relación entre la pérdida auditiva y los problemas cognitivos como el alzhéimer y la demencia. Estos estudios indican que la pérdida auditiva puede acelerar el declive cognitivo, ya que reduce la estimulación auditiva al cerebro, lo que a su vez puede impactar en las funciones cognitivas. Además, la dificultad para oír puede conducir al aislamiento social, otro factor de riesgo para el desarrollo de problemas cognitivos. Por lo tanto, es crucial abordar la pérdida auditiva no solo como un problema de salud auditiva, sino también en el contexto de la salud cognitiva general.

¿Qué tipo de casos os encontráis más a menudo en vuestros centros?

Principalmente nos encontramos con la pérdida de audición relacionada con la edad, y que se denomina presbiacusia. Al igual que en la visión nos encontramos la

presbiopia, en la audición también existe este desgaste fisiológico, que es la patología que comento. La presbiacusia es la pérdida de audición gradual que ocurre naturalmente a medida que las personas envejecen. Suele comenzar alrededor de los 60 años y se debe a cambios en el oído interno, nervios auditivos o en ambas áreas, y dificulta la comprensión del habla.

También, al ser una empresa clínica, y disponer de una batería de pruebas mayor que en el resto de empresas del sector, nos encontramos casos de valoraciones auditivas en casos de retrasos del lenguaje, estudios auditivos cuando hay patologías como TDAH o autismo, etc.

¿Qué soluciones ofrecéis en Otoaudio?

En Otoaudio nos diferenciamos en la excelencia en el diagnóstico y tratamiento de tu audición a través de todas las pruebas de evaluación auditiva que existen en el campo de la audiología: Escáner 3D con digitalización del oído: Otoscan®, Audiometría Tonal Liminar / Audiometría Vocal, Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC o ABR), Potenciales Evocados Auditivos de Estado Estable (PEAee o ASSR) u Oteomisiones Acústicas Transitorias (OEAT).

Pero también otros tratamientos más avanzados, como audífonos digitales casi invisibles con inteligencia artificial (IA) incorporada, tapones de protección sonora individuales, dispositivos y tratamientos de acúfenos e hiperacusia, programas de rehabilitación auditiva y terapias auditivo verbales.



"En Otoaudio, el paciente es el eje central de nuestro trabajo y todas nuestras acciones están orientadas hacia su bienestar y necesidades. Nos diferenciamos en la excelencia en el diagnóstico y tratamiento de la audición"

Y con una clara vocación al paciente, ¿verdad?

Totalmente. En Otoaudio, el paciente es el eje central de nuestro trabajo, y todas nuestras acciones están orientadas hacia su bienestar y necesidades.

Esto significa que todo gira en torno a sus necesidades y experiencias individuales, e implica, no solo evaluar y tratar la pérdida auditiva de manera individualizada, sino también entender y atender sus preocupaciones, estilo de vida y expectativas.

Los audífonos deben ser personalizados porque cada persona tiene una pérdida de audición única, con diferentes grados y tipos de deficiencias auditivas. Además, las preferencias individuales y los estilos de vida varían, lo que afecta la elección de la solución más adecuada.

Trabajáis siempre con las últimas tecnologías, ¿cuáles son los avances más relevantes en los últimos años?

Nos encontramos en una época en la que la tecnología se encuentra en constante evolución y el sector de la audiología y la audioprótesis también "se sube al carro". En Otoaudio consideramos que disponer de los equipos y los audífonos de última tecnología es fundamental para ofrecer a nuestros pacientes la mayor garantía de éxito.

Por todo ello, tenemos los equipos más avanzados para el estudio de la salud auditiva, como Otoscan (escáner de oído), Nav PRO ONE (potenciales evocados auditivos) o Aurical (equipo de adaptación de audífonos).

En Otoaudio disponemos de audífonos con IA incorporada, que se adaptan automáticamente al entorno sonoro, control del audífono a través de apps o los audífonos recargables con mayor tiempo de batería. Todo ello, entre otras cosas, facilita enormemente la vida a cualquiera de nuestros pacientes.

Actualmente tenéis 16 centros entre Alicante, Cádiz, Córdoba, Huelva, Madrid, Murcia y Sevilla, ¿qué planes de futuro tenéis?

Por una parte, vamos a comenzar, en próximas fechas, a incorporar en varios de nuestros centros el estudio y rehabilitación de la patología vestibular, que implica estudiar las causas de los problemas de equilibrio y mareos, y aplicar terapias específicas para mejorar los síntomas.

Y también en Otoaudio tenemos la previsión de continuar con el ambicioso proceso de expansión que estamos teniendo con la apertura de nuevos centros auditivos y nuevas unidades de audiología clínica en otras provincias para ofrecer, a todas las personas que lo necesitan, el cuidado de sus oídos en las mejores manos y con el mejor resultado.



La revista diaria de EL MUNDO. Viernes, 1 de diciembre 2023

PAPPEL

LA HAZAÑA DIARIA

DE SER JAVIER

A los 13 años empezó a perder la audición. A los 15, la visión. Hoy es sordociego, pero trabaja en una gran empresa, tiene un hijo y ha escalado el pico más alto de Europa. En la semana de la Discapacidad, acompañamos en una jornada de trabajo a Javier García Pajares. "Lo importante es no dejar de soñar", dice

*Por Israel Zaballa (Madrid)
Fotografía de Ángel Navarrete*

...de la vida. En la semana de la Discapacidad, acompañamos en una jornada de trabajo a Javier García Pajares. "Lo importante es no dejar de soñar", dice

PAPEL EN PORTADA

Por Israel Zaballa (Madrid)
Fotografías de Ángel Navarrete

Los dedos de Diego, Laura, Vivian o Jorge han aprendido a hablar. Son unos dedos parlachines, locuaces, charlatanes. Dedos que lo mismo te cuentan un chiste que el último chismorreo de la oficina. Dedos que saben decir «buenos días», «venite a tomar un café» o «voy de cráneo con el informe». Esos dedos, y el lenguaje que atesoran dentro, son vitales para Javier García Pajares. Gracias a ellos es como si viera. Gracias a ellos es como si oyera. Porque Javier es una persona sordociega y necesita sentir en la palma de su mano todo aquello que los demás vemos y oímos.

Por suerte, ha encontrado en su trabajo a personas con ganas de hacerse notar sobre su piel. Compañeros como Laura, Vivian, Diego o Jorge, a los que ha podido tender la mano y que han estado dispuestos a tomarla entre las suyas para comunicarse con él.

Sobre su mano abierta, ellos escriben a base de signos lo que quieren decirle. Es un lenguaje táctil, con su propio alfabeto. Con un toque de sus yemas, forman una letra. Con otro toque, otra. Así, hasta formar una palabra y luego una frase...

Cuando eso sucede, Javier espera pacientemente a que terminen de telegrafiarle el mensaje sobre su dermis. Y después, contesta hablando, porque es ciego y sordo, pero no mudo. Por eso, es su propia voz la que se abre camino para decirnos: «El esfuerzo que han hecho todos para aprender a comunicarse conmigo me parece mágico. Me hacen sentir como uno más. Puedo compartir con ellos el trabajo, pero también cafés y cervezas... Para mí, esto es la inclusión».

Esta lección de vida tiene lugar en la Planta 12 de la Torre Ilunion de Madrid y quienes la protagonizan integran el equipo de la Asesoría Jurídica de la compañía. Para ellos, el Día de la Discapacidad —este próximo 3 de diciembre— se celebra todos los días. Han derribado todos los muros y solo han necesitado la minúscula fuerza de sus dedos para hacerlo.

La entrevista con Javier tiene como escenario una salita de reuniones. Descansa sobre una pared acristalada el bastón rojo y blanco que usan los sordociegos. Una intérprete posibilita la conversación: como una taquígrafa ante una invisible máquina de escribir, teclea mis preguntas sobre la mano, expectante, de Javier.



—¿Qué sistema está empleando su mediadora para transmitirle lo que digo?

—Es el dactilológico en palma, un signo por cada letra del abecedario. Pero luego también hay signos que corresponden a palabras enteras, como *papá* [doble toque en paralelo con el dorso de la mano] o *trabajo* [doble toque en vertical con el puño cerrado]. Cuando una palabra tiene signo, empleamos ese signo. Y cuando no lo tiene, se construye letra a letra.

—Y mientras usted me responde, veo que ella le toca en el brazo, ¿qué le indica?

—Me está haciendo una sonrisa. Eso es que estás sonriendo.

Me ha pillado: imposible no sonreír. La alegría de Javier es contagiosa. Incluso tras una mala noche, pone buena cara. Cuenta que su hijo Leo, de solo un año, estaba con fiebre y que se le ha complicado un poco la mañana. Lo dice con naturalidad, como lo haría cualquier otro padre primerizo.

«Mi mujer y yo estamos supercontentos. La gente te pinta lo de ser padre como algo duro, pero en realidad es... ¡durísimo!», bromea este joven de 32 años. «Yo me siento como cualquier otro padre», afirma, quitándose méritos.

«Simplemente, hemos tenido que adaptar algunas cosas sobre la marcha. Por ejemplo, yo hacía el biberón ayudándome de una jeringa marcada con un cuchillo, pero al final resultó poco efectivo. A veces echaba agua de menos o me quemaba. Entonces, compré una báscula que podía conectar al móvil. Ahora voy llenando el bibe poco a poco y una aplicación me indica cuando tengo la medida».

—¿Cómo enseñas a tu hijo a comunicarse contigo?

—Ya está empezando a aprender la lengua de signos. Por ejemplo, yo le digo: «¿Dónde está la pelota?». Y él se va a buscarla porque ya entiende lo que le digo.

—¿Y ya sabe decir algo?

—En lenguaje verbal solo sabe decir *mamá*, ¡incluso a mí me llama mamá! Y en lengua de signos lo primero que dijo fue *llueve*. Estábamos en la casa de campo de mis suegros y llovía muchísimo. Yo me puse junto a la puerta y le dije: «¡Llueve!». Y él empezó a hacer el gesto [lo imita: mueve las manos de arriba abajo con los dedos apuntando hacia el suelo].

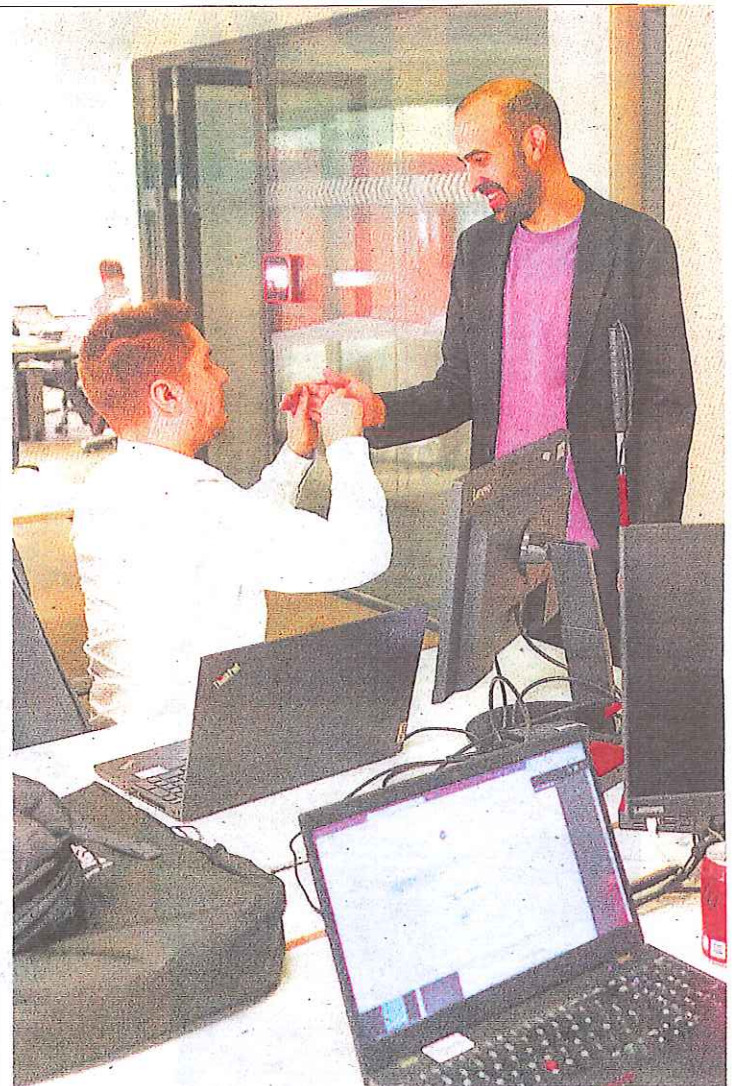
La infancia de Leo es como la de cualquier niño. Y también lo era la de Javier, en su Plasencia natal,

hasta que la discapacidad se cruzó en su camino: «Apareció de forma progresiva, los médicos nunca supieron la causa. A los 13 años empecé a perder la audición y a los 15, la visión. Poquito a poquito iba escuchando y viendo menos, hasta que adquirí a condición de sordociego».

Prefiere pasar de puntillas sobre la etapa que vino a continuación —«no

hay que asociar la discapacidad a la pena»— pero admite que fueron tiempos duros para él: «Vivi una fase de mucho aislamiento, incluso acoso escolar. Y mi familia no sabía cómo actuar. Hasta que al final mi padre, ya un tanto desesperado, me afilió a la ONCE».

El Javier adulto explica al Javier adolescente de entonces, que lógicamente no entendía qué le



pasaba: «Yo pensaba que el mundo de la discapacidad era un mundo de personas raras y que yo no formaba parte de él. Decía que no, que no y que no. Que yo no veía ni oía bien, pero que no tenía ninguna discapacidad».

El punto de inflexión llegó en forma de psicólogo de la ONCE que empezó a visitarle una vez por semana y a tocarle sus teclas internas: «Yo le decía que me dejara en paz. Pero resultó que además de psicólogo era escalador. Entonces mi relación con él cambió. Empezamos a escalar juntos los viernes por la mañana y él aprovechaba para plantearme la posibilidad de retomar mis estudios, de prepararme para el futuro... Al final, dije: «Vale, voy a intentarlo».

El primer paso, todo un triple salto mortal para él, fue trasladarse de Plasencia a Madrid: «Yo había dejado el cole en 4º de la ESO y fue determinante retomar los estudios en el internado de la ONCE. La experiencia fue brutal».

Entró en contacto con personas con discapacidad visual y le chocó «muchísimo» que fueran capaces de hacer una vida normal. «Tomé buena nota de aquello», recuerda. «Me fui adaptando poco a poco,

Javier charla con un compañero de trabajo en la oficina. A la izquierda, en lo alto del Elbrí.

me puse a tope con los estudios. Estaba muy motivado tras mi etapa de aislamiento y salí de allí con muchos amigos».

El deporte y la formación funcionaron como un salvavidas para Javier. Y en ambas actividades ha conseguido destacar. Mención especial merecen sus expediciones a las montañas más gigantes de Europa: ha hollado la cima del Monte Elbrí (Rusia), el pico más alto del continente (5.642 metros) y ha ascendido siete *cuatro miles* alpinos en solo seis días.

«En los Alpes vivimos experiencias bestiales, como el día que nos sorprendió una tormenta eléctrica en mitad de la nada», relata. «Nos cayó un rayo al lado y noté toda la vibración. Salimos corriendo con los crampones puestos, buscando refugio... una locura».

Sueña ahora con las subidas al Kilimanjaro o el Aconcagua, que tuvo que posponer por la pandemia: «Si al final no se puede, no pasa nada. Sueños van a surgir más. Lo importante es no dejar de soñar, porque una cabeza llena de miedos no deja espacio para los sueños».

Ese espíritu intrépido impregna todo lo que hace. En su currícul

también destaca ser el primer sordociego en irse al extranjero con una beca Brasmus: «Uno de mis retos fue aprender inglés. No encontraba a nadie que quisiera darme clase. Al final una profesora que también era psicóloga, se tomó como un desafío enseñarme».

Para entonces, Javier ya era una persona de gran autonomía. Sin ayuda de nadie, se las arregla para viajar en metro, ir al gimnasio o hacer la compra. Pero la cosa no siempre termina como él espera: «Una vez fui a un supermercado donde me conozco de memoria donde está cada producto. Cuando llegué a la caja le expliqué a la dependiente que yo era una persona con sordociego y le pedí que por favor me dijera el precio de la compra indicándomelo con el dedo sobre la palma de mi mano...».

«¿Y qué hizo ella? —Pues, en lugar de utilizar su dedo, sacó un bolígrafo y me pintó el precio en la mano. Cuando llegué al piso que compartía con una amiga, me preguntó: ¿Cuánto te

ha costado la compra? Y yo, mostrándole mi palma abierta, le dije: ¡Mira!».

Javier estudió un doble grado de Derecho y Administración de Empresas y obtuvo obteniendo varios premios académicos. Pero las puertas del mundo profesional tardaron en abrirse. «Gracias a mis notas la primera reacción de las empresas era querer entrevistar-

me, pero en cuanto les contaba que yo era sordociego, no volvía a saber nada de ellas. Me pasó incluso con compañías que presumen de inclusión», dice. «Estuve llamando, llamando... hasta que al final encontré a Ilunion y fue totalmente diferente. Me citaron y se quedaron superencantados. Me preguntaron dónde me veía y respondí que en Asesoría Jurídica. A los dos días ya tenía trabajo».

En aquella época, la abogada Vivian Vázquez ya era una de las veteranas del departamento. Y recuerda bien su impresión cuando

supo que iban a incorporar a una persona sordociega: «Aluciné, no me imaginaba cómo iba a funcionar aquello. Casi salí llorando».

Aquellas sensaciones desaparecieron en cuanto conoció a Javier: «Recuerdo el primer día que vino a trabajar. Enseguida me di cuenta de no necesitaba ayuda, es tan habilidoso que impresiona».

«¿Y cómo aprendiste el sistema dactilológico?»

«Mi compañera Laura y yo bajábamos a desayunar con él. Y poco a poco, en esos ratitos, nos enseñó el abecedario en signos. A las dos semanas ya hablábamos con él con este sistema».

«¿Qué más has aprendido de la experiencia con Javier?»

«Que no valen las excusas. Cuando alguien me dice: 'Es que no he tenido tiempo, es que tal cosa me cuesta...', le pongo el ejemplo de Javier».

«Al final, uno aprende que la limitación no está en las personas con discapacidad, sino en el entorno», tuerca Diego del Campo, un joven abogado que fue tutelado por Javier cuando llegó a la empresa. «Cuando le conocí, me sorprendió muchísimo, pero enseguida me di cuenta de que resolvía las cosas a toda velocidad. Es un gran comunicador y tiene una memoria prodigiosa».

La admiración es mutua. Javier, cuando habla de sus compañeros, lo tiene claro: «Son unos cracks». Sin embargo, cuando se refiere a sí mismo huye de la grandilocuencia de los grandes adjetivos como si le dieran urticaria: «Yo no relacionaría la discapacidad con la pena o la heroicidad. Lo importante es demostrar que uno puede hacer lo que quiera... y ya está. Yo he podido hacer montañismo, he podido trabajar, he podido tener una familia y he podido hacerlo a base de constancia personal, pero también por la suerte de vivir en un entorno inclusivo que me ha echado una mano».

Esa mano se la ofrecieron Diego, Laura, Vivian o Jorge. Sus dedos

“Los médicos nunca supieron la causa. A los 13 años empecé a perder la audición y a los 15, la visión”

“Yo no relacionaría la discapacidad con la pena o la heroicidad. Lo importante es que uno haga lo que quiera”

aprendieron a hablar para contarle a Javier esas cosas que la gente se dice junto a la fotocopidora, en el ascensor o la pradera de la oficina. Son cosas normales, nada del otro mundo: «Buenos días», «vente a tomar un café», «voy de cráneo con un informe»...

Letra a letra, palabra a palabra, piel con piel.

Shane MacGowan bebe una cerveza en un pub de Londres, en 1994. E.M.



MUERE SHANE MACGOWAN, LA LEYENDA DEL SANTO TROVADOR

Música. Tan excesivo como entrañable, el carismático cantante de los Pogues compuso algunas de las mejores canciones de música popular de los años 80

Por Pablo Gil (Madrid)

Shane MacGowan llevaba muriendo desde hace más de 30 años y su obituario probablemente había sido escrito y reescrito decenas de veces en los periódicos británicos. Ayer se consumó el fatídico destino cuando el pobre corazón del líder de los Pogues paró tras 65 años de bombo atrilado.

Fue escritor de canciones de música popular, pero también poeta.

Fue cantante de rock, pero también un trovador de pueblo.

Fue entrañable como un viejo amigo, pero también un bruto sin miedo a molestar (incluso con debilidad por molestar).

Fue irlandés orgulloso y nacionalista (apoyó al IRA), pero nació, creció y vivió en Inglaterra.

Fue un hombre tosco y feo (y, sí, desdentado), pero hermoso y, a su modo, entrañable.

No fue una estrella, pero diablos sí no fue una leyenda.

Shane MacGowan fue cantante del grupo The Pogues y una de las figuras más emblemáticas de la música anglosajona de los años 80. Con sus letras agudas y sus interpretaciones canallas logró la transfiguración de sus cancioncillas de aspecto tradicional en verdades profundas y universales.

Nacido el día de Navidad de 1957, MacGowan era un punk descerebrado que bebía hasta caerse sobre las moquetas de los pubs cuando tuvo una visión: recuperar el folk celta con el pulso, el arrojo y la pasión del punk-rock. En 1982 creó el grupo Pogue Mahone, la forma inglesa de decir en gaélico *bésame el culo*. Se quedaron en Pogues y empezaron a confeccionar una

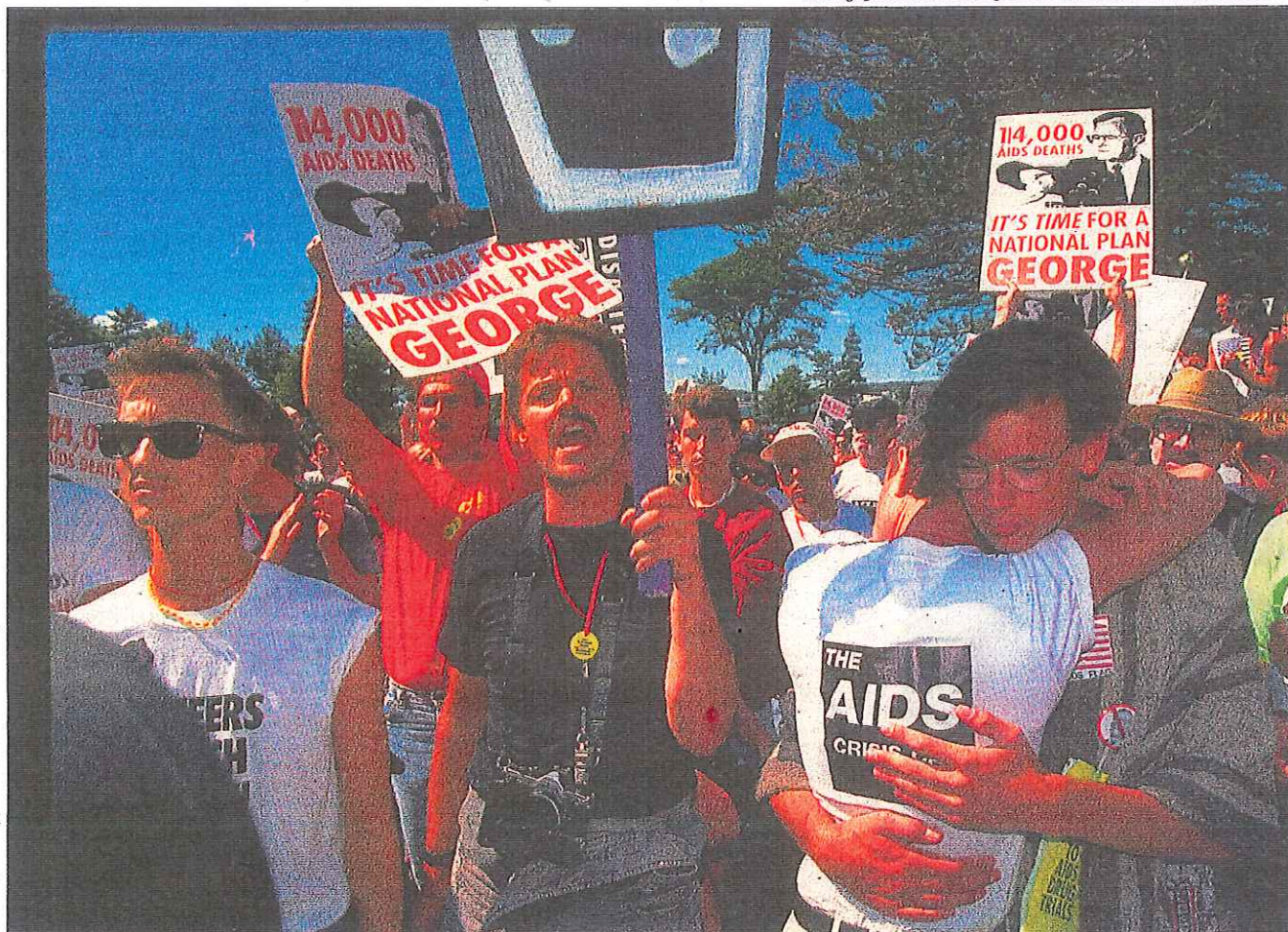
música embriagada de rebeldía, nostalgia, romanticismo y un bullicioso espíritu festivo. Hicieron algunas canciones buenas y otras muy buenas, pero aquel grupo extemporáneo que tocaba banjos, acordeones y flautas en la sofisticada época de la nueva ola y el pop de sintetizadores no tardó en soltar algunos himnos que adquirieron la categoría de iconos inmortales.

En su fabuloso primer disco, *Red Roses for Me* (de 1984), había algunas canciones portentosas que hacían vibrar la barra de cualquier bar en el que resonaran. *Streams of Whiskey* o *Boys from the County Hell* son buenos ejemplos.

En su imprescindible segundo disco, *Rum Sodomy & The Lash* (de 1985), hay tantas composiciones inolvidables que es imposible acabarlo sin taquícardia... y sin comprar un billete de avión a Dublín: *The Body of an American*, *Dirty Old Town*, *Sally MacLennane*... Qué canciones, Shane MacGowan, qué emoción, y qué barbaridad.

El éxito se transformó en un tornado en el que MacGowan daba vueltas sin llegar a tocar nunca el suelo. Soltaba exabruptos en la tele y la radio, se confundía en los conciertos, bebía desde el desayuno... En un ambiente caótico, los Pogues lograron terminar un tercer álbum irregular, *If I Should Fall from Grace with God*. En él se encontraba una genialidad, la balada *Fairytale of New York*, que se convertiría en el mayor éxito de su carrera y en un clásico navideño en Reino Unido e Irlanda; también incluía su canción más conocida en España, *Fiesta*, la crónica de una verbena con mufeca chichona incluida.

Shane MacGowan nunca llegó a aterrizar y, lejos de digerir el éxito y apaciguar el ansia viva por vaciar las pintas de cerveza, se enganchó a la heroína, perdió el dinero y hasta los dientes. En 1991 abandonó los Pogues y, aunque nunca dejó de cantar en una carrera intermitente, ya nunca fue el compositor brillante ni el intérprete magnético de sus primeros años.



“LAS PERSONAS CON VIH ESTAMOS EN TODAS PARTES. NO QUERRÍAMOS ESTAR CALLADOS”

Salud pública. En 40 años de epidemia, la terapia contra el VIH ha experimentado una auténtica revolución. Lamentablemente, lo que apenas ha cambiado es el estigma y los prejuicios sobre los afectados. “El rechazo sigue existiendo. Aún hay un gran desconocimiento sobre la infección”

Por Cristina G. Lucio. Fotografía de Dirk Halstead (Getty)

Soy muy consciente de que si esto me hubiera pasado hace no tantos años hoy yo estaría muerto. Miguel echa la vista atrás a la realidad del VIH en los 80 y los 90 —antes de ser en realidad— y deja escapar un suspiro. Él, que llegó a ver la cara más dura de la infección en su propio cuerpo, se siente afortunado por el lugar del mundo y la época que le ha tocado vivir; un espacio en el que tener el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hace mucho tiempo que dejó de ser una sentencia de muerte.

Hoy, este sevillano de 52 años ni siquiera se siente enfermo. Lo único que le recuerda al virus es la pastilla que se toma «sin falta, todas las noches» antes de irse a dormir. Pero sabe bien de lo que es capaz el VIH. El daño que le podría causar si la terapia antirretroviral no lo mantuviera contra las cuerdas.

«Me diagnosticaron en 2013, cuando ya estaba muy mal», recuerda. «En poco más de seis meses, empecé a perder mucho peso y me salieron en el cuerpo algunas manchas. Estaba muy débil. Me miraba al espejo y lo que veía era la misma imagen que había visto en las películas. Como el protagonista de *Philadelphia*. En mi interior tenía la sospecha de que lo podía tener, pero al principio no quería admitirlo. Hasta que empecé a tener mucha dificultad para respirar, me ahogaba y tuvieron que ingresarme. Tenía una neumonía muy grave y ahí ya salió todo. Fue un mazazo».

Los análisis, que destaparon que las defensas de Miguel estaban «prácticamente a cero», también mostraron que lo más probable es que este empresario llevara aproximadamente 10 años conviviendo con el virus sin saberlo. «Fui un diagnóstico tardío. La infección dio la cara en 2013, en solo unos meses, pero los médicos estimaron que posiblemente lo había contraído en 2003. Afortunadamente he tenido pocas relaciones y siempre he sido muy precavido, así que

estoy tranquilo porque sé que en ese tiempo no se lo he transmitido a nadie», señala.

Según el último informe de la situación del VIH en Europa, publicado hace solo unos días de forma conjunta por el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) y la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi la mitad de los casos notificados en el continente en 2022 fueron diagnosticados de forma tardía, lo que «supone todo un desafío» para la lucha actual contra la epidemia, tal y como señaló durante la presentación del documento Andrea Ammon, directora del ECDC.

Con el diagnóstico, en 2013, llegó la medicación y la mejora de todos los problemas de salud que sufría Miguel. «Estuve un mes ingresado por la neumonía en el Hospital de Valme. Tuvieron que ponerme oxígeno aunque por suerte no llegué a necesitar ingresar en la UCI. Y enseguida todo empezó a ir a mejor».

Al principio, pasó mucho miedo, reconoce. «No solo por lo mal que me veía, por lo grave que llegué a estar. También por aceptar la infección y lo que podía suponer. Me tranquilizaron mucho las palabras del Dr. Lozano, toda una institución en Sevilla y una persona con muchísima humanidad. Me dijo que de esto no me iba a morir. Que iba a salir adelante. Y eso me dio mucha esperanza».

«Me ofrecieron incluso apoyo psicológico, pero no lo necesité. Soy una persona muy creyente y eso me ayudó, pero agradezco el ofrecimiento, porque entiendo que puede ser muy importante para otras personas», apunta.

Actualmente, además de las revisiones médicas que pasa cada seis meses, Miguel acude cada tres al servicio de farmacia hospitalaria del Hospital de Valme (Sevilla), que le suministra la medicación necesaria y hace seguimiento de su evolución. «No solo me dan las pastillas. Siempre, lo primero, la frase con la que me reciben es ‘¿cómo estás?’. Se interesan por si he estado enfermo, si he tenido que tomar otra medicación y siempre me recuerdan que puedo llamarles con

Reivindicación. "Se necesitan más campañas, series o películas que muestren la realidad del VIH, que derriben los prejuicios y muestren que puedes llevar una vida normal"

Datos. Los casos notificados en la Unión Europea aumentaron un 31% en 2022 con respecto al año anterior, aunque las cifras siguen estando por debajo que las registradas antes de la pandemia

Desinformación. "En general la gente no sabe que si la carga viral es indetectable no puedes transmitir el virus. Ese mensaje, que es fundamental, no ha calado en la sociedad"

cualquier duda, que no dude en consultarles».

Como en otros centros españoles, el servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital de Valme sigue la estrategia CMO en la atención de sus pacientes con VIH. Explica los detalles del modelo Ramón Morillo, responsable del servicio y miembro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH): «Hace un tiempo desde la SEFH hicimos un análisis de los criterios a los que teníamos que responder si queríamos que la atención en farmacia hospitalaria en VIH tuviera valor añadido. Vimos que había que responder a tres cosas, que los pacientes demandaban: una atención en base a las necesidades de cada paciente, que fuera más allá de las meramente farmacoterapéuticas; un abordaje integrado dentro de los equipos multidisciplinares; y un seguimiento longitudinal, la posibilidad de un contacto permanente y que no se cifiera únicamente a la actuación profesional en el momento en el que el paciente venía al hospital».

Eso se transformó en el modelo de atención CMO

(Capacidad, motivación, oportunidad) que permite estratificar al paciente en función de su complejidad e individualizar su atención; trabajar de forma integral, poniendo el foco en la motivación del paciente y establecer un contacto mantenido con el enfermo, incorporando las nuevas tecnologías o la telefarmacia en el abordaje.

«Diferentes estudios han evaluado el modelo y han constatado que ofrece mejores resultados, por ejemplo mejorando la adherencia al tratamiento. La SEFH acaba de publicar una guía con la metodología y la experiencia de esta forma de trabajar, que ya se está empezando a replicar en otro tipo de patologías, como los pacientes oncohematológicos o enfermedades inmunomediadas, entre otras», explica Morillo.

Miguel no tiene más que buenas palabras para los profesionales que siguen su caso. «Me siento muy bien tratado y me da mucha tranquilidad el seguimiento que me hacen», subraya recordando que hace mucho tiempo que sus niveles del virus permanecen indetectables. «Sé que para llegar a eso es fundamental que no me olvide ni un día del tratamiento. Para mí es una rutina, siempre por la noche y nunca lo descuido. Las primeras pastillas que tomé me hacían tener unos sueños muy vívidos, no sabía la película que me iba a encontrar cada noche soñando. Luego, las otras pastillas que he tomado no han tenido ningún tipo de efecto secundario. Pero siempre las he tomado, porque sé que es fundamental», apunta.

Ahora, el sevillano aspira a ser candidato a recibir la

"Fui un diagnóstico tardío. Estaba ya muy débil. Me miraba en el espejo y era como el protagonista de 'Philadelphia'"

terapia inyectable que permite olvidarse dos meses de la medicación. «Es tremendo lo que se ha avanzado en estas décadas en las terapias contra el VIH. Una auténtica revolución», celebra.

Lamentablemente, lo que apenas ha cambiado en estos años es el estigma, denuncia Miguel, que no

Arriba, protestas del colectivo gay en EEUU en los años 90 contra el presidente Bush por sus políticas sobre sida

Este año ONUSIDA ha querido "honrar y celebrar el rol que han tenido las comunidades y ONG en estas décadas de lucha"

quiere que en este reportaje aparezcan sus apellidos o se le reconozca en una foto por temor al «rechazo que sigue existiendo».

«Sigue habiendo un gran desconocimiento sobre el VIH. En general la gente no sabe que si tú tienes el virus indetectable en tu organismo no puedes transmitirlo. Ese mensaje no ha calado», lamenta. Además, «sigue habiendo actitudes negativas y suposiciones sobre las personas con VIH. Por eso muchos seguimos callados y solo se lo hemos dicho a nuestro círculo más cercano», reflexiona.

«El otro día un conocido me habló de un caso de una persona con VIH del que se había enterado. Me lo decía alarmado, con temor. Y yo solo pude hablarle de que no se preocupara, que hoy en día si estás con la medicación no lo puedes transmitir. Pero no le dije que en ese momento estaba hablando con otra persona positiva». Hace falta avanzar en ese sentido, reclama Miguel. «Se necesitan más campañas, una serie, películas, etc. que muestren la realidad del VIH, que derriben los prejuicios, que acaben con la desinformación. En los bares, en los restaurantes, en la feria, en el trabajo... Las personas con VIH estamos en todas partes. Y nos gustaría no tener que estar callados».

Los últimos datos oficiales, recabados en un informe conjunto del Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) y la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que en 2022 los casos de VIH se incrementaron en un 30,8% con respecto al año anterior en Europa, aunque hay que tener en cuenta que las cifras siguen estando por debajo de las que se registraban antes de la pandemia de Covid-19. El año pasado en la UE/EEE se notificaron 22.995 casos de VIH, lo que supone un 3,8% menos que los datos detectados en 2019. Los mayores incrementos se produjeron en Chipre (24%) y Estonia (19%), mientras Eslovenia (2%) registró el aumento más moderado de todos los países miembros. Según explicó en rueda de prensa Andrea Ammon, directora del ECDC, «no creemos que el incremento registrado refleje un aumento de la transmisión. Hay evidencias de que vamos en la buena dirección, aunque todavía no es suficiente».

CALENDARIO DE ADVIENTO MARCA

Ya está aquí el calendario más esperado del año con **24 entrevistas exclusivas y premios sorpresa**

Descubre la entrevista del día en

marca.com/calendario-adviento.html



ESPAÑA



Juanan, enfermo de ELA, habla por videollamada desde su casa en Madrid con su mujer, Carolina, que también sufre la enfermedad. ÁNGEL NAVARRETE

Amor en el limbo de la ELA: «O te dejas morir o disfrutas como puedas»

Los enfermos exigen el desbloqueo de la ley, aplazada 41 veces la pasada legislatura

MIGUEL TRIVIÑO MADRID
Schopenhauer definió la voluntad como una fuerza irracional y sin límite, un impulso generador que no sabe lo que quiere, salvo que quiere. Es esa voluntad genuina por vivir, ese querer aparentemente irracional por continuar a pesar de todo, lo que uno percibe y siente cuando visita el hogar de Juanan y su madre, Tita, en el barrio madrileño de Hortaleza.

Juanan, ingeniero informático de 34 años, es una de las 4,500 personas que sufre esclerosis lateral amiotrófica en España, enfermedad neurodegenerativa conocida comúnmente como ELA, con una esperanza de



Carolina y Juanan, durante su boda en Santiago de Chile. E.M.

vida de entre tres y cinco años desde que es diagnosticada y que, poco a poco, paraliza los músculos del que la sufre hasta dejarle inmóvil. Tita cuenta que su hijo, cuando el médico le confirmó el 17 de febrero de 2020 que padecía ELA, estuvo una semana sin hablar. Pero después lo tuvo muy claro: «Aquí no llora nadie».

Pues su voluntad por vivir lo que empujó al introvertido Juanan a abrir un canal de YouTube (@ConLaELA) para visibilizar su situación. Nunca imaginó que sería así como conocería a su actual esposa, Carolina, una mujer chilena que también padece esta enfermedad. «Me escribió un comentario y también un email, pero llegó a la carpeta de spam y estuvimos casi un mes sin saber nada». Finalmente comenzaron a hablar y, tras más de dos años, Juanan viajó hasta allí. Enamorados, decidieron casarse. Se casaron el pasado noviembre, en Chile: «Ambos teníamos esa ilusión».

Hoy, la ELA les impone estar separados, pero esperan volver a verse pronto y confiar en los avances de la medicina. «No perdemos la esperanza de que acabe saliendo algo, las ganas de volver a viajar para estar juntos. Nunca acabas de conocer a una persona. Hay tantas cosas que tiene la vida...», dice Juanan, confiando en un «cambio de opinión» que lleve al Gobierno a priorizar en el Congreso una ley sometida desde hace tiempo a un proceso tortuoso.

El 8 de marzo de 2022, el Congreso aprobó por unanimidad, a propuesta de Ciudadanos, la tramitación de una norma concebida para ayudar a los enfermos y sus familias. No obstante, nunca llegó a avanzar porque el Gobierno la bloqueó 41 veces problemas presupuestarios. La convocatoria de las generales provocó que el proyecto decayese, para desesperación de unos enfermos que viven al límite. El gasto medio son

El gasto medio de los enfermos es de 35.000€ y apenas reciben ayudas

La tramitación se aprobó en 2022 pero decayó al convocar el 23-J

35.000€ al año y apenas reciben ayuda. «Estamos totalmente desamparados. Yo soy mínimamente dependiente, pero estoy hipotecando la vida de mi madre para que yo pueda llevar una vida normal. No nos pagan la silla, todo corre de nuestra cuenta. Cuando ves que los políticos se gastan el dinero en poner pinganillos... Parece que se ríen de ti».

Tras la formación del Gobierno, el PP y Vox han tratado de reactivar la entrada en vigor de la ley. Los populares han instado al Ejecutivo, a través de una moción en el Senado, a reanudar su tramitación, mientras que Vox presentó en el Congreso a principios de noviembre una proposición de ley para reactivarla. De nuevo, fue rechazada por el Gobierno por su coste presupuestario, cifrado en 38 millones. «Se considera que la aprobación de la Proposición es susceptible de producir en los Presupuestos Generales del Estado una disminución de los ingresos presupuestarios, por lo que el Gobierno no presta la conformidad para su tramitación».

La ELA es una enfermedad inviable económicamente para la mayor parte de las personas que la padecen. «Antes de reventar la vida a la gente que quieres, te tienes que morir tú, pero con ayudas del Gobierno no habría que hacerlo», defiende Juanan. Algunos enfermos apuntan que la entrada en vigor de la ley de Eutanasia en 2021 ha llevado a personas a pedir la muerte asistida sin desearlo por motivos económicos. «Hoy por hoy no hay ayudas. Se supone que con la ley de dependencia te corresponden cuatro horas a la semana de servicio, pero eso no es nada. No nos pagan ni las sillas que necesitamos», critica.

Pese al avance de su enfermedad, Juanan y Carolina, cuya ELA ha ido más rápido y ya requiere de un respirador las 24 horas para poder vivir, no se resignan. Pese a todo, quieren continuar. «Tienes dos opciones. O te dejas morir, o disfrutas como puedas. Disfruto en mi vida un montón aunque no pueda vivirla como otras personas. Mientras tengas objetivos que cumplir... tu vida va seguir adelante».

PODCAST
EL MUNDO AL DÍA
DESPIERTA CON EL PRIMER ENFOQUE DEL DÍA

Con más de 8 millones de reproducciones, escucha el programa revelación a la hora de conocer la actualidad mundial. Todo un referente, distanciado de la urgencia o el prisa de otros medios.

Síguelo aquí

EL MUNDO

CRÓNICA

CUARENTA MINUTOS 'APLASTADA' POR LA VEJEZ

El experimento con el traje inventado en Alemania que te hace sentir las limitaciones de los ancianos. Se trata de una simulación con mucha ciencia, pensada para cuidadores y terapeutas, para adiestrarles en empatía. El traje, de 20 kilos, te restringe la movilidad y las capacidades auditivas, visuales y táctiles. La reportera de 'Crónica' lo prueba para contarlo



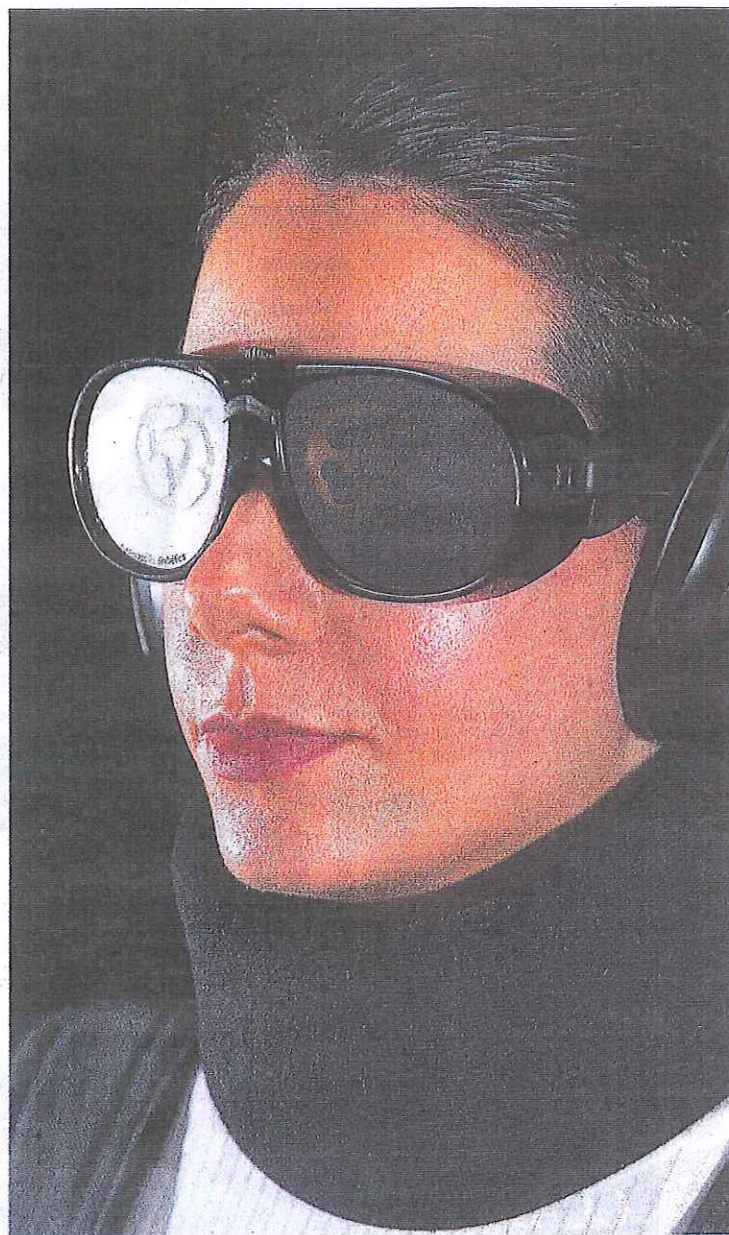
SERGIO GONZÁLEZ VALERO

CRÓNICA

Cobayas del "traje de la vejez"

CIENCIA PARA MEJORAR LA EMPATÍA HACIA LOS MAYORES para tratarles mejor

La reportera se somete a un experimento que universidades y centros de mayores están practicando con sus terapeutas y cuidadores para mejorar la atención a los ancianos. Se trata de una simulación con mucha ciencia para adiestrar en empatía. El traje de la vejez incluye plantillas de zapatos desestabilizantes, gafas con cataratas o retinopatía diabética, limitaciones táctiles y auditivas. Un fisioterapeuta que ya lo ha probado: "Ayuda a entender también la parte emocional, la frustración que les genera el no poder moverse como quisieran...". La periodista-cobaya: "Siento que se me van a fracturar las muñecas", "enseguida me cuesta respirar", "sólo estar de pie ya me cansa..."



Por **Angélica Reinoso**

Fotos: Sergio González Valero

A las 11:20 de la mañana comencé a envejecer. Con Sergio Serrada a mi derecha y Paula Obeso a mi izquierda, empezaron a caerme los años encima. Los dos jóvenes que me acompañan son terapeutas ocupacionales y me convertirán en octogenaria. Ellos y la fisioterapeuta Gema me ayudarán a afrontar el deterioro físico y el agotamiento que estoy a punto de sufrir. Nos encontramos en el lugar propicio para experimentar qué es hacerse mayor: en la Residencia de Mayores Reina Sofía de Madrid.

Esa mañana recordé la primera vez que fui al gimnasio, cuando lo di todo con la intención de ser constante. Mi perseverancia duró sólo ese día. Las agujetas que sentí 24 horas después en todo el cuerpo me alejaron de mi meta *fitness*. En esa ocasión tenía 20 años. Ahora tengo 26 y en un minuto pasé a tener 80. Fue inevitable recordar la misma sensación de pesadez que me produjo el ejercicio físico tras años de sedentarismo. «Lo vas a notar bastante cuando te lo pongas», me advirtió Sergio. Tenía razón: lo noté.

Ahora empiezan mis 40 minutos de experiencia se-

nil. Primero, los cubrezapatos, que tenían una plantilla más grande que la suela de mis deportivas y que, según Sergio, me harían «perder la percepción del suelo». Levanté el pie derecho, luego el izquierdo. Era como llevar esas botas de seguridad que se usan en los almacenes. «No es para tanto», pensé. Ahora las tobilleras... Ya se iba notando el peso. Las rodilleras fueron lo siguiente. Al colocarme las coderas, Paula dejó caer mi brazo izquierdo y sentí que me caía hacia eselado. Fue justo cuando Sergio soltó mi codo derecho y recuperé la estabilidad. Gema se dio cuenta de

mi tambaleo. «¿A que ya te va costando?», me preguntó entre risas.

De golpe, ya estaba rozando los 50. Las muñequeras fueron el siguiente paso. «¿Te aprieta mucho?», inquirió Paula. Le respondí que no y pensé: «El problema no es que apriete, es lo que pesa. Siento que se me van a fracturar las muñecas». Inmediatamente deseché el pensamiento fatalista. Los guantes fueron lo siguiente. Ya me costaba hasta mover los dedos. Sabía que faltaba el chaleco, lo que más pesaba. Fue lo único que Paula y Sergio cargaron entre los dos. Al llevarlo en mi cuerpo, tu-

ve la sensación de que tenía una pesa gigante sobre mí que me presionaba y me quería dejar aplastada en el sue-

La equipación te suma hasta 40 años, "pero se percibe de forma más drástica porque el deterioro es en minutos", explica su creador

lo, cual dibujo animado. Después vino el collarín. ¡Listo! Ahora pesaba 75 kilos en lugar de 55.

Pero eso no era todo... Todavía podía sentirme más mayor. Unas gafas aportaron cataratas a mis ojos. Con mi astigmatismo y miopía ya estaba acostumbrada a ver mal, pero ese nuevo complemento nubló mi vista en su totalidad, como si viera a través de un armario con puertas de vidrio templado mate. Sólo veía manchas gigantes que se movían, y eso eran las personas. Todavía no me había adaptado a mi nueva visión cuando me pusieron unos cascos. «Con es-



to se te va a dificultar más escuchar». «Vale», respondí. «Qué tortura», pensé.

Este *traje de la vejez* se llama simulador gerontológico GERT. Fue ideado en Alemania por Wolfgang Moll, diseñador y ergónomo. Wolfgang relata a *Crónica*, por correo electrónico su inicio. Durante 2008 y 2009 trabajó como creador de aparatos de ejercicio que fueran adecuados para personas mayores. Para ello, sabía que debía tener en cuenta los requisitos de los ancianos. Por eso creó el traje con la intención de tener una noción de lo que era tener una movilidad limitada y deficiencias sensoriales. Des-

pués de muchas pruebas nació GERT. Pesa 20 kilos y «todos sus componentes están fabricados con materiales muy resistentes y duraderos, como tejidos de nailon o neopreno combinados con cierres de velcro». Para que algunas partes funcionen como lastres, el chaleco y las muñequeras están rellenas de granulado de acero. Las tobilleras, por su parte, están lastradas con varillas de acero.

CIENCIA Y CONCIENCIA

Se trata de una experiencia con mucha ciencia, pensada para que cuidadoras y terapeutas sean potenciados en empatía. El traje, explica Ser-

gio, «no simula una patología como tal, sino más bien los signos del envejecimiento. Con él podemos ver que la capacidad respiratoria disminuye, las articulaciones no funcionan igual, que aparecen las complicaciones visuales y auditivas». Aunque no incluye enfermedades, el traje incorpora distintas gafas que simulan patologías visuales como cataratas, degeneración macular, desprendimiento de retina unilateral, glaucoma, retinopatía diabética y retinitis pigmentosa.

La simulación de la edad tiene una base científica en la que la experiencia senil está supeditada a la edad, a la

situación física y al estilo de vida de la persona que usa el traje. De este modo, «un hombre atlético de unos 20 años simula también a un jubilado atlético. Una persona menos en forma, de mediana edad, simularía entonces a una persona frágil de edad avanzada», explica Wolfgang. Según el creador, está demostrado científicamente que puede simular hasta 40 años más de la edad que tiene la persona en ese momento. Sin embargo, «los sujetos que lo prueban perciben el aumento de edad como aún más drástico, ya que se produce en pocos minutos en lugar de varias décadas».

Así que puedo asegurar, sin exagerar, que no me sentí de 50 o 60 años, sino de 80. «Ahora intenta andar», me retaron

Un estudio de la Fundación La Caixa, la URJC y el Principado de Asturias evidencia que, después de usar el traje, crece la empatía de los cuidadores

mis cuidadores. No recuerdo cuál de ellos, pues a duras penas podía usar mis ojos y oídos. Sólo estar de pie ya me cansaba, sentía que debía luchar para que el traje no me aplastara y me convirtiera en un tapete en el suelo. Me llevaron del brazo hacia una parte de la sala para que hiciera un recorrido largo. 100 metros se convirtieron para mí en un kilómetro. Era como cargar un ancla en cada pierna y no tenía una clara percepción del suelo bajo mis pies. Sentía que caminaba igual que un astronauta. Al andar, era como si toda la indumentaria me empujara el

SIGUE EN PÁGINA 4

CRÓNICA

RUTINAS
LASTRADAS
POR LOS AÑOS

La periodista intenta hacer actividades cotidianas con el traje puesto y comprueba que no es lo mismo bajar escaleras, coger cosas y caminar con 26 años que con 80. Sobre estas líneas, personas de la Residencia de Mayores Reina Sofía de Madrid.

VIENE DE PÁGINA 3
cuerpo hacia adelante y tuviera que batallar por mantener el equilibrio.

Actividades tan cotidianas como sentarme en una silla o en el váter, bajar o subir escaleras, coger una taza, tumbarme en una cama y darme la vuelta se convirtieron en situaciones que me hicieron sudar. Para sentarme bastaba con agacharme ligeramente y tirarme hacia atrás. El pasamanos de las escaleras pasó de ser para mí un elemento decorativo a ser indispensable para no rodar por los escalones. Para darme la vuelta en la cama tenía que impulsarme y luchar con mi cuerpo queriendo llevarme al lado opuesto al que yo pretendía girar. Agacharme para recoger un papel fue titánico, tanto por la parte de llegar al suelo como la de levantarme.

ESPAÑA ENVEJECIDA

Así logré mimetizarme en la residencia. Era una persona mayor más, me autocalcule yo que de 80 años. Pasé a formar parte de las estadísticas del CSIC que, en octubre de 2023, determinaron que los octogenarios en España ya representan al 6% de la población, mientras que los mayores de 65 años constituyen un 20%. El mismo estudio, que presenta un perfil de las personas mayores en el país, predice que en 2040 «podría haber más de 14,2 millones

de personas mayores y ser un 27,4% de la población en España, que alcanzaría los 52 millones de habitantes, 4,5 millones más que ahora».

No cabe duda de que nuestro país envejece. Y nuestros padres y abuelos merecen ser retribuidos con el mismo cuidado y cariño que nos brindaron. Por eso, el Observatorio Social de la Fundación La Caixa ha financiado un estudio, liderado por investigadores de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, para determinar si el traje GERT ayuda a mejorar las habilidades empáticas de los profesionales sociosanitarios que cuidan y atienden a personas mayores en las residencias.

MIDIENDO LA EMPATÍA

En el proyecto participaron 84 trabajadores de cuatro residencias de Madrid y Asturias. Esta última región, de hecho, es una de las que presenta un mayor porcentaje de personas mayores de 65 años. Son el 25% del censo. Cada profesional sociosanitario usó el traje por 40 minutos mientras hacía actividades cotidianas para vivir en la piel de los ancianos y lograr comprenderlos.

La idea del proyecto surgió en la URJC. Su promotor fue el doctor Stefan Walter, pero finalmente terminó estando

a cargo de la doctora Rosa María Martínez, quien se convirtió en la investigadora principal del estudio por parte de la universidad. En el equipo la acompañan los doctores María Pérez de Heredia y Sergio Serrada (el mismo que me ha *avejentado*). Los tres son terapeutas ocupacionales. Por parte de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, se encuentra el enfermero Fernando Martínez.

El traje de la vejez se ha usado también en algunos hospitales y universidades de España, como la Universidad de Málaga o el Hospital Universitario de Getafe, «pero somos nosotros los primeros que lo hemos utilizado con el fin de conocer la experimentación en primera persona del proceso de envejecimiento con el traje mejora esas habilidades empáticas del personal sanitario. Normalmente estos trajes se utilizan para entrenar y simular en el proceso de formación, pero a nivel más clínico y de investigación no se ha utilizado tanto», destaca el investigador y terapeuta ocupacional Sergio.

La idea del estudio surgió en 2019, pero fue el año pasado cuando empezaron a contactar con las residencias, dos en Asturias y dos en Madrid, para poner en marcha el estudio. «Ha sido como un proyecto piloto en esas cuatro residencias, pero la idea

es continuar con otros centros de mayores», dice el investigador de la URJC. «El estudio comparaba un grupo de profesionales que únicamente recibían una charla educativa sobre qué es la empatía. Luego había otro grupo experimental que era el que, por un lado, recibía la charla y, por otro lado, tenía la vivencia con el traje». La etapa experimental del estudio fue de dos meses. Finalmente, obtuvieron los resultados este año.

¿Y cómo evaluaron si realmente aumentó la empatía? Sergio lo explica: «En este caso usamos la escala médica de Jefferson, que sirve para evaluar la empatía de los profesionales sociosanitarios. Es una medida que permite identificar cómo son esas habilidades empáticas de la persona. Hay unas habilidades más cognitivas y otras más emocionales». Con el estudio se observó que todos los profesionales partían ya con un buen nivel de empatía, pero esas habilidades aumentaron después de usar el traje porque «soy capaz de ponerme en el lugar de la otra persona, de percibir esos componentes más personales y emocionales asociados al proceso de envejecimiento».

Los resultados del estudio fueron satisfactorios. En concreto, los investigadores comprobaron que los sociosanitarios son un 14,5% más empáticos con las personas mayores tras usar el traje simulador del envejecimiento. A su vez, las habilidades cognitivas empáticas que consideran la perspectiva de la persona mayor aumentaron un 5%. También crecieron un 15% los aspectos de la empatía vinculados a las emociones de los mayores. Todo ello se recoge en el artículo *Los profesionales mejoran su empatía hacia los mayores tras experimentar limitaciones asociadas al envejecimiento*, de la Fundación La Caixa.

Gema fue una de los profesionales que probó el traje para el estudio y comparte con *Crónica* cómo mejoraron sus habilidades empáticas. «Después de usarlo pensaba, ¿por qué le meto tanta prisa si realmente no puede...? Entendí lo que ellos sienten, el trabajo que les cuesta hacer las cosas porque se ahogan, porque les cuesta andar. Ayuda a entender también la parte emocional, la frustración que les genera el no poder moverse como qui-

20 KILOS DE
"VEJEZ" PARA
PASAR DE
26 A 80 AÑOS

El simulador gerontológico GERT, creado por el alemán Wolfgang Moll, recrea la experiencia de la vejez. El traje consta de un chaleco que pesa 10 kg, cada muñequera pesa 1,5 kg y cada tobillera, 2,3 kg. Incluye también rodilleras, coderas, guantes, cubrezapatos y un collarín que restringe el movimiento. Así como seis tipos de gafas para emular patologías visuales asociadas a la vejez y unos cascos aislantes de sonido para simular la pérdida auditiva. Todos los elementos consiguen una aproximación a las limitaciones sensoriales y motoras vinculadas al proceso de envejecimiento. En total, el traje es de 20 kilos, pero puede reducirse el peso del chaleco y de las tobilleras en función de las necesidades. El resto de los materiales lo componen tejidos de nailon o neopreno combinados con cierres de velcro. El peso de los lastres se consigue con materiales de acero en sus rellenos. Algunas de las consecuencias que produce llevar puesta toda la indumentaria son *marcha inestable, debilidad en la postura, curvatura de la columna vertebral, sordera, fatiga, disminución de la fuerza y restricción de la vista. Todo ello conlleva un mayor esfuerzo físico.*



sieran... Ahora soy más paciente, les doy más tiempo».

MAYOR Y
DEPENDIENTE

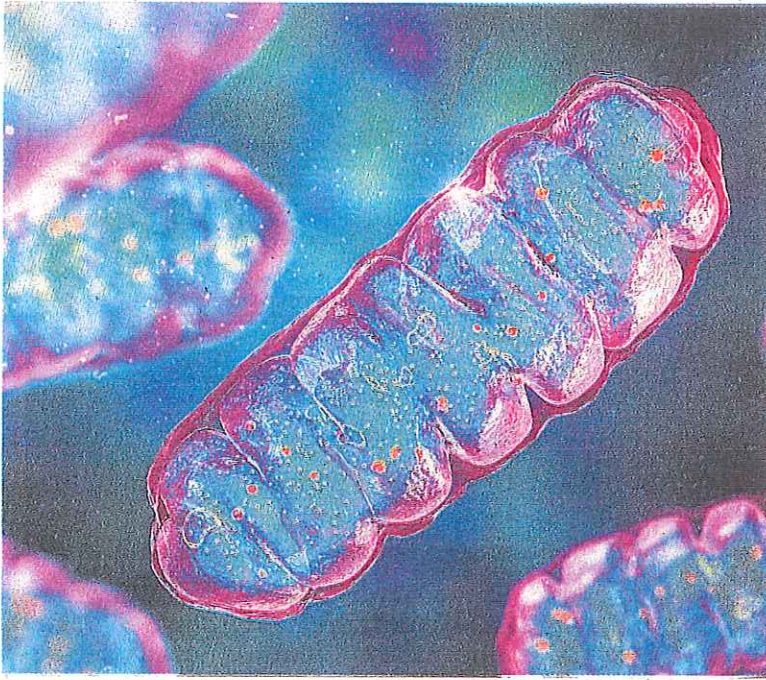
Continuamos el paseo por la residencia. A medida que pasaban los minutos sentía que me fatigaba, que cada vez me costaba más caminar. «Si no puedes más, paramos», dijo un compañero del periódico. ¡Ahora encima era menospreciada! «No, no. ¡Estoy bien!», respondí con orgullo. «Si quieres te apoyas en mí para caminar», sugirió otra persona. Alguien más se ofreció a subir las escaleras conmigo. En un momento de desesperación me quité las gafas para ver por dónde iba, pero Gema me dejó en evidencia. «¡No vale hacer trampa! Hay que vivir la experiencia completa», espetó. Y de nuevo volví a dudar de cada uno de mis movimientos.

Durante mi recorrido, todos intentaban hacerme todo más fácil. Si tenía que sentarme, me separaban la silla de la mesa. Si tenía que tumbarme en la cama, me la bajaban para que fuera más sencillo. Me explicaban cómo podía caminar mejor, cómo agacharme mejor, cómo usar mejor las escaleras... Me decían hacia dónde girar mientras andaba. «Estás gritando un poco», me advirtieron, también gritando para que pudiera escuchar. El fotógrafo Sergio me llevaba del brazo y prefería colocarme él en los puntos que él necesitaba para no tener que lidiar con que no le escuchaba con claridad. Además de batallar con la pesadez y el cansancio corporal, comencé a sentirme inútil y dependiente. Incluso me irritaba la condescendencia y las ganas de ayudar de mis compañeros, que se convirtieron en mis cuidadores.

Por fin pasaron los 40 minutos y volví a míatesorada juventud. Cuando me quitaron el traje me sentí liberada, pero me costó volver a mover mis brazos y piernas de forma normal. Al pasar de vieja a joven me sentí como seguro se sintió Brad Pitt en la película *El curioso caso de Benjamin Button*. No sé si la vida me permitirá llegar a mayor, pero pude experimentar cómo sería en caso de que sí. Gracias a la ciencia pude subirme a una máquina del tiempo. Como Gema, ahora intentaré ser más empática y paciente con todos los mayores con

los que me cruce.
@AngelicaArv

ZEN



ACTIVA TUS MITOCONDRIAS PARA UNA VIDA MÁS LONGEVA

Estilo de vida. Nuestras 'fábricas de energía' se pueden estimular a través de pequeños cambios como el ayuno, la exposición al frío o al calor y el movimiento cada hora

Por Cristina Galafate

Todos conocemos la receta para vivir con buena salud el máximo tiempo posible: una alimentación sana, ejercicio físico, dormir bien, conectar con la naturaleza... Las recomendaciones se pueden afinar todavía más con suplementación útil y pequeños estresores, como el ayuno o la hormesis de frío y calor. Ahora bien, y cualquiera que abandona dietas y paga eternas cuotas de gimnasios que no pisa lo sabe, poner estos consejos en práctica es complicado si no se interiorizan. La labor de divulgación de Antonio Valenzuela (Granada, 7 de noviembre de 1983), fisioterapeuta, máster en Psiconeuroinmunología Clínica, experto en terapia ortomolecular y enamorado del aprendizaje continuo, es ponérselo fácil a tu cerebro para que lo entiendas y de una vez lo pongas en práctica.

El autor de *Activa tus mitocondrias. El secreto para una vida más longeva* (Alenta Editorial) es claro: «El estilo de vida moderno, donde hay que hacer todo muy bien y muy rápido, nos enferma». El mismo pasó —y sigue pasando— por ese eterno conflicto entre quienes somos y queremos ser. Pero, buenas noticias, el antídoto está en nuestro propio cuerpo. En esas diminutas fábricas encargadas de convertir los nutrientes en la energía con la que te levantas, te mueves, piensas o llevas a cabo cualquier acto vital, por mínimo que sea. «Las mitocondrias son un verdadero regalo milagroso de hace miles de millones de años, pero las maltratamos y hacemos sufrir», asevera el también docente y conferenciante, que anima a tomar acción desde ya.

A no ser que haya una enfermedad congénita o estemos ante un daño severo, en el que poco podemos hacer, en el resto de los casos tenemos un poder de acción muy alto, explica: «Estas bacterias venidas a más

participan en muchos procesos esenciales, como mantener el calor corporal o la desintoxicación a nivel hepático, y son tremendamente moldeables. Se reproducen ellas mismas, de ahí que en un ambiente malsano tengamos 400 en vez de mil. Su función es como el dinero: cuesta mucho ganarla y poco perderla».

El ADN mitocondrial es especial e importante a partes iguales, cuenta, por lo que tenemos que protegerlo como se merece de toda la toxicidad que lo daña. Y el primer y más básico antídoto está al alcance de cualquiera. «Hay que diferenciar entre ejercicio físico, deportes como nadar correr... y actividad física, que es cualquier movimiento que implique un gasto energético». Una vez aclarada la diferencia, resulta más sencillo asimilar que aunque el entrenamiento de fuerza es uno de los mejores estimuladores de salud, «de nada sirve machacarse una hora diaria en el gimnasio si el resto de nuestra vida es sedentaria».

Por eso es partidario de cambiar los *snacks* de comida por los de movimiento. «Hay que estar menos tiempo sentados. Subir escaleras en vez de coger el ascensor, bajarse una parada antes al trabajo y caminar de forma vigorosa o levantarnos en la jornada y hacer unas sentadillas cada hora acelera el corazón. Si sumas esos momentos a lo largo del día salen más de 20 minutos y eso contribuye al gasto calórico». Una dosis mínima que combate la colección de excusas.

Además del sedentarismo, otros grandes enemigos de las mitocondrias son el azúcar y la grasa de mala calidad, como la hidrogenada o trans presente en ultraprocesados. «Comemos más de la cuenta. El sufrimiento de la sociedad es culpa de una mala cultura alimentaria. Vivimos en dietas súper restrictivas que confunden al organismo, porque piensa que está en carestía de alimentos, como si fuera una hambruna, y enlentece el metabolismo para quemar menos. La obesidad no es sólo cuestión de calorías, de ingerir menos y quemar más, sino de una gestión ineficiente de la energía por unas mitocondrias enfermas». Lo ideal sería que nuestros requerimientos diarios se cubrieran con grasa como combustible y se reservara la glucosa para cuando necesitéramos un plus de energía rápida mediante oxidación mitocondrial, detalla. «Desgraciadamente, vemos en la mayor parte de la población una sobreexpresión de glucólisis, lo que viene a ser inflexibilidad metabólica, que significa menos energía y más desgaste para producirla y, por tanto, peor salud».

Una mejora de la calidad de la dieta y una vida activa es medicina para las mitocondrias según el autor. Por el contrario, el estrés y los estados emocionales negativos tienen un profundo impacto. «Ayuno nocturno diario de al menos 13 horas, estímulos térmicos como frío y calor, naturaleza y luz del sol, complementos como el magnesio, descanso, paz mental, leer algo inspirador y crear tribu también nutre a nuestras mitocondrias».

BOTICARIA GARCÍA

'SUPERKINAS', LA POLIPÍLDORA NATURAL

Desconocidas. Veinte años después de su hallazgo, ya se conoce el rol de las mioquinas y las exerquinas: se liberan en el músculo al hacer ejercicio físico con un gran potencial para combatir patologías

Durante muchos años se ha considerado el ejercicio físico como una herramienta para compensar los excesos, una especie de penitencia moderna para pagar por nuestros pecados. Bajo este planteamiento, muchos conciben el gimnasio como el verdadero infierno donde quemar las calorías extra. ¡Nada más lejos de la realidad! ¿Cuándo se hallaron?

En el año 2000 se descubrieron las exerquinas, unas moléculas que siempre habían estado ahí pero de las que «sabíamos muy poco. Veinte años después, y aunque tienen muchas sorpresas que darnos, hoy tenemos más claro cuál es la vida, obra y milagros de las exerquinas».

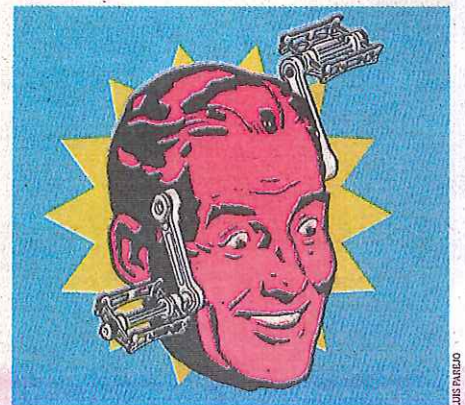
¿Qué ocurre realmente cuando ejercitamos nuestros músculos?

Durante el ejercicio nuestros músculos se contraen y se generan pequeñas lesiones en las fibras musculares. En el año 2000 se descubrió que, como respuesta a estas lesiones, se libera la interleuquina-6 (IL-6), una proteína que actúa como una señal en el cuerpo. Hasta entonces, que se liberase la IL-6 se consideraba preocupante, porque se creía que era solo

una molécula inflamatoria. Sin embargo, en varios estudios se observó que, en realidad, lejos de ser dañina, esta molécula era una especie de árbitro que, cuando hay *juego peligroso*, señala la falta para que pueda ponerse orden en el campo. Actúa como una señal inflamatoria para indicar el daño muscular y estimular la reparación, pero al mismo tiempo puede tener efectos antiinflamatorios para limitar que el tejido se inflame demasiado.

'Superkinas': las mensajeras del bien están por todas partes

Estas moléculas, como la IL-6, que genera el cuerpo con el ejercicio físico se engloban dentro de las llamadas mioquinas y exerquinas. Quinas viene del griego *kein*, «movimiento». Son las moléculas del movimiento, que se liberan en el músculo al hacer ejercicio físico, pero también en distintos órganos. Dependiendo de dónde se liberen tendrán un nombre u otro, como todos no son fáciles de recordar, he decidido rebautizarlas con un nombre genérico como *superkinas*. ¿Por qué? Porque son la verdadera medicina natural del cuerpo, la «polipíldora natural». Son el quinto elemento de la salud.



CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN CONTRA EL VRS: ORGULLO DE ESPAÑA

Raquel Tapia. La directora general de Sanofi explica con orgullo cómo España ha desplegado la inmunización contra el virus de la bronquiolitis, que lleva a las UCI a los más pequeños. "Hemos sido capaces de traer las dosis necesarias al demostrar que aportamos un valor añadido más allá del sanitario"

Por Pilar Pérez. Fotografía de Bernardo Díaz

España como ejemplo a nivel mundial. La campaña de inmunización contra el virus respiratorio sincitial (VRS) llena cada invierno las UCI pediátricas de pequeños con bronquiolitis. Pero este año las cosas podrían ser diferentes. Más de 800.000 menores de seis meses en nuestro país tienen acceso ya a nirsevimab, desarrollado por Sanofi y AstraZeneca. Se trata de un anticuerpo monoclonal que actuará de escudo frente al patógeno, liberando a los pequeños del padecimiento de intentar llenar sus pulmones de oxígeno, a los padres de horas de angustia y ausencias laborales y al sistema sanitario de la presión asistencial en hospitales y consultas.

Nuestro país, junto a Francia y EEUU, es uno de los modelos donde la compañía francesa va a validar la efectividad en vida real de los resultados obtenidos en los ensayos. En éstos, se ha demostrado que se reduce hasta un 80% los ingresos. Raquel Tapia, la directora general del laboratorio galo en nuestro país, cuenta con orgullo que «hemos logrado trabajar con todos los estamentos: Ministerio, consejerías de las comunidades autónomas, sociedades científicas... y hemos puesto en marcha la campaña en todo el país».

Estó que parece fácil, no lo es. Para cualquiera que no conozca nuestro sistema sanitario debe hacerse cargo de que poner un fármaco a disposición de los pacientes requiere de una negociación no solo con Sanidad, sino con los 17 ministerios que pueden llegar a conformar las consejerías autonómicas. «Nos sentimos muy orgullosos», insiste Tapia. Porque la colaboración público-privada en Sanidad, como aludió Pedro Sánchez en su discurso de investidura, es una fórmula que funciona. «Vamos a fomentar una mayor colaboración público-privada en la I+D+i», pronunció Sánchez.

Tapia se sienta por primera vez con un medio, *Papel*, tras su nombramiento hace nueve meses. «Hemos sido capaces de traer todas las dosis necesarias [de nirsevimab] para que se puedan inmunizar los menores porque hemos demostrado que tenemos un valor añadido muy fuerte que impacta en la población más allá de lo sanitario».

Aquí Tapia lo tiene claro. Ella es una mujer de números. Estudió Económicas en la Universidad de Oviedo y fue durante la formación de su MBA en el que una historia de una farmacéutica le atrajo a este sector. «Luego todos los astros se configuraron para que pudiera entrar en ella». Esta asturiana ha viajado por el mundo y ha pasado por diferentes áreas terapéuticas, Alzheimer, Inmunología y Oncología. De cada una aprendió los sabores de la investigación. «Cuesta sacar adelante un fármaco. De cada 10.000 moléculas, solo funciona una».

La apuesta de Sanofi por España no es casual. «El año pasado fuimos la filial número uno en ensayos clínicos dentro de la compañía. Esto implicó

que obtuviéramos una inversión de más de 50 millones de euros en I+D. En los últimos cuatro años hemos invertido aquí cerca de 200 millones». Todas estas cifras económicas se traducen en una huella importante. «Ahora mismo tenemos abiertos más de 70 ensayos clínicos, que se reparten entre unos 325 hospitales y unos 8.000 pacientes».

P. La inmunización de los bebés contra el VRS, ¿sirve para que la filial gane peso global en la compañía?

R. Es muy importante que las estrategias que ponemos en marcha funcionen y que se reflejen en lo que hacemos en el país. No solo se trata de mantener lo que hay, sino de hacer que crezca nuestra importancia dentro del grupo. Traemos más inversiones tanto en investigación como productivas.

P. ¿Qué produce Sanofi en España?

R. Tenemos una planta en Riells i Viabrea, Girona. El 94% de los productos se exportan. Son medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. Y también son referencias que pertenecen al listado de la reserva estratégica que España y Europa estipulan que nunca deben faltar.

Esto es un punto clave. Porque la dependencia de terceros países en Europa nos ha hecho vulnerables a sufrir escasez de fármacos en momentos puntuales. Desde la fábrica gala en suelo español se producen comprimidos y cápsulas. Se centran en la manufactura de tratamientos para patologías del sistema nervioso central, cardiovasculares, tiroideos, antimalaria, terapia biliar e infecciones bacterianas. Ocho de cada diez se quedan en el viejo continente y dos van a países emergentes. En total, el volumen de producción es aproximadamente de 72 millones de unidades al año, que se traduce en la fabricación de 80 fórmulas distintas para más de 20 patologías diferentes.

P. Esto concuerda con una de las directrices que se marca desde la UE: la autonomía frente a otros países para evitar problemas de suministros y desabastecimientos, ¿cierto?

R. Una frase que resume esto es cómo focalizamos en la resiliencia versus la eficiencia. Hasta antes de la pandemia se buscaba lo segundo, por eso mucha de la inversión, sobre todo en producción, se fue a India y China. Pero ahora nos centramos en lo segundo. Necesitamos encontrar dónde desarrollar los APIs [siglas del inglés de principio activo con lo

"Ahora mismo tenemos abiertos más de 70 ensayos clínicos, repartidos en unos 325 hospitales, con 8.000 pacientes"

"De la planta de Riells se exporta el 94% de los productos. Pertenecen a la lista de medicamentos esenciales de la OMS"

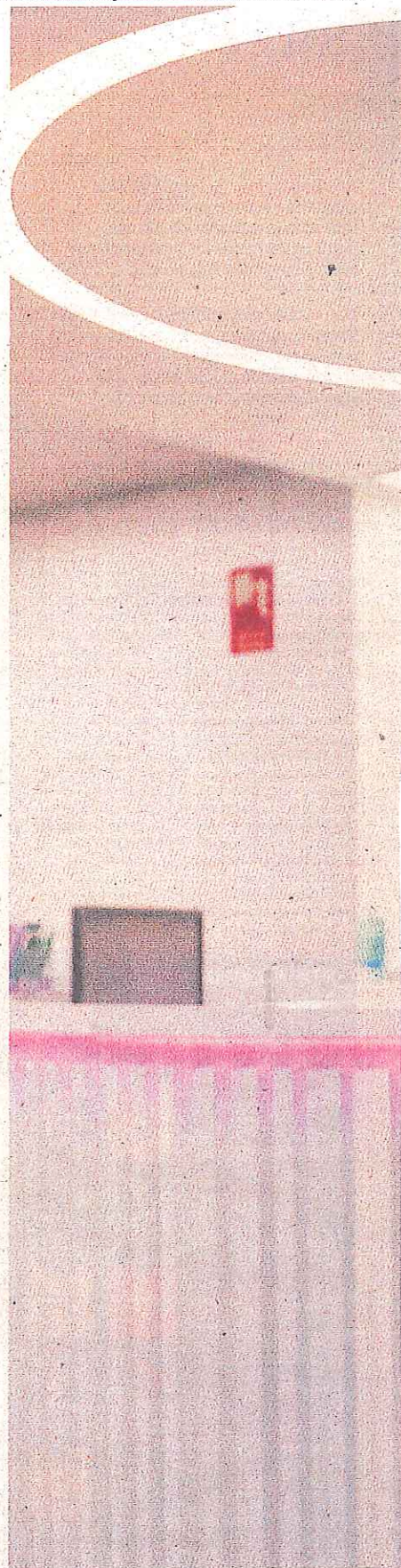
que fabrica un fármaco]».

P. ¿Qué aporta Sanofi en este aspecto?

R. Tenemos el tejido productivo más grande de Europa con 34 centros. Hace dos años se creó una compañía independiente, Euroapi, precisamente para producir esos principios activos. Pero no sólo para Sanofi, sino para todas las compañías. Con esto podemos garantizar que tenemos la producción que necesitamos en las materias esenciales dentro de Europa. Esto nos ayudará a no tener que decidir a qué países se envía primero unos fármacos.

R. Entonces, ¿Europa debe reconstruir su fuerza productiva en materia farmacológica perdida en favor de otros?

R. En innovación sanitaria, según los últimos informes que no solo hacen retrospectiva sino





proyectan al futuro, se recoge que hemos pasado del 41% en la década de los 90 al 31% actual. Y se prevé que en 2040 baja al 21%. Y esto es un problema para Europa, pero también España. Porque aquí la industria farmacéutica es un sector exportador clave el tercero a nivel nacional, con 27.000 millones de euros en ventas de medicamentos al exterior [sólo por detrás de automóviles y combustibles]. Somos el segundo sector industrial por inversión en I+D.

P. Con estas cifras, ¿por qué parece más importante que se instale en España una fábrica de coches o chips que una de medicamentos?

R. Como economista me parece que el impacto que puede tener la inversión en I+D de las *farma* va más allá de la mera producción. Hay muchos efectos colaterales. Somos un motor de progreso económico y social. Hay más de 44.000 personas empleadas de forma directa,

“El impacto de la inversión en I+D va más allá de la producción. Somos motor de progreso económico y social”

“Desde el GIC, empleamos la IA para acortar hasta un 30% el tiempo de búsqueda de nuevas dianas moleculares”

más de 210.000 indirectos, más de un 52% son mujeres. Hay estudios que cuantifican que de cada millón de euros que se invierte en I+D se generan 15,6 puestos de trabajo. Además, retenemos el talento científico.

P. ¿Cómo se atrae a los investigadores?

R. El 86% de los ensayos clínicos en España lo ha realizado la industria farmacéutica. Si nosotros logramos crecer en tamaño, se abrirán más oportunidades. Hará más falta investigadores que se queden aquí porque habrá más centros que los demanden.

P. Con todo ese currículum, la industria farmacéutica es un polo de atracción con impacto más allá de lo estrictamente sanitario. ¿Por qué no trasciende?

R. Tenemos ser más proactivos. Hasta ahora estábamos en un entorno científico, puro y duro. No miráramos más allá. Pero es que tenemos que salir de ahí, porque lo científico y la producción es solo una parte. Como ciudadana quiero que haya más acceso a los tratamientos, que haya una sensibilidad medioambiental con lo que hacemos.

P. U. ¿Ejemplo de sus políticas medioambientales...

R. Reducción de los plásticos. Si conseguimos eliminar los plásticos de los seis millones de vacunas que producimos en España, será como haber quitado de circulación 19 millones de bolsas de plásticos. También anunciamos el año pasado, como motivo del 50 aniversario de la planta de Riells i Viabrea, una nueva inversión de 15 millones de euros para instalar una planta fotovoltaica.

Sanofi no solo cuenta en España con producción de fármacos, sino con un *hub digital*, el Global Innovation Center (GIC). Un centro que da servicio a toda la compañía en tres áreas principales: finanzas, cadena de suministro y digital. Son unas 400 personas de más de 40 nacionales que emplean, entre otros, inteligencia artificial (IA) en la búsqueda de nuevas moléculas. «Esto es clave», subraya Tapia. «Podemos acelerar los procesos de identificación de dianas moleculares que sí pueden pasar a fases de desarrollo. Esto puede ahorrar entre un 20-30% del tiempo que se emplea actualmente».

P. Desde el GIC, ya se usa la IA para todo?

R. La empleamos en cualquier proceso de la compañía que sea susceptible de mejora. Uno de ellos, con un gran impacto en la sociedad, es la cadena de suministro: cómo mejorar la eficiencia de la misma en cada uno de los puntos.

*Raquel Tapia
posa en las
oficinas de
Madrid. La sede
central y el
Global
Innovation
Center están en
Barcelona.*

REMITIDO

La revolucionaria máquina que acaba con el dolor oncológico y mejora la calidad y esperanza de vida

El Dr. Kita Sallabanda presidente de la sección SRS de la Sociedad Europea de Radiocirugía y que dirige el Instituto de Radiocirugía Avanzada IRCA nos cuenta las posibilidades de esta revolucionaria tecnología

El mundo de la medicina avanza incansablemente con el objetivo de aportar nuevas soluciones a los pacientes. En el caso de la radiocirugía, este nuevo rayo de esperanza viene en forma del ZAP - X, la última innovación en el tratamiento de lesiones cerebrales, malformaciones vasculares, enfermedades funcionales y también del dolor oncológico.

Una tecnología de la que tan solo existen 10 unidades en el mundo y una de ellas, la única en España, está en Madrid en el Instituto de Radiocirugía Avanzada (IRCA).

El Dr. Kita Sallabanda



El ZAP - X presenta multitud de ventajas con respecto a las tecnologías utilizadas hasta ahora. Sus 16.500 puntos de entrada y su software de planificación hacen que su precisión sea única lo que permite inimaginables resultados en casos de gran dificultad debido al tamaño y localización del tumor. Pero, sobre todo, esta tecnología supone una humanización del proceso ya que no precisa de salas bunkerizadas ni de guías en el paciente lo que permite un tratamiento ambulatorio en sesiones de una hora aproximadamente y una recuperación mucho más sencilla y rápida de la intervención.

Pero sin duda, la gran novedad del ZAP - X se presenta en el tratamiento del dolor oncológico intenso. Una patología que hasta ahora se ha paliado a través de largos y costosos tratamientos de analgésicos como la morfina y que gracias a la radiocirugía se puede eliminar en tan solo media hora de tratamiento sin efectos secundarios.

El dolor oncológico ha sido una tarea pendiente en la investigación de tratamientos. Sin embargo, esto no ha sido por falta de casos ya que el 30% de los pacientes padecen dolor en el momento del diagnóstico del cáncer. Una cifra que asciende hasta el 60 - 80% en las fases más avanzadas de esta enfermedad.

El tratamiento del dolor oncológico no solo mejora la calidad de vida del paciente al aliviar su malestar y consiguiendo una mayor normalidad en su día a día, sino que también le permite tolerar mejor los tratamientos de la enfermedad consiguiendo incluso prolongar su esperanza de vida. Además, el alivio del dolor contribuye a una mayor adherencia al tratamiento, lo que es fundamental para el éxito terapéutico en el cáncer. Son todas estas razones,

las que hacen que la búsqueda de nuevos tratamientos sea una prioridad para muchos profesionales de la salud. Gracias al ZAP - X en apenas media hora de tratamiento se puede conseguir los mismos resultados que con el uso diario de potentes analgésicos lo que supone un gran avance tanto para la salud del paciente como en términos económicos.

El ZAP - X supone por tanto una gran innovación en el mundo oncológico, ya que también consigue la eliminación de metástasis y tumores cerebrales de gran dificultad sin dañar el tejido sano. Sin embargo, para el éxito total de esta tecnología es preciso contar con un gran equipo médico que pueda diseñar y personalizar los tratamientos de la forma más precisa.

En España el equipo médico de IRCA lo encabeza el Dr. Kita Sallabanda, una de las grandes eminencias en radiocirugía y neurocirugía en el mundo. Su impecable trayectoria cuenta con más de 5.000 pacientes tratados con radiocirugía, muchas de ellas de gran dificultad. Su gran experiencia y su afán por conseguir los mejores resultados para sus pacientes le han llevado a ser nombrado, por unanimidad, presidente de la sección SRS de la Sociedad Europea de Radiocirugía.

¿Por qué y cómo nace IRCA?
IRCA surge como una iniciativa de un grupo de los mejores neurocirujanos de España para traer por primera vez una tecnología hasta entonces poco conocida, el ZAP - X. Convirtiendo España por primera vez en un país pionero de alta tecnología en Radiocirugía del SNC instalando la cuarta unidad de Europa y la décima en el mundo. Todo esto, bajo el convencimiento de que esta sería la mejor tecnología para nuestros pacientes

¿Qué supone para el tratamiento del dolor oncológico con el ZAP - X?

Uno de los mayores avances de esta tecnología es que puede tratar de forma eficaz u mejorar mucho la calidad de vida de los pacientes con dolor y sobre todo con dolor

oncológico. Pacientes que pasan meses encamados con diferentes tratamientos muy costosos y poco eficaces. Con un tratamiento de solo 25-30 minutos pueden realizar una vida digna y sin sufrimiento mientras la sociedad también puede ahorrar miles de euros que cuesta el tratamiento medicamentoso.

¿Qué otras posibilidades de tratamiento ofrecen el ZAP - X?

El ZAP - X también se utiliza con mucho éxito en el tratamiento de metástasis cerebrales, tumores benignos o malformaciones arteriovenosas. Nos permite sustituir de una forma muy eficaz la cirugía y todos los riesgos que conlleva y nos ofrece mejores resultados en casos como meningiomas, neurinomas, adenomas, etc.

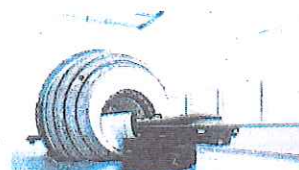
¿En qué se diferencia el ZAP - X de las tecnologías que existían hasta ahora?

El ZAP - X aporta un nuevo concepto de tratamiento y supone la humanización de la medicina. Se encuentra localizado en un sitio abierto, no en un sótano como sus predecesores ya que no requiere de un búnker y además es más eficiente y eficaz. Se trata de una tecnología que incluye con mucho éxito los elementos de la inteligencia artificial mirando hacia el futuro por lo que también aguarda una gran proyección

¿Cuál es el caso de éxito que más atención le ha llamado desde que trabajan con el ZAP - X?

De los casos más destacados con el ZAP - X está el de un paciente con 18 metástasis cerebrales. Se trató en tres ocasiones y actualmente tiene una excelente calidad de vida con la enfermedad cerebral controlada

El ZAP - X en IRCA



Mañueco fija la puesta en servicio de radioterapia en diciembre de 2024

● El presidente de la Junta avanza que el hospital contará con una unidad multidisciplinar de suelo pélvico y desde los primeros meses del próximo año realizará cardio resonancias «para evitar desplazamientos a Burgos»

MILAGROS HERVADA SORIA

La Junta de Castilla y León había avanzado ya varias fechas para la puesta en marcha de la unidad satélite de radioterapia en el Hospital Santa Bárbara de Soria, pero ayer su presidente, Alfonso Fernández Mañueco, concretó que será «dentro de un año», es decir, en diciembre de 2024, cuando se ponga finalmente en funcionamiento. Fernández Mañueco visitó las obras del búnker que albergará la unidad y que se ha construido en el sótano del nuevo edificio en obras en la parte trasera del centro hospitalario, inmerso en la segunda fase de reforma y ampliación.

«Yo lo prometí y el año que viene será una realidad», afirmó el presidente, satisfecho de presidir «un Gobierno que cuando promete algo lo cumple». El compromiso fue lanzado por su antecesor, Juan Vicente Herrera, en febrero de 2007.

Las previsiones apuntan a que la nueva unidad realizará unas 4.000 sesiones anuales, que podrían llegar a 5.000 si, como estiman los estudios, la incidencia del cáncer aumenta. «Las primeras consultas externas serán dentro de un año por estas fechas y luego empezará a funcionar», matizó. En la unidad de radioterapia de Ávila, las consultas externas comenzaron en mayo y el acelerador lineal se puso en funcionamiento en noviembre.

El plan funcional elaborado para el diseño de la unidad satélite de Soria por responsables de radioterapia del Hospital Universitario de Burgos, del que dependerá el servicio soriano, indica que podrán ser atendidos el 85% de los pacientes oncológicos del área de salud de Soria, lo que se estima en 203 personas, según indicó el gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis



El presidente de la Junta durante su visita al búnker que acogerá la unidad de radioterapia en Soria. G. M.

Vicente. Enfermos que ya no se verán obligados a desplazarse para recibir el tratamiento. «Se ahorrarán 290 kilómetros y dos horas y cuarenta minutos», cifró el gerente, un cálculo que para la zona urbana de Soria se eleva a más de tres horas.

Fernández Mañueco también incidió sobre el inconveniente de los traslados y señaló que con la futura unidad «Soria va a tener el mejor tratamiento, con una atención más cercana y humana», respondiendo al objetivo de la Junta, dijo, de «hacer la sanidad más accesible, siempre desde la seguridad».

La razón de que se haga ahora, como indicó el gerente, es porque han mejorado las condiciones de acce-

sibilidad, y recordó el informe interno de la Consejería de Sanidad que recoge que el área de salud de Soria, con su consabida dispersión, es la que más se beneficia de un servicio de este tipo salvando una distancia y unos tiempos que hasta ahora padecían los que sufren esta enfermedad. Con todo, siempre han existido voces críticas sobre la llegada de radioterapia a Soria, atendiendo a que las sociedades científicas fijan en 400 pacientes el mínimo para garantizar un estándar de calidad en la aplicación, una cifra que en Soria no se cumple.

El gerente resaltó «el salto tecnológico que supone para la atención hospitalaria y que da respuesta a un

anhelo de la sociedad soriana, dando un servicio básico en momentos de máxima fragilidad», mencionando los trámites paralelos para las autorizaciones necesarias, como las del Consejo de Seguridad Nuclear.

La unidad satélite, cuyo plan funcional se aprobó hace ahora un año, el 17 de diciembre de 2022, ocupa un espacio de 684 metros cuadrados, un 45% más que la previsión inicial. El primer modificado para garantizar el espacio para la unidad en las obras de la segunda fase de reforma del hospital, que se reanudó en 2019, data de 2020 y contemplaba 470 metros cuadrados.

El presidente, que visitó el búnker, recordó que este proyecto conlleva

una inversión de ocho millones de euros y que se enmarca en las obras de la segunda fase de reforma y ampliación del Hospital Santa Bárbara, cuya finalización se prevé, al margen de radioterapia, para 2025. El nuevo edificio que alberga radioterapia también lo ocuparán la Unidad de Diálisis y los Hospitales de Día Médico y Oncológico.

Según recalcó el presidente de la Junta, que también visitó las dependencias de formación del hospital universitario el objetivo es crear un hospital más accesible, amplio, moderno, confortable y tecnológicamente avanzado, y una vez que ya ha sido reconocido como hospital universitario, contará con más oportunidades de atracción de talento.

Por otro lado, Fernández Mañueco anunció que el Hospital Santa Bárbara de Soria incorporará una nueva unidad multidisciplinar de suelo pélvico, dirigida a unas 800 personas, y también avanzó que se podrán realizar cardio resonancias en los primeros meses de 2024, «para evitar desplazamientos a Burgos».

Del mismo modo, y respecto al Hospital Virgen del Mirón, aseguró que «seguirá abierto en el futuro con soporte al Hospital Santa Bárbara».

Recordó que están en curso actuaciones para la construcción de tres nuevos centros de salud, los de Soria Norte, El Burgo de Osma y San Leonardo de Yagüe, y está en marcha la reforma y ampliación del centro de salud de La Milagrosa, así como del de Almazán, para mejorar la eficiencia energética.

Fernández Mañueco también visitó la localidad de Lleras, donde firmó en el Libro de Honor del Ayuntamiento y conoció el resultado de las obras de rehabilitación de la zona deportiva y también la Atalaya de Lleras.

LA SEGUNDA UNIDAD SATÉLITE DESPUÉS DE LA ABIERTA EN ÁVILA

La unidad satélite de radioterapia de Ávila, que depende del Hospital de Salamanca, entró en funcionamiento el pasado mes de noviembre y los primeros pacientes pudieron recibir tratamiento a través del acelerador lineal, completando así la

parte de consultas de radioterapia, que estaban en marcha desde el mes de mayo. La de Soria será la segunda unidad satélite en ponerse en servicio dentro de un año y seguirán Palencia, El Bierzo y Segovia. El presidente de la

Junta señaló que la Unidad de Palencia ya tiene proyecto y se prevé que la obra comience en 2024. En El Bierzo, se dispone del proyecto para realizar obras previas en el hospital en su futura ubicación, y la de Segovia está ligada a la ampliación de su hospital, que está en marcha con la urbanización de los terrenos anejos.



Juntos por una sociedad más inclusiva

Desde la Junta de Castilla y León trabajamos comprometidos con las personas con discapacidad para mejorar su calidad de vida, promocionar la igualdad de oportunidades y la accesibilidad en todos los entornos sociales.

Toda la información aquí
www.familia.jcyl.es/
o en el teléfono 012

Servicios Sociales
de Castilla y León



máxima inclusión
máxima vida

Junta de
Castilla y León

> SALAMANCA

Borrar el estrés para prevenir la leucemia

Investigadores del CIC hallan evidencias que mejoran la comprensión y la posible eliminación terapéutica de células preleucémicas en niños susceptibles de desarrollar esta enfermedad. Por **E. Lera**

A nadie le gustaría llegar a la consulta de oncología para recibir la dura noticia de que su hijo tiene leucemia linfoblástica aguda, sin embargo, cada año se diagnostican 250 casos de esta enfermedad en España. Y lo más doloroso es que al menos un 5% de los que lo padecen lo lleva escrito desde el vientre materno, ya que nace con susceptibilidad genética a desarrollar este cáncer. Es verdad que no todos los niños que cuentan con células preleucémicas anormales en la médula ósea lo acaban padeciendo, si bien en la actualidad no existe un método para identificar a los pequeños con mayor riesgo y prevenir esta dolencia de evolución rápida, que se caracteriza por la presencia de demasiados glóbulos blancos inmaduros en la médula ósea y la sangre.

No hay que olvidar que estos glóbulos son los poderosos combatientes de infecciones; por lo general, crecen y se dividen de manera organizada a medida que el cuerpo los necesita, no obstante, en las personas que padecen leucemia, no funcionan correctamente. Por esta razón, es posible que se pasen por alto los síntomas tempranos de esta patología, ya que, en la mayor parte de las ocasiones, se confunden con los de las enfermedades infecciosas más frecuentes. Aunque su tasa de supervivencia se sitúa en el 80%, aproximadamente entre un 20 y un 40% de los supervivientes experimenta secuelas a largo plazo.

El problema es que las causas que desencadenan esta progresión aún no están claras, pero la incidencia de esta leucemia parece estar aumentando en el mundo en paralelo a la adopción del estilo de vida moderno. Los datos más recientes indican que un estrés del sistema inmune podría estar implicado en la aparición de la enfermedad en los niños con predisposición genética. Este estrés puede estar desencadenado por la exposición a infecciones comunes en ciertas circunstancias o por otros factores como el tratamiento con antibióticos, la dieta o las alteraciones de la microbiota intestinal.

El problema es que aún no se conocen los detalles de este proceso y, por lo tanto, la comunidad científica no es capaz de anticiparse a este segundo desencadenante de las leucemias de forma que, cuando estas se detectan, la enfermedad está en su fase aguda. Sin embargo, un equipo formado por investigadores del Centro del Cáncer de Salamanca, del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa y del Hospital St. Jude Children's Research, de Estados Unidos, ha hallado evidencias que mejoran la comprensión y la posible eliminación terapéutica de células preleucémicas en niños susceptibles de desarrollar leucemia linfoblástica aguda de células B. «Se trata de un cambio de paradigma en la forma de entender la leucemia que servirá de piedra angular para centrarnos en el desarrollo de estrategias

de prevención en lugar de en vías para tratar las leucemias una vez que se han producido», explica el profesor de investigación del CSIC Isidro Sánchez García.

El reto está en adelantarse a esta patología. «Tres de los eventos que podrían servirnos para detectar estos procesos son las alteraciones en la propia célula preleucémica, las alteraciones de las células inmunes a cargo de controlar la progresión tumoral y las posibles remodelaciones del nicho celular en que las células se encuentran», indica para, a continuación, añadir que entender mejor toda la biología que determina la progresión en los nichos preleucémicos les ofrecerá la posibilidad de identificar terapias para bloquear la progresión hacia este cáncer. En ese punto es donde, según insiste, está la clave, puesto que los pacientes fallecen por los efectos del propio tratamiento o por la ineficacia del mismo.

A pesar de los notables avances realizados en el campo, a su parecer, la comprensión de la interacción entre la célula preleucémica y el estrés inmunológico plantea un desafío único, que justifica una investigación multidisciplinaria. Los autores defienden que la colaboración internacional será «imprescindible» para prevenir la leucemia desencadenada por procesos infecciosos. Esta colaboración deberá incluir, manifiesta, entre otros puntos, la generación de biobancos de muestras frescas de sangre



Una investigadora del equipo de Isidro Sánchez García. ENRIQUE CARRASCAL

de cordón umbilical, la estandarización de protocolos experimentales y analíticos, así como de los marcadores utilizados para seguir la progresión de la enfermedad.

Otro punto, a su juicio, muy importante es la visión holística de cómo los factores ambientales afectan al desarrollo de la leucemia. «No se puede abordar directamente en los pacientes, sino que

requerirá el empleo de animales experimentales portadores de una susceptibilidad genética similar a la de los niños predispuestos a desarrollar la leucemia».

Hasta la fecha cuando a una persona se le identifica una susceptibilidad genética a sufrir cáncer, la medicina no puede prevenir la aparición de dicho tumor. De hecho, lo único que ofrece es la

BLOG OPINIÓN

Ciencia y Universidades, un proyecto común para el futuro

JUAN MANUEL CORCHADO

Ciencia y Universidades se han unido en un mismo Ministerio. Es una noticia más que positiva, tanto los responsables de las universidades, como los que formamos parte de ellas, llevábamos años reclamando este cambio necesario para coordinar la investigación y el desarrollo de la carrera profesional investigadora.

Se ha dado el primer paso, pero habrá que esperar meses para hacer una valoración en profundidad sobre la política del nuevo Go-

bierno de Pedro Sánchez en materia de investigación y enseñanza universitaria. Tiene por delante mucho trabajo la ministra Diana Morant. Que el Ejecutivo haya optado por fusionar las dos carteras en un único Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades es, al menos, un paso adelante en el reconocimiento de la unión intrínseca existente entre la cartera de Universidades—más del 60% de la investigación se realiza en los campus—y la de Ciencia. Era una incongruencia que estos dos

ámbitos estuviesen en distintas manos pues, por mucha coordinación que quisieran tener los ministros, cada uno tenía distintos presupuestos y programas, lo que se traducía en falta de armonía entre las iniciativas dirigidas propiamente a la comunidad científica y las orientadas a la universitaria, que en buena parte de los casos son las mismas personas. Las consecuencias negativas de esa separación se reflejaron en las disonancias que se produjeron entre la Ley de Ciencia y otras normativas de carácter universitario.

Pero lo importante ahora es que empezamos una nueva etapa siguiendo el camino adecuado, pues, no solo van de la mano Ciencia y Universidades, sino que el Ministerio incluye una tercera pata: Innovación.

La Real Academia Española define el término innovación como la creación o modificación de un producto y su introducción en un mercado. Puede servir como base, aunque en realidad es algo mucho más complejo, pero el hecho de que el Ministerio sea consciente del valor de la innovación en la cadena pro-

ductiva es un paso adelante.

Tenemos que remar todos en la misma dirección para transformar este país, de manera que se nos conozca en el mundo entero por estar a la vanguardia y no en la retaguardia.

Aumentar la financiación de las universidades y la ciencia, agilizar la gestión de la investigación e incentivar la transferencia de conocimiento son solo algunos de los muchos retos que tiene por delante la ministra Diana Morant.

«El conocimiento es la brújula para gestionar el presente y planificar un futuro mejor para el conjunto de la sociedad», afirmó durante su discurso la ministra, e incidió en que «el Gobierno apuesta por el conocimiento como palanca de cambio». Ojalá sea así porque en este país hay investigadores de nivel internacional que necesitan todo el apoyo para crecer sin límites, para que todo el país crezca. Pronto sabremos si esta unión es todo lo fructífera que esperamos.

Juan Manuel Corchado es catedrático de la USAL.

ISIDRO SÁNCHEZ GARCÍA / PROFESOR DE INVESTIGACIÓN DEL CSIC

«La sociedad siempre ha valorado, respetado y apreciado el talento y la innovación»

Isidro Sánchez García, profesor de investigación del CSIC que trabaja en el Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer de Salamanca, asegura que la sociedad siempre ha valorado, respetado y apreciado el talento y la innovación. Y esto es, en su opinión, una garantía frente a esos responsables de instituciones que están más interesados en aparentar ser excelentes que en trabajar día a día para conseguirlo, ya que «a la sociedad se la puede confundir un tiempo, pero no todo el tiempo».

Es verdad, asegura, que existe interés en Castilla y León por financiar ciencia. Por ello, pone encima de la mesa tres ideas básicas para guiar a los responsables públicos por el camino correcto, como que los beneficiarios directos del 100% de los

esfuerzos que hace la administración regional sean los grupos de investigación, ya que cualquier ayuda que se da a los centros e instituciones de investigación nunca se usa para facilitar la investigación de excelencia. Otro punto esencial, a su juicio, es que la excelencia en ciencia, como en cualquier otra actividad de la vida, es transitoria, por lo que el sistema debe velar por mantener la estructura piramidal. Por ejemplo, Sánchez García dice que la mayoría de los investigadores en activo no se formaron en grupos de excelencia. «Si se destruye la ciencia piramidal, se destruirá la cantera».

En esta misma línea, el profesor de investigación del CSIC deja claro que el broche a las ideas esenciales para impulsar la investigación y la innovación en la Co-

munidad es que los servicios de investigación creados con subvenciones no fuesen unidades de negocio con ánimo de lucro.

No hay que olvidar, recalca, que está inventado qué se debe hacer para crear y potenciar centros de investigación punteros. «En España hay algunos ejemplos de centros punteros y estoy seguro de que hay gente de bien en la Administración de Castilla y León que intenta y se propone con ahínco colocar a la región a la vanguardia, sin embargo, también sé que hay gente más interesada en aparentar ser pionero que en conseguirlo. Y éste es el gran lastre de nuestras instituciones», lamenta para, a renglón seguido, puntualizar que el sistema educativo no prima como debería ni el talento ni el esfuerzo ni el sacrificio.

«Los modelos de enfermedad de leucemia infantil previos sostenían que la generación del segundo evento génico ocurría al azar. Si este fuera el caso, la leucemia infantil no se podría prevenir. Sin embargo, el modelo previo estaba basado en estudios llevados a cabo utilizando aproximaciones experimentales que no tienen utilidad para entender el cáncer humano (uso de líneas celulares, empleo de xenografts, etcétera), algo que nuestro grupo de investigación siempre ha defendido», insiste el profesor de investigación del CSIC, quien apunta que de forma continua han utilizado modelos experimentales donde la enfermedad surge espontáneamente al igual que sucede en la leucemia que aparece en niños. Avanza que busca entender la

etiología de la leucemia infantil. «El descubrir cómo se desarrolla la leucemia o cualquier enfermedad te brinda la posibilidad de poder prevenirla antes de que aparezca e, incluso, erradicarla». Y este es su gran objetivo. Hace ya ocho años su grupo de investigación publicó la demostración de que la exposición a las infecciones comunes puede desencadenar la aparición de la leucemia en individuos con susceptibilidad genética. «Ahora que ya sabemos que el cáncer más frecuente de los niños se puede prevenir, estamos dedicando todos nuestros esfuerzos a prevenirlo. Se necesita más investigación para comprender mejor la leucemia infantil y cómo funcionan las estrategias terapéuticas identificadas», argumenta. Es más, indica que un

paso futuro importante es determinar cuánto tiempo los niños con susceptibilidad genética necesitarán tratamiento para prevenir esta dolencia. Este equipo también quiere explorar un enfoque similar para prevenir otros cánceres hereditarios, incluidos otros subtipos de esta leucemia que presentan células premalignas.

«Este trabajo es el primer granito de esperanza de una intervención médica para prevenir las formas hereditarias de leucemia u otros tipos de cáncer hereditarios en general y a ello dedicaremos todos nuestros esfuerzos. Para alcanzar este objetivo necesitaremos muchos recursos y esperamos y confiamos que podamos conseguirlos», concluye Isidro Sánchez García.

amputación tisular como medida profiláctica (mastectomía más ovariectomía a mujeres BRCA positivas, por ejemplo), una realidad que evidencia el desconocimiento de la historia natural del cáncer. «Nuestros hallazgos van a permitir prevenir el desarrollo de la leucemia en individuos susceptibles mediante la aplicación de medidas que interrumpen la historia natu-

ral de la enfermedad sin necesidad de amputar tejidos e ilusiones», celebra Sánchez García.

Este trabajo, tal y como deja claro, no va a cambiar la manera en la que se aborda el tratamiento de un niño con leucemia, pero marcará nuevas pautas médicas, con el fin de identificar a los pequeños con susceptibilidad genética a desarrollar leucemia infantil y prevenirla.

BLOG OPINIÓN

Lex Impius

PRUDENCIO HERRERO ACEBO

Hoy les hablaré de una ley perversa. Y aunque no tiene relación con la actualidad política que vivimos, ni con aquellas famosas «leyes perversas» francesas que nacen para oponerse y controlar los movimientos anarquistas de finales del siglo XIX, tiene en común con estas otras una componente voluntarista buenista que después es forzada al extremo. En esta ocasión les llevo al terreno de la producción científica.

Seguramente el lector de este suplemento conoce que la producción cientí-

fica de un país se mide por sus publicaciones. La publicación científica se convierte en el final deseado para muchos, pero no tanto porque es el culmen de los trabajos de tesis e hipótesis contrastados y planteados en forma de teorías o descubrimientos, sino porque es la piedra de toque de muchos beneficios. Publicar es la obligación de todo científico si quiere progresar en su carrera... y en sus ingresos.

Así que tenemos todo un sistema dedicado a generar papel: la publicación científica. Todo un gran negocio si lo juzga-

mos por la avidez con la que determinados fondos de inversión se han acercado al mundo de las editoriales científicas. Estamos hablando de un negocio cercano a los 24.000 millones de dólares. Está a tan solo 5.000 millones del mercado de la música, para que se haga el lector una idea.

En 2022 en España se publicaron más de 111.000 artículos, en el mundo fueron más de 10 millones. Claro que no todos ellos son relevantes y para ello se han creado diversos índices que tienen en cuenta el impacto del artículo en función de donde aparezca. Salir en Science tiene más valor que hacerlo en la publicación de la Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Al investigador se le presiona para que publique mucho, de forma relevante y que, a su vez, demuestre su relevancia siendo un artículo que sea citado por otros. Cuanto más te citan, más relevante eres. Y claro, hecha la ley... hecha la trampa.

José Manuel Lorenzo, nuestro investigador más prolífico, publica un estudio nuevo cada dos días, incluidos los fines de semana. José Manuel es un tecnólogo de los alimentos, especialista en el mundo de la carne... que sospecho que no tendrá tiempo de leer y revisar todo lo que publica.

Las editoriales científicas, acostumbradas a cobrar por la lectura de sus artículos, han encontrado un nuevo nicho de negocio: los científicos deben pagar para aparecer en ellas. Hasta 6.000 euros se pagan para que un artículo sea accesible en alguna editorial de renombre.

El tráfico de referencias, la creación de redes que comparten autorías sin una verdadera participación, el pago por aparecer... son las consecuencias de una ley perversa en la que a la ética ni se la espera.

Prudencio Herrero Acebo es consejero en innovación aplicada.



> PERSONAJES ÚNICOS / ELISA MOYA SÁEZ

Esta ingeniera en telecomunicaciones utiliza la inteligencia artificial para mejorar el diagnóstico de esta enfermedad / En su tesis doctoral trabaja para aumentar el confort del paciente, reducir los costes y el consumo de energía y agilizar las listas de espera / Su investigación está financiada por la Asociación Española contra el Cáncer. Por **É. Lera**

Mantiene a raya el tumor cerebral con IA

Ver tumores en el cerebro. Son muchos los pacientes que se someten a diario a una resonancia para arrojar luz sobre lo que les pasa. Poner nombre y apellidos a las náuseas, los dolores de cabeza, los vómitos, los problemas de equilibrio, las convulsiones, incluso el cambio de personalidad no es fácil. La persona tiene que pasar largos periodos de tiempo en una máquina sin moverse. Por este motivo, son muchos los profesionales que buscan en la tecnología encontrar la respuesta para hacer esa prueba más liviana para el enfermo.

Una de esas voces que se aferran a la inteligencia artificial para conseguirlo es la vallisoletana Elisa Moya Sáez. Estudió Ingeniería de Telecomunicaciones en la Universidad de Valladolid porque no tenía muy claro qué quería ser de mayor. «En muchos casos la orientación profesional que se hace a los jóvenes en los institutos es bastante deficitaria», lamenta. En su caso, guiada por su pasión por las ciencias y la tecnología, optó por esta carrera de la que, según celebra, el mayor tesoro que se llevó fue aprender a ser polivalente y resolutiva. «El campo en el que nos movemos es muy cambiante y al final aprendes a 'sacarte las castañas del fuego' y a ponerte al día respecto a las nuevas tecnologías que van surgiendo para aplicarlas a resolver problemas del mundo real».

Después de estudiar el grado y el máster, esta vallisoletana natural de Ataquines, un pueblo de alrededor de 500 habitantes, decidió que su siguiente paso profesional se escribiría también desde la universidad. Empezó el doctorado en el Laboratorio de Procesado de Imagen de la Universidad de Valladolid, bajo la dirección de Carlos Alberola López y Rodrigo de Luis-García, gracias a la financiación de la Asociación Española contra el Cáncer.

Durante ese tiempo realizó una estancia en el grupo de investigación MR Physics de Erasmus Medical Center de Róterdam. Es más, en la actualidad, celebra, tienen varias investigaciones activas juntos. También han colaborado con facultativos del Hospital Universitario Río Hortega y el Hospital 12 de Octubre. Su último movimiento, expone Moya Sáez, es el trabajo que han puesto en marcha en colaboración



Elisa Moya Sáez, investigadora predoctoral en el laboratorio de Procesado de Imagen de la UVA. PHOTOGENIC

con el Centro Nacional de Investigación Cardiovascular y varios grupos de investigación de Portugal.

Es verdad, reconoce la ingeniera de telecomunicaciones, le hubiera gustado realizar más estancias en otros centros de investigación internacionales, pero la COVID-19 se cruzó en su vida en esta etapa formativa y tuvo que aplazarlas. No obstante, tiene en mente realizarlas una vez que presente su tesis, que será en los próximos meses. También ha asistido a varias conferencias nacionales e internacionales a presentar resultados de investigación que han ido consiguiendo.

Esta vallisoletana se centra en mejorar el diagnóstico de tumores cerebrales mediante imagen de resonancia magnética y técnicas de inteligencia artificial. En este punto, expone que uno de los principales problemas de las pruebas de resonancia magnética es que son bastante largas. «Durante el tiempo que dura la prueba el paciente tiene que permanecer inmóvil con las

consiguientes molestias para él y, además, la larga duración conlleva una pérdida de eficiencia en el sistema de salud». Por esta razón, apuesta por la IA para mejorar la eficiencia de estas pruebas haciéndolas más cortas a base de reducir el número de imágenes que se toman. «Después con inteligencia artificial generamos las imágenes no adquiridas a partir de las adquiridas. De esta forma, además de aumentar el confort del paciente, se pueden reducir costes y el consumo de energía y agilizar listas de espera», apunta Elisa Moya Sáez.

Otro punto a favor de esta tecnología tan en auge para mantener a raya esta enfermedad es, en su opinión, que pueden extraer información adicional de las imágenes, la cual puede servir al radiólogo para hacer diagnósticos más precisos y apoyar la toma de decisiones médicas. Pone como ejemplo que las imágenes sintéticas que generaron fueron utilizadas de manera exitosa en un sistema que extraía informa-

ción de las mismas que a priori no era visible para después realizar una predicción de algún dato clínico.

En su caso, indica que puso el foco en la supervivencia de pacientes con glioblastoma, un tumor cerebral muy agresivo. «Predecir cuál es la supervivencia estimada de estos pacientes puede ser clave para determinar el tratamiento más apropiado de los mismos», sostiene esta investigadora para, a continuación, subrayar que este trabajo se hizo en colaboración con su compañero de laboratorio, Rafael Navarro.

El último estudio en el que están trabajando sigue la línea de mejorar el diagnóstico de tumores cerebrales. En este sentido, afirma que durante las pruebas de resonancia magnética después de adquirir algunas imágenes se suele inyectar a los pacientes un agente de contraste para después tomar una nueva imagen. «En esta nueva fotografía que se obtiene tras la inyección se pueden ver algunas características importantes del tumor, las cuales

determinan el tratamiento a seguir», explica esta ingeniera vallisoletana, quien puntualiza que el problema es que estos agentes bajo algunas circunstancias pueden ser tóxicos, lo cual se desaconseja su uso en determinados enfermos. «Nuestro objetivo es prescindir de la inyección y ser capaces de predecir información equivalente usando únicamente las imágenes previas a la inyección junto con inteligencia artificial. Los resultados que tenemos en esta línea son muy prometedores».

Inversión de futuro

A su juicio, España está lejos de otros países de nuestro entorno en cuanto a las oportunidades para dedicarse a investigación. «Hay talento y los investigadores son capaces de realizar trabajos de calidad, pero mi impresión es que existen pocas opciones para poder desarrollar la carrera investigadora con un mínimo de estabilidad aquí, por lo que, en muchas ocasiones, los investigadores formados aquí tienen que acabar marchándose fuera. «Está bien visitar otros laboratorios internacionales donde se puede aprender y ver otra forma de hacer investigación, pero entiendo que esto se puede hacer, por ejemplo, a través de estancias temporales en estos centros. El problema es que en muchos casos los investigadores tienen que irse sólo con un billete de ida y con pocas certezas de cuándo podrán volver, en el caso de que tengan opción para ello», asegura».

En Castilla y León, a su parecer, esta situación es más acusada. En esta línea, informa de que la Junta de Castilla y León llevaba desde 2020 sin sacar convocatorias para financiación de proyectos de investigación y este año que han vuelto a salir han reducido considerablemente el presupuesto. «Este tipo de acciones aumenta la inestabilidad de los investigadores y grupos de investigación de nuestra Comunidad».

De hecho, Elisa Moya Sáez tiene claro que el mejor camino para revertir esta situación es que las administraciones públicas empiecen a ver la financiación de las investigaciones como una inversión de futuro en lugar de un gasto, ya que podría ser un sector estratégico clave para reducir costes y modernizar y hacer frente a los problemas que tenemos en la región, como puede ser la baja densidad de población.



Silvia Lahuerta Martín, miembro del grupo de investigación de clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UVA en Soria. MARIO TEJEDOR

> SORIA

Terapia para la pubalgia en deportistas

Investigadores de la UVA evalúan en un estudio una técnica manual de fisioterapia en pacientes que practican actividad física y que presentan dolor de ingle por disminución de la movilidad de la cadera. Por **N. Fernández**

La pubalgia es una patología que se produce por el desequilibrio muscular y causa generalmente dolor en la ingle. Se trata de una enfermedad que tiene mucha incidencia en deportistas, tanto profesionales como aficionados. Es más común entre hombres que entre mujeres y la dolencia se asocia con la práctica de deportes donde se golpea la pelota, como el fútbol, aunque también lo padecen aquellos que practican otras disciplinas deportivas en las que hay cambios bruscos de dirección.

El Grupo de Investigación Reconocido (GIR) de investigación clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud del campus universitario de la Universidad de Valladolid en Soria realiza un estudio sobre esta dolencia, con el objetivo de evaluar una técnica manual de fisioterapia para comprobar su eficacia en los deportistas con pubalgia causada por la disminución de la movilidad de la cadera.

Para la realización de este estudio, que está en marcha, se hacen ensayos clínicos con pacientes. Para la muestra solo se reclutan a los que realicen una actividad física activa, por lo menos una vez a la semana, no tienen que ser solo deportistas profesionales pueden ser aficionados, «no entran aquellos que caminan solo una hora», expli-

ca Silvia Lahuerta Martín, investigadora que forma parte del grupo.

Entre los pacientes que se someten de manera voluntaria al estudio se hace una criba y se eligen a aquellos con dolor inguinal por la disminución de la movilidad de la cadera, «dado que en este trabajo evaluamos una técnica concreta de terapia manual que se centra en la movilización de la articulación», puntualiza Silvia, por lo que si se realiza en pacientes con dolor de ingle por otra causa, la técnica lejos de beneficiarles les puede perjudicar.

El dolor de ingle puede producirse por otras causas como dolores musculares o incluso puede no estar relacionadas con la actividad física, como puede ser el desarrollo de una artrosis, «nos interesa un grupo de pacientes específico para verificar la efectividad de esta terapia».

La investigadora, graduada en Fisioterapia y que trabaja en la actualidad en su tesis doctoral con este estudio, explica que el incremento de la actividad deportiva entre la población, a lo que se suma que en ocasiones se practica de manera intensa sin una preparación muscular de base, puede generar este dolor si no se cuenta una musculatura fuerte o se tiene una falta de movilidad.

Silvia precisa que para llevar a

cabo la investigación se ha tenido en cuenta la Declaración de Doha en materia de Salud Pública, en la que se establecieron los diferentes tipos de dolor de ingle, «nos ha venido muy bien para determinar la entidad clínica de la dolencia, con el objetivo de que los pacientes que entran en el ensayo se puedan beneficiar al máximo de la terapia».

En el marco de la investigación se ha llevado a cabo una revisión con metaanálisis para ver los efectos de las técnicas de terapia manual unida al ejercicio comparadas con ejercicio terapéutico. Los investigadores han comprobado que se habían realizado pocos ensayos clínicos en esta materia y los que se habían hecho incluyeron a población en general, no a pacientes específicos, como el trabajo que se ha planteado desde la Facultad de Ciencias de la Salud en Soria.

Además, observaron que se empleaban muchas y variadas técnicas pasivas de fisioterapia, pero no había ninguna concreta, por ello a este grupo de investigadores les resultó interesante arrancar con este estudio que cuenta con el respaldo económico de la Cátedra de Conocimiento e Innovación de la Caja Rural de Soria.

El tratamiento que se ha comenzado a validar con pacientes voluntarios consiste en una técnica de fisioterapia de tracción dirigida a

mejorar la movilidad de la cadera. Se aplica durante 10 minutos en 10 ciclos de 45 segundos de tracción y 15 de reposo en cuatro sesiones en dos semanas. Los especialistas miden la fuerza empleada con un dinamómetro.

Los investigadores han elegido esta técnica de la que tenían conocimiento a través de estudios previos en los que se ha recogido que las movilizaciones en tracción mejoraban el rango de movimiento y concretamente en pacientes con coxartrosis se ha visto una disminución significativa del dolor de ingle.

Para el estudio clínico aleatorio se captan los participantes, a los que se les realiza una evaluación con pruebas funcionales y determinados test. Una vez elegidos los que responden al perfil de la dolencia se dividen en dos grupos, al primero se le aplica la técnica de tracción elegida y al segundo, un grupo control, se le hace una simulación para comparar los resultados. A posteriori se les aplica la terapia para que se puedan beneficiar de la misma.

Al inicio y al final del tratamiento se evalúan a todos los pacientes con una serie de variables para comprobar si ha habido cambios.

Algunas de estas variables son el dolor, el rango de movimiento, la capacidad funcional y la fuerza.

Para la evaluación del dolor se pregunta a los pacientes cuándo aparece, si antes, durante o después de la práctica deportiva, así como se les pide que evalúen el dolor que han tenido en la última semana en una escala visual analógica.

Los resultados del grupo de participantes en el ensayo hasta la fecha son optimistas. Tras las sesiones de fisioterapia con esta técnica mejoran el rango de movimiento, tanto de rotación interna como externa, de flexión y extensión lo que les permite aumentar su movilidad. En cuanto al dolor también se ha observado que disminuye. Sin embargo, en lo que se refiere a capacidad funcional y fuerza «hay una tendencia positiva pero no es significativa», manifiesta Silvia.

Una vez que concluyen las sesiones a los pacientes se les da unas pautas para que ellos las realicen en casa y así mejorar de la dolencia.

El grupo de investigadores va a seguir reclutando voluntarios que padezcan este dolor de ingle y quieran someterse al estudio para seguir validando la técnica, con el objetivo de tener una muestra más amplia y obtener así unos resultados más robustos. Silvia Lahuerta explica que uno de los retos del estudio es contar con pacientes para el ensayo por tratarse de una dolencia tan específica.

"Los precios a la baja traen consigo una peor atención al paciente"

JAVIER SÁNCHEZ ROMERO CEO DE TENORIO GRUPO EMPRESARIAL

Grupo Tenorio es una compañía especializada en el mundo del transporte sanitario, donde atesora una larga trayectoria. Hablamos con su CEO, Javier Sánchez Romero.

¿Cuáles fueron los orígenes del grupo?

Ambulancias Tenorio inició su actividad en Sevilla en el año 1979. Desde entonces, la empresa ha ido creciendo e incorporando nuevas actividades, lo que ha dado lugar a la creación de Tenorio Grupo Empresarial, del que forma parte Ambulancias Tenorio.

¿Cuál la foto actual de la empresa?

Ambulancias Tenorio es la primera empresa de capital español y el tercer operador de ambulancias de España por actividad, facturación y población a la que atiende. Contamos con una flota de 1.100 ambulancias para atender todos los servicios de transporte sanitario de pacientes, usuarios y personas accidentadas, así como con una plantilla de 2.100 trabajadores.

Prestamos este servicio de forma integral en las provincias de Sevilla, Málaga y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Además, desde junio tenemos la responsabilidad de prestar el servicio de transporte urgente en Aragón, lo que ha sumado más de 100 ambulancias y cerca de 800 trabajadores a nuestra plantilla.

Por todo ello Ambulancias Tenorio atiende a una población de 5 millones de habitantes y gestionar diariamente una media de 10.000 traslados, lo que equivale anualmente a coordinar y desarrollar más de 3 millones y medio de recorridos en nuestras ambulancias.

¿Cuál es la propuesta de valor que ofrecen al mercado del transporte sanitario?

La gestión de un servicio de este tipo por parte de una empresa como la nuestra –que a pesar de ser uno de los grandes grupos del sector mantiene un modelo de gestión cercana a trabajadores, pacientes y la administración pública– nos hace diferentes. Entendemos que nuestro modelo está contrastado y estamos orgullosos de que, a pesar de la dimensión que ha tomado Ambulancias Tenorio, sigamos atendiendo de manera personalizada. El Grupo dispone de profesionales que llevan más de 20 años en la gestión de transporte sanitario; es gente que ha crecido y se ha formado de la mano de la familia Tenorio. Juan Tenorio, fundador de la compañía, empezó esta aventura hace casi 50 años y creo que esa experiencia es una importante garantía y una excelente carta de presentación.



¿Qué papel juega la sostenibilidad en el día a día de la compañía?

Las compañías debemos de ser entes activos y entender el medio en el que trabajamos. Hay una clara corriente en todo el mundo, una apuesta por la sostenibilidad medioambiental a la que no podemos ser ajenos. El disponer de vehículos de bajas emisiones o acuerdos de compensación de emisiones son algunas de las medidas que recientemente hemos tomado. El objetivo es disponer en el año 2025 de un servicio "0 emisiones".

¿Hay espacio para la innovación en un sector como este?

Sí y debemos trabajar para que estas innovaciones sean visibles para los usuarios y las administraciones que nos contratan. Desde el sector tenemos la sensación de ser los grandes desconocidos dentro de la sanidad española y, sin embargo, somos la verdadera primera línea de atención de los servicios de urgencias y emergencias.

¿Cuáles son sus perspectivas de futuro y qué mejoras o proyectos a corto y medio plazo puede adelantar?

Estamos en un periodo con un gran número de licitaciones y esperamos consolidar nuestra presencia a nivel andaluz y nacional, aunque no nos obsesiona el crecimiento de la compañía. Cualquier nueva licitación debe ser analizada no solo desde un criterio economista, sino también bajo la lupa de la calidad de la prestación. Todas las empresas deberíamos comprometernos con esta filosofía, puesto que las grandes bajadas económicas y las ofertas desmedidas solo tienen como resultado un empeoramiento de la atención al paciente y comprometen seriamente el futuro del sector.

tenoriogrupocom



Soria Ya teme que la provincia sea donde lleguen más médicos sin especialidad

Afea que Mañueco «sacara pecho delante de un hospital que lleva 15 años en obras»

M. H. SORIA

El procurador de Soria Ya Ángel Cefia mostró ayer su temor de que los médicos sin especialidad que va a incorporar la Consejería de Sanidad, ante la falta de facultativos que dispongan de la misma para prestar el servicio, lleguen sobre todo a zonas de difícil cobertura como son «Soria, Zamora y El Bierzo».

Respecto a la media de contratación de médicos sin especialidad, que, afirmó, la Consejería de Sanidad «lo plantean como una solución de emergencia en los próximos tres años», aseguró que se lleva tiempo aplicando en Soria. «¿Qué pasa, que hay ciudadanos de primera y de segunda en Castilla y León, dónde está la igualdad?», cuestionó el portavoz de Soria Ya, quien considera que estas contrataciones se van a dirigir a los hospitales y los centros de salud donde más difícil es cubrir la falta de médicos, lo que «seguramente» afectará a Soria.

«Pensamos que puede ser un plan, pero hay que luchar a largo plazo para evitar este tipo de asuntos, y poner sobre la mesa cuestiones viables para solucionar el problema de carencia de profesionales sanitarios», afirmó Cefia.

Asimismo, se refirió a la visita del presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, el pasado lunes a Soria, para conocer la evolución de las obras del Hospital Santa Bárbara. Afeó que visitara Soria «sacando pecho delante de un hospital que lleva 15 años en obras». El movimiento ciudadano considera que «Mañueco vino a hablar de compromiso con Soria a un hospital que lleva en obras de reforma desde el año 2008 y para asegurar que la unidad satélite de radioterapia entrará en funcionamiento a finales de 2024, casi 17 años después de la promesa de su antecesor en el cargo, Juan Vicente Herrera».

Los sorianistas insisten en que «el compromiso se demuestra con hechos y que es difícil creerse al presidente de la Junta cuando la reforma del hospital aún no se ha acabado y seguimos esperando ver finalizados los centros de salud pendientes en El Burgo de Osma, San Leonardo, Soria y Almazán».

Para Soria Ya, «cumplir habría sido disponer de la unidad de radioterapia hace tiempo y haber evitado así los miles de kilómetros que los enfermos de cáncer de Soria han tenido que hacer hasta Burgos para recibir este tratamiento».

En cuanto a los traslados de paciente oncológicos sorianos a la unidad de radioterapia de Burgos, desde Soria Ya han calculado que, si las previsiones de la Junta se llevan al periodo 2007-2024, es decir, 200 pacientes y 4.000 sesiones al año, en

17 años se sumarían 68.000 viajes de 3.400 pacientes. «Con una media de tres horas entre ida y vuelta, serían alrededor de 250.000 horas de viaje que se podrían haber ahorrado a

personas enfermas de cáncer si la Junta hubiera cumplido su compromiso».

Por otro lado, Cefia criticó que Castilla y León vaya a ser, junto a Cata-

luña, la única comunidad autónoma sin presupuestos para 2024. «Una vez más, la Junta no hace sus deberes y esto es algo que vamos a sufrir los castellanos y leoneses», se-

fialó, al tiempo que anunció que el grupo UPL-Soria Ya ha solicitado a la Mesa de las Cortes que se hagan públicas las remuneraciones obtenidas por los procuradores que lo integran, en concepto de indemnizaciones por asistencia, por kilometraje u otras retribuciones abonadas a los mismos. En su escrito también solicitan que esta publicidad se realice con el nombre completo de los procuradores, «en aras a una mayor transparencia en cuanto a las cantidades obtenidas con cargo a los presupuestos de las Cortes».

16

CASTILLA Y LEÓN

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Jueves 7 de diciembre 2023

Movilizaciones de médicos y enfermeros de área por sus condiciones

VALLADOLID

La Asociación de Médicos y Enfermeros de Área de Castilla y León (AmeaCyL) inicia movilizaciones, a partir del próximo 15 de diciembre en Valladolid, ante la inactividad de la Consejería de Sanidad para regular las condiciones laborales del colectivo. No en vano, calificó la situación de «crónica» y «enquistada» por la falta de personal médico y de enfermería especialista en los centros de salud, al estar ligados a contratos «de área» carentes de regulación, que permiten imponer a los profesionales afectados la realización de «todo aquello» que disponen los gerentes de Sacyl, directores o cargos intermedios a través de disponibilidad permanente y falta de previsión laboral, informa Ical.

Un comunicado de AmeaCyL recordó que el personal médico y de enfermería «de área» fue creado en Castilla y León en 2006 para garantizar la atención continuada y urgente en los centros de salud, además de sustituir en consulta ordinaria a los profesionales que disfrutasen de sus permisos.

Profesión

Los 'deberes' de la profesión para el nuevo Ministerio de Sanidad

Organizaciones relacionadas con la medicina y enfermería exponen las prioridades que creen que debería abordar la cartera liderada por Mónica García

NIEVES SEBASTIÁN MONGARES
Madrid

Mónica García es la nueva ministra de Sanidad del Gobierno de coalición liderado por Pedro Sánchez. En su responsabilidad para esta nueva legislatura, la profesión pone sobre la mesa las prioridades a las que debería atender la nueva ministra.

CGCOM: PACTO DE ESTADO

Desde el Consejo General de Médicos (CGCOM), han dado la bienvenida a la nueva ministra, ofreciéndole su colaboración "para lograr reconstruir un Sistema Nacional de Salud en crisis, abordar los retos y problemas que atraviesa y su impacto en el trabajo y condiciones de los profesionales y en la calidad asistencial que reciben los pacientes". Uno de los temas que creen que debe aparecer en la agenda de García de manera prioritaria es "establecer un Pacto de Estado en colaboración con el Consejo Interterritorial, buscando armonizar el Sistema Nacional de Salud (SNS) para garantizar su sostenibilidad a largo plazo". También recuerdan la importancia de activar la Agencia Estatal de Salud Pública y promover un organismo español similar al Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE)

FACME: RECERTIFICACIÓN

Desde la Federación de Asociaciones Científico Médicas (FACME) consideran que entre los temas urgentes se encuentran los relacionados con "la ordena-

Las diferentes SS.CC. ofrecen su apoyo a la ministra para avanzar en los temas pendientes del sector

ción profesional, el desarrollo de normativas relacionadas con el ámbito médico, el refuerzo de la Atención Primaria, las iniciativas en Salud Mental y la transformación digital del SNS". Otros de los temas que la entidad cree que el nuevo Ministerio debería posicionar en su agenda son la implantación de la recertificación de los médicos especialistas, la actualización de programas formativos y el desarrollo de las áreas de capacitación específica (ACE).

CGE: DÉFICIT DE PERSONAL

Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería (CGE), considera que García debe trabajar para "integrar a las profesiones sanitarias en un único grupo A en cuanto a su clasificación en la Administración Pública, en situación de igualdad con el resto de grados, algo que ya se habló con el ministro saliente", precisa. También se refiere al déficit de profesionales, indicando que "faltan cerca de 100.000 enfermeras y enfermeros en España sólo para igualarnos a la media de la UE", instando también a mejorar las condiciones para la profesión.

REFUERZO DE LA AP

Pilar Rodríguez Ledo, presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) recalca que "más allá de las promesas, hasta ahora el apoyo a la Atención Primaria no se ha traducido en las mejoras que son necesarias, ni en materia de recursos humanos ni de inversión en AP, estando muy lejos de las recomendaciones internacionales, en concreto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que aconseja alcanzar al menos una inversión en AP del 25 por ciento del presupuesto sanitario", expone.

Remedios Martín, presidenta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) expresa que "en lo que a medicina familiar y comunitaria se refiere, le pedimos agilizar los procesos abiertos, como la aprobación del nuevo programa de la especialidad, y que progrese en la reforma que la Atención Primaria precisa; desde la semFYC entenderíamos que una dirección general propia de Atención Primaria en su ministerio sería un buen comienzo y toda una declaración de intenciones", pone de relieve Martín asevera que "es tiempo de que la Atención Primaria recupere su liderazgo, y la capacidad que tiene para hacer sostenible el SNS".

José Polo, presidente de SEMERGEN, cree que "es importante conseguir un consenso con el Ministerio de Sanidad para que no haya inequidades y la cartera de servicios sea común en las prestaciones de todo

el territorio", afirma. Además, enfatiza en cuestiones pendientes como la digitalización del sistema sanitario público.

ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA

César Rodríguez, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), considera que "es el momento de hacer llegar de una manera homogénea y plena la Medicina de Precisión a los pacientes con cáncer no sólo en los tratamientos sino también en el diagnóstico". Por otra parte, alude a la importancia de que los oncólogos médicos sean "los interlocutores válidos en los informes de posicionamiento, aprobaciones y priorización de la innovación en Oncología" y llama a dar "una adecuada visibilidad y dimensión a las pruebas de acceso a la Formación Sanitaria Especializada (MIR) en Oncología".

La Fundación ECO insta al nuevo equipo ministerial a converger con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer en su abordaje integral (investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y largos supervivientes). También a impulsar programas de mejora oncológica o fomentar el impulso de programas de screening.

Conseguir la extensión del periodo de formación de los residentes de cuatro a cinco años es una de las principales peticiones que trasladan al nuevo equipo ministerial desde la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Además señalan que el siguiente reto

-en el que han colaborado con la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia- es la incorporación a la cartera de servicios de las terapias innovadoras y avanzadas en beneficio de los pacientes que las necesitan, cuidando, por supuesto, la sostenibilidad. Otro reto pasa por "el desarrollo de registros epidemiológicos estatales, que permitan conocer la incidencia de los diferentes tipos de cáncer, así como su prevalencia, su supervivencia y sus causas de muerte".

SEIMC: RD ESPECIALIDADES

Javier Membrillo, vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología (SEIMC), apunta con firmeza a la creación de la especialidad. "Nos encontramos en la extraña situación de ser el único país de la Unión Europea que no la tiene y cumplimos todas las condiciones: presentamos nuestro expediente hace más de un año y, desde el cese de Carolina Darias como responsable de la cartera, no se ha reunido el comité técnico que tiene que evaluar los expedientes de nuevas especialidades", precisa Membrillo. Por ello, el vicepresidente de SEIMC insta al nuevo equipo ministerial a "ponerse a trabajar cuanto antes para solucionar este problema, que nos pone en clara desventaja para formar a los especialistas en Enfermedades Infecciosas en España".

NOTICIA COMPLETA EN
GACETAMEDICA.COM

Política

Mónica García: "Tenemos que recuperar el orgullo de nuestra Sanidad"

La nueva ministra de Sanidad recibió la cartera ministerial de manos de José Manuel Miñones

CRISTINA ARMUNIA BERGES
Madrid

Recuperar el orgullo hacia la Sanidad Pública, adaptarla a los retos del siglo XXI y seguir ahondando en los determinantes sociales que condicionan a la salud, fueron algunos de los objetivos mencionados por Mónica García en su primer discurso como ministra de Sanidad.

Tras su promesa ante el Rey, García recibió la cartera de Sanidad de manos del ministro saliente, José Manuel Miñones. El acto tuvo lugar en un abarrotado Salón de Actos Ernest Lluch, en el día en el que se cumplían 23 años de su asesinato por la banda terrorista ETA. "Mi primer compromiso es continuar con su enorme legado", dijo García en referencia a la Ley General de Sanidad.

Según la nueva ministra, la senda marcada por esa ley en el sistema sanitario se recorrió de manera ininterrumpida hasta el año 2012, con los recortes. La pandemia, constató García, contribuyó a "profundizar en las grandes grietas surgidas en los años anteriores".

Pero también sirvió, defendió la ministra, "para tomar conciencia de nuestra vulnerabilidad y de que todas y todos necesitamos de nuestros servicios públicos". Así, por su trabajo realizado, García quiso dar las



Mónica García recibe la cartera de Sanidad de manos de José Manuel Miñones.

gracias a todos los profesionales sanitarios.

"Hoy en 2023 tenemos doble tarea histórica, que es recuperar el orgullo de nuestra Sanidad y adaptarla a los retos del siglo XXI empezando por la emergencia climática", apuntó.

DETERMINANTES SOCIALES

García aprovechó este primer discurso para asegurar a todos los trabajadoras y trabajadores sanitarios que su "máxima prioridad es trabajar escuchando" y que, para ello, no va a estar sola porque "la salud no solo depende de la Sanidad".

"Ya lo recalco un ministro de Sanidad canadiense, Marc La-

"Ya lo dijo Marc Lalonde, la salud depende de los determinantes sociales de la salud"

londe, que dijo que la salud depende, sobre todo, de los determinantes sociales de la salud. Vamos a pelear por tener un planeta limpio, en contra de la desigualdad, por una vivienda digna, por que haya buenas condiciones de vida, un buen salario y por el tiempo para vivir mejor,

porque esto impacta en la salud", aseveró la nueva ministra.

García también explicó que hará política "de la mano de la ciencia" porque el resto es "charlatanería".

"Quiero ser la ministra de todos los españoles y las españolas", añadió.

SALUD MENTAL Y AP

Para ello, espera llegar a grandes pactos de estado urgentes como el de salud mental que, según dijo, será "una de las piedras angulares" de su Ministerio.

"Es hora de resarcir también la deuda que tenemos con nuestra atención primaria", dijo García, que también indicó que es mo-

mento de "blindar la universalidad". "No hay nada más justo o más eficiente que tener una sanidad que atiende a todas las personas que viven en nuestro país. Aún no hemos logrado revertir todo el daño que se hizo en 2012 a la sanidad universal y es un compromiso de este Gobierno lograrlo en esta legislatura y vamos a cuidar a los profesionales", agregó.

Hacia el final de su discurso, García propuso "incorporar prestaciones de salud visual, bucodental o la atención temprana", asuntos que ya se dieron a conocer durante la presentación del acuerdo de coalición entre Sumar y PSOE. García no hizo mención, sin embargo, a la medida estrella que recogió aquel pacto y que tenía que ver con las listas de espera.

"Hoy este Ministerio nace con una misión: poner a nuestro SNS en el centro y, en el centro del mismo, a las personas, con el firme convencimiento de que el derecho a la salud es la mejor herramienta para construir vidas más buenas y más felices", aseguró García.

"Defenderé como nunca lo que he defendido siempre. Es un orgullo para mí decir, por primera vez como ministra, las palabras que tantas veces he repetido ahí fuera: viva la Sanidad Pública", concluyó antes de recibir un sonoro aplauso.



Pedro Sánchez y José Manuel Miñones.

Miñones: el breve paso de un farmacéutico por Sanidad

MÓNICA GAIL
Madrid

José Manuel Miñones deja atrás su "maravillosa etapa" al frente del Ministerio de Sanidad, tal y como él mismo la ha definido. Un breve paso de un farmacéutico por la Sanidad española que ha durado ocho meses, cinco de los cuales ha ejercido en funciones. Una licenciatura en Farmacia, doctor cum laude con

premio extraordinario por la Universidad de Santiago de Compostela y varias publicaciones realizadas como investigador en distintas universidades españolas, forjan la trayectoria profesional del que se convirtió en el primer farmacéutico en liderar el Ministerio de Sanidad.

Comenzó su andadura el 27 de marzo de 2022, cuando el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, anunció su nom-

bramiento después de que su predecesora, Carolina Darias, renunciara a su cargo para ser candidata a la alcaldía de Las Palmas. Darias, a su vez, sustituyó al exministro Salvador Illa en enero de 2021, quien también se pasó al nivel autonómico catalán. Finalmente, el 21 de noviembre de 2023, Miñones entregó la cartera sanitaria a su sucesora, Mónica García, médica de profesión.

Mónica García: médico, madre y ahora ministra

SUMAR logra que, por primera vez, la cartera sanitaria recaiga en otras manos que no sean las del PP o el PSOE

ALBA GONZÁLEZ PÉREZ

Madrid

"Médica, madre, mujer". Esta es la carta de presentación que se puede leer en el libro 'Política sin anestesia' de la ya nombrada ministra de Sanidad, Mónica García, licenciada en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y anestesióloga del Hospital 12 de Octubre. Tres 'emes' que se transformaron en eslogan electoral y que acabaron por consumir el sorpasso al PSOE en los comicios de 2021, convirtiendo en aquel entonces a una desconocida profesional de la salud en la líder de la oposición de la Asamblea de Madrid.

García aterrizó en el Parlamento regional en 2015, de la mano de Podemos, compaginando durante distintas etapas la vocación de cargo público con su profesión. Llegó a la institución aupada por su papel como activista en las protestas que la Marea Blanca organizó contra la gestión de Javier Fernández-Lasquetty (PP) al frente de la Consejería de Sanidad, y lo hizo siendo portavoz de la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM). Un ciclo que finalizó en 2019, momento en el que abandonó Podemos y decidió integrarse en la lista de Más Madrid de Íñigo Errejón.

Las razones para asumir el abrupto cambio de mundo tie-



Mónica García, ministra de Sanidad.

nen que ver, según rezan sus motivaciones públicas, con su "compromiso con la sanidad pública y el bien común". Así lo perfiló en su participación en la última edición del 'Cuaderno Violeta' (2021), donde defendió el papel de las mujeres en el ámbito sanitario y denunció la brecha de género en los puestos de mayor responsabilidad. "Necesitamos poder ser nosotras mismas en libertad, ya sea ser madres, o profesionales, o políticas, o para estar en las altas esferas de poder y decisión

empresarial", afirmaba por aquel entonces, completamente ajena a que una cartera ministerial le estaba esperando. "Deberíamos enfocar los esfuerzos en conseguir que todas esas formas de ser mujer en la vida pública sean realidades visibles, perfectamente asumibles, conciliables con nuestras vidas y valoradas positivamente por la sociedad".

Una de las grandes sorpresas que deja el acuerdo de gobierno entre PSOE y SUMAR, más allá de las medidas programáticas anunciadas, los discursos de la

sesión de investidura, algunas reacciones desde la tribuna del Congreso de los Diputados o incluso la propia configuración ministerial son, contra todo pronóstico, las manos en las que ha caído finalmente la cartera de Sanidad: Mónica García es desde el 21 de noviembre la titular.

Algo que muy pocos vaticinaban, salvo una excepción, un jurista. Según cuenta la propia García a Gaceta Médica: "En el año 2012, desde la Marea Blanca, buscando un bufete de abogados para denunciar la privatización de los hospitales de la sanidad pública madrileña, un abogado con el que nos reunimos me dijo: 'Tú vas a acabar de ministra de Sanidad'. No nos llevó el caso por conflicto de intereses, pero parece ser que no le faltó intuición", explica.

Y así ha sido. Los socialistas han terminado por acceder a las peticiones de los magenta en materia sanitaria, desvelándose finalmente lo que ya adelantó Gaceta Médica, que pudo confirmar hace unas semanas el interés de SUMAR en ostentar el cargo ministerial.

Las razones por las que los de Pedro Sánchez han cedido un ministerio nunca antes encabezado por otra formación política que no fuera el Partido Popular (PP) o el PSOE no han trascendido públicamente. Sin embargo, los últimos resultados electorales del pasado 28 de mayo pue-

den servir de indicio: Juan Lobato, actual dirigente socialista en la Comunidad de Madrid, no consiguió arrebatarle a Mónica García el liderazgo de la oposición, por segunda vez consecutiva y a pesar de las encuestas, que ya auspician la mayoría absoluta de Isabel Díaz Ayuso.

La ejecutiva madrileña de Ferraz asiste desde los comicios de 2019 a una pérdida sistemática de voto. Un voto que, por el contrario, sí ha conseguido capitalizar Más Madrid tras su irrupción en el panorama político regional en ese mismo año. Tampoco se recuerda socialista la presidencia de la región capitalina desde Joaquín Leguina, hace ya 28 años. Con este movimiento, lo que sí logran conseguir los de Lobato es eliminar de la Asamblea a su principal rival, abriendo una ventana de oportunidad para el socialismo madrileño.

Más Madrid cuenta con poco menos de cuatro años para reconfigurar sus liderazgos. Mientras tanto, la ministra afronta esta nueva etapa "con la responsabilidad de continuar ese compromiso", en palabras de García. "Lo hice en la Marea Blanca, en el hospital durante la pandemia y ahora toca hacerlo desde el Gobierno de España. Cuando me hice médica me comprometí con una vocación férrea de servicio público, con la que he defendido cada día de mi vida la sanidad pública", concluye.

Así, Miñones ha sido el tercer ministro de Sanidad de la XIV legislatura, bajo la presidencia de Sánchez, a quien ha querido agradecer la "enorme oportunidad" de gestionar la Sanidad. "Haber formado parte de este Gobierno ha sido un inmenso honor, así como haber podido conocer gente excepcional y avanzar en los retos de nuestra Sanidad", ha apuntado Miñones.

En este sentido, también ha dado las gracias a todo el sector sanitario "por su apoyo" y, durante el traspaso de carteras, se puso a disposición de la nueva ministra para brindarle su ayuda a la hora de mejorar el SNS.

UN BALANCE "POSITIVO"

El propio Miñones ha realizado un balance de las acciones llevadas a cabo por su Departamento durante los últimos meses. "Un balance positivo con el reconocimiento del sector sanitario, que debo a un gran equipo", ha apuntado en redes sociales.

Así, Miñones tuvo que hacer frente a los últimos coletazos de la pandemia de COVID-19. Durante su mandato, se aprobó en el verano de 2023 un Real Decreto (RD) que levantaba la emergencia sanitaria y suprimía el uso obligatorio de mascarillas en los centros sanitarios y sociosanitarios en España.

Por otro lado, se han producido avances en materia de cáncer, como la aprobación del RD que regula el derecho al olvido oncológico, y en el ámbito de la Salud Mental, con la continuidad del Plan de Atención de Salud Mental 2022-2024.

Asimismo, el Plan Minap ha supuesto "la mayor inversión" en mejora de las infraestructuras de atención primaria que se ha realizado en España. Del mismo modo, la Especialidad de Urgencias se ha hecho realidad estando Miñones al frente del Ministerio de Sanidad. También se ha llevado a cabo la "convocatoria más elevada de plazas

"Nuestra sanidad es referente y debemos resaltar el talento que España aglutina en torno al sistema sanitario"

de Formación Sanitaria Especializada (FSE) de la historia de España" y se han incrementado las plazas de Medicina.

Por otro lado, se ha avanzado hacia la interoperabilidad de la tarjeta sanitaria y de la receta electrónica; se han puesto en

funcionamiento los 851 equipos del Plan INVEAT y se ha conseguido la aprobación europea de la adenda del PERTE de Salud de Vanguardia. Además, España ha puesto en marcha una reserva nacional de medicamentos estratégicos y ha elaborado la lista de medicamentos esenciales.

Además, el exministro ha tenido la tarea de representar a la sanidad española en el actual semestre de la Presidencia del Consejo de la UE. En definitiva, y en palabras de Miñones, "nuestra sanidad es referente y debemos resaltar la capacidad y el talento que España aglutina en torno al sistema sanitario".

PAPEL | CIENCIA

"COMER PESCADO NO ES TAN SANO COMO DICEN Y PONE EN PELIGRO EL PLANETA"

Entrevista a Maximiliano Bello.

El activista chileno reclama un drástico recorte en las capturas de pescado para evitar el colapso de los océanos. "El 90% de las especies comerciales ya están en niveles de sobrepesca", dice Bello, que estos días habla en la COP28

Por Ricardo F. Colmenero (Ibiza)

El currículum de Maximiliano Bello (Santiago de Chile, 1974) se mide en km² de aguas territoriales protegidas por todo el mundo. Aunque iba para veterinario, empezó a ejercer la profesión sin cobrar, porque lo que de verdad se le daba bien era «hablar». Eso le sirvió para convertirse en uno de los mayores expertos mundiales en políticas marítimas internacionales, asesor de la ONU y de decenas de ONGs y voz de los océanos en el Comité Presidencial de la COP25 de Madrid. Acaba de pasar por el Foro Marino de Ibiza antes de desembarcar en Dubai, donde se libra una batalla contra el consumo de pescado.

P. Entonces, ¿ahora no hay que comer pescado?

R. El problema es que la mayor parte del mundo tiene el privilegio de comer lo que le da la gana y que muchas cosas que comemos hoy son un gusto adquirido por culpa del marketing. El salmón tal vez se coma en comunidades remotas de Norteamérica y Europa. Un marketing tremendo ha puesto el salmón en nuestra dieta y ha hecho que sea cultivado en todo el planeta. Los japoneses lo tenían prohibido porque tiene muchos parásitos, y ahora vas a cualquier lugar y te lo venden como sushi. La mayor parte de la proteína que consumen los humanos todavía viene de las plantas. Hay que preguntarse qué necesitamos y qué no. P. Pero los médicos dicen que es sano...

R. Muchas de las especies que consumimos son depredadores y tienen una bioacumulación de metales pesados que pueden causar un daño permanente a las personas. Hace algunos años el salmón era la panacea, íbamos a solucionar todos los problemas de salud, de consumo, de proteínas, pero resulta que viven en condiciones horribles porque se quiere producir más. Están muy hacinados y se pasan enfermedades mucho más rápido. Entonces se les dan antibióticos de forma preventiva en cantidades impresionantes, que es realmente lo que nos estamos comiendo. Ni siquiera es rosado, esa pigmentación se añade artificialmente, y te han dicho que es muy sano. La mayoría de la gente que consume salmón no tiene problemas de alimentación. Es un lujo y vamos a poner en peligro la Antártida y la Patagonia por tener el lujo de comernos algo que además ni siquiera es salmón.

P. ¿La Antártida?

R. Claro, la huella ecológica que representa un salmón en un plato es gigantesca. La acuicultura iba a ayudarnos a disminuir la presión sobre el océano, pero resulta que lo estás alimentando con peces libres y con krill que es capturado en la Antártida. Imagínate sólo la huella ecológica de los barcos bajando a buscarlo hasta la Antártida, sacar el krill, y transformarlo en pellets para



que luego alimenten al salmón. O sea, se lo quitas a las ballenas, a los pingüinos y a las focas, que viven en un ecosistema muy golpeado por el cambio climático, para dárselo a los salmones, que además son carnívoros.

P. Es que si no tiramos de la acuicultura algunas especies de moda se agotarán.

R. Los stocks de atún han caído una barbaridad. El de aleta azul en el Pacífico es de menos del 2%. Hay una lucha constante por tratar de sacar la mayor cantidad. En cuanto aumenta un poquito la población los pesqueros lo quieren. En Tokio algunos alcanzan más de un millón de dólares. Aquí en el Mediterráneo ha pasado lo mismo. La especie no

ha resistido la presión. ¿Hasta cuándo vamos a seguir estos procesos que van a acabar con depredadores que son clave en la cadena alimenticia del océano? Ni es tan sano como usted cree y está poniendo en peligro el planeta. Si, por ejemplo, todos dejáramos de comer pescado un día menos a la semana, el impacto sería enorme. P. ¿Hay algo que ya se esté agotando además del atún?

R. Claro, lo que pasa es que a veces te lo cambian por otra cosa aunque lo llamen igual. El bacalao, por ejemplo. O en España el mero, que es una especie muy longeva, que necesita muchísimo tiempo para recuperarse. Más del 90% de los tiburones ha ido desapareciendo.

"Estamos comiendo los antibióticos que le dan a los salmones, el marketing lo ha metido en nuestras dietas"

"El Gobierno de España se ha opuesto sistemáticamente a la creación de áreas marinas protegidas de calidad"

Luego la sardina, la anchoveta en Perú, la merluza, el jurel...

P. ¿Cómo valora la labor del gobierno de España?

R. Ha hecho muy poco y se ha opuesto sistemáticamente a la creación de áreas marinas protegidas de calidad. España tiene que devolverle algo al océano, porque le ha dado una gran riqueza, incluso su identidad. Si dejamos algunas zonas libres de pesca, además de ayudar al océano, las comunidades pesqueras van a tener mejores recursos. Pero cómo estamos haciendo las cosas, es muy difícil que la pesca pueda crecer o mantenerse como está.

P. Siempre pensé que en la pesca los chinos eran los supervillanos.

R. Sí, claro. Son miles de barcos con capacidad de actuar fuera de la zona económica exclusiva. La última cifra era de 16.000 barcos con distintos tipos de objetivos. China tiene grandes subsidios a la pesca, como España, y eso es un problema gravísimo, porque son los grandes pesqueros del planeta y siguen creciendo, porque la gente necesita más pescado, y más esfuerzo de la industria pesquera.

P. ¿Y cómo ve el futuro?

R. A medida que se agoten especies vamos a seguir persiguiendo otras hasta que hayamos colapsado la mayor parte de esas pesquerías. La FAO dice que más del 30% de las pesquerías están colapsadas, y el 60% están sobrepescadas. Es decir, un 90% de sobrepesca de todas las especies comerciales. Eso lo dice la FAO, que es muy conservadora.

P. El documental *Lo que el pulpo me enseñó* provocó un movimiento de no comer pulpo porque era muy listo. ¿Entonces, sólo hay que comerse a los peces tontos?

R. Hombre, la pregunta es la misma, ¿necesito comer pulpo?

P. Mire que yo soy gallego...

R. Yo he comido pulpo y me pareció una de las cosas más deliciosas. Pero hay cosas que son deliciosas para mucha gente, como el cigarrillo, pero que son malísimas para ellos también.

P. Igual hay peces más listos que nos comemos sin saberlo, y lo que les falta es un documental.

R. Pues en Bermuda, en un sitio al que fui a bucear, me avisaron de que había un pez loro que me seguiría. Y era verdad:

interactuaba, quería que yo jugara con él, me venía a mirar a la cara, y a veces me tocaba la máscara.

Hemos generado la idea de que todo lo que está en el mar hay que comérselo. Tú no vas a Galápagos, por ejemplo, y esperas que te sirvan una iguana. ¿Por qué hacemos la diferencia? A ti te dicen que el mar produce pescado, no vida silvestre. Y que cuando tú lo matas es cuando tiene valor. Pues yo prefiero mi pez vivo. Tenemos que discutir qué hacer con el océano, y para mí la protección es clave, sobre todo en esta crisis climática que vivimos.

Maximiliano Bello posa en el Foro Marino de Ibiza, celebrado este noviembre. SERGIO G. CAÑIZARES

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Sábado 9 de Diciembre de 2023. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CX. Número: 18.727

Las violaciones se disparan en la provincia con seis casos en nueve meses

● Las infracciones penales aumentan más de un 5% y los cibercriminales prosiguen su escalada

El sistema de basuras 'quita y pon' del centro, para después de Navidades

SORIA
El adiós a los contenedores del centro aterrizará después de las Navidades y dará paso al sistema denominado de 'quita y pon'. Son los recipientes que se instalarán y retirarán diariamente, con un horario para que los vecinos puedan depositar los restos. El material necesario ya se encuentra en Soria. **Pág. 6**

Presupuestos Participativos inician la fase de votaciones hasta el día 19

Pág. 7

JOSÉ SOSA SORIA
El Ministerio del Interior ha publicado en diciembre los datos del balance de criminalidad correspondiente a los nueve primeros meses del año y en Soria se ha detectado un 5,4% más de delincuencia con la cibercriminalidad de nuevo incrementando los índices. Pero algunas de las cifras más preocupantes tienen que ver con las violaciones, agresiones sexuales con penetración que se han disparado. Hay 6 casos registrados—cinco de ellos en la capital—en los 9 primeros meses del año cuando en ese mismo tiempo del año anterior solo hubo una violación.

Dentro del capítulo de delitos contra la libertad sexual en la provincia hay una pequeña subida del 8,3% ya que de los 24 casos de 2022 se ha pasado a los 26 de los primeros nueve meses del año del 2023. El análisis de la actividad delictiva en la provincia se completa con los crímenes cometidos a través de dispositivos tecnológicos, la cibercriminalidad, que ya supone casi uno de cada tres delitos que se cometen en Soria y que crece un 13,4% en el trimestre analizado. **Página 3**



MARIO TEJEDOR

ONCALA PRELUDIA LA NAVIDAD CON SU ACEBO

Una de las citas que preludian la Navidad en la provincia es la Feria del Acebo que se celebró este viernes en Oncala. Una cita totalmente consolidada

como lo confirman sus 14 ediciones y la importante presencia de público que no quiso perderse un evento que preludia la Navidad. **Pág. 11**

Soria alcanza la máxima cobertura de vacunación de la bronquiolitis

La provincia supera el 92% sobre la población diana con 337 niños / Las inoculaciones contra la gripe y el Covid-19, también las más altas

VÍCTOR F. MORENO SORIA
La campaña puesta en marcha este año por la Junta de Castilla y León para la inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS), un patógeno causante de bronquiolitis y neumonías, refleja en el balance acumulado desde el 1 de marzo hasta el 4 de diciembre un total de 8.781 niños que han recibido la dosis del an-

ticuerpo nirsevimab, lo que significa un 90,47% de cobertura de inmunización en la región. La provincia de Soria es la que refleja la cobertura más alta en la Comunidad, según los datos de Sanidad, con un 92,33%, para un total de 337 niños vacunados.

En cuanto a la cobertura de vacunación frente a la gripe estacional, el dato a 4 de diciembre

indica que Soria también es la provincia que tiene la cobertura más alta para los mayores de 60 años, con el 64%. En cuanto a la vacunación frente al Covid-19, el registro oficial de la Consejería de Sanidad indica que esta campaña ya han recibido su dosis 18.410 personas, y al igual que con la bronquiolitis y la gripe, la cobertura es la más amplia de la región. **Pág. 4**

CASTILLA Y LEÓN

El bilingüismo se estanca en la Comunidad tras cinco años de freno en la adscripción de centros

Sindicatos de profesores y Asociaciones de Padres piden que se reoriente esta enseñanza

VALLADOLID
El bilingüismo se estanca en Castilla y León tras cinco años de freno en la adscripción de centros. Sindicatos de

profesores y Ampas piden reorientar esta enseñanza y alertan de que plantea dificultades de aprendizaje y segregación del alumnado. **Pág. 12**



BODEGA ^{DE} ABAD

www.bodegaclabad.com

BERLANGA



La Feria de Artesanía vuelve a contar con animales en su recinto

Pág. 10

SORIA

SANIDAD

VACUNACIÓN

Soria alcanza la máxima cobertura de vacunación contra bronquiolitis

La provincia supera el 92,33% sobre la la población diana con 337 niños / La cobertura a partir de 60 años para la vacuna del Covid es del 54,4% y del 64% en el caso de la gripe

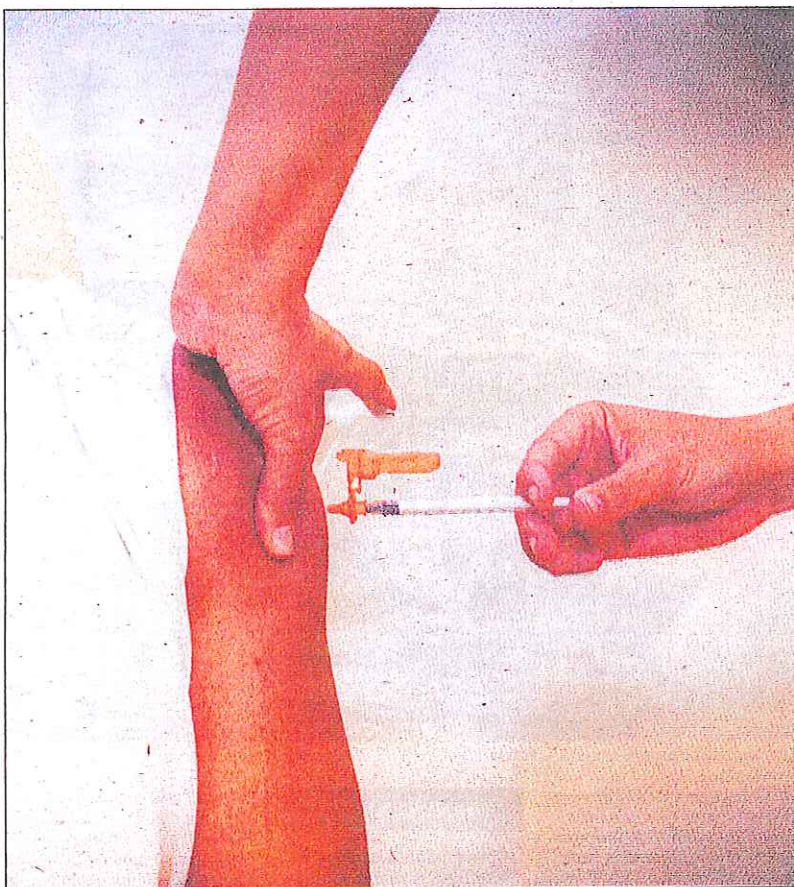
VÍCTOR F. MORENO SORIA

La campaña puesta en marcha este año por la Junta de Castilla y León para la inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS), un patógeno causante de bronquiolitis y neumonías, refleja en el balance acumulado desde el 1 de marzo hasta el 4 de diciembre un total de 8.781 niños que han recibido la dosis del anticuerpo nirsevimab, lo que significa un 90,47 % de cobertura de inmunización en la región. La provincia de Soria es la que refleja la cobertura más alta en la Comunidad, según los datos de Sanidad, con un 92,33%, para un total de 337 niños vacunados.

Castilla y León incluye en el calendario de inmunización para toda la vida la administración de una sola dosis de nirsevimab durante la campaña 2023-2024, para los niños nacidos entre el 1 de marzo de 2023 y el 31 de marzo de 2024. La Dirección General de Salud Pública ha adquirido un total de 13.000 dosis para cubrir las necesidades hasta esa fecha. En función del momento de nacimiento la administración se realiza en el hospital o en el centro de salud, de la siguiente manera: Los nacidos a partir del 1 de octubre reciben el anticuerpo monoclonal en el hospital tras el parto; para los nacidos entre los meses de marzo a septiembre se ha realizado una campaña específica al principio de la temporada del virus, administrando la dosis en el centro de salud o el centro de vacunación habitual.

En cuanto a la cobertura de vacunación frente a la gripe estacional, el dato a 4 de diciembre indica que se ha alcanzado un 57,7 % de cobertura en los dos primeros meses de campaña en los mayores de 60 años de la región. En los menores de 2 años la cobertura es del 44,3 % y en los niños de 2 a 4 años, del 29,6 %. Los datos de Soria indican también que la provincia tiene la cobertura más alta para los mayores de 60 años, con el 64%. El total de personas vacunadas es de 24.575. La cobertura para los menores de 2 años es del 33,7%, la más baja de la Comunidad, y del 27,3% para los niños de 2 a 4 años.

Hay que destacar, como novedad en esta campaña, la vacunación en la población infantil entre 6-59 meses de edad, y desde la Dirección General de Salud Pública se hace un especial llamamiento a la vacunación de este grupo etario, dado el bajo porcentaje de cobertura. Estos niños están recibiendo, en función de la edad, dos tipos de vacuna: los niños entre 6 y



Una enfermera vacuna a un paciente. ICAL

23 meses reciben vacuna inactivada tetravalente por vía intramuscular, al no estar indicada en menores de 24 meses la vacuna atenuada por vía intranasal, vacuna destinada a los niños entre 24

y 59 meses.

Hasta la fecha, se han vacunado 601.018 personas de un total de 805.500 dosis adquiridas por la Consejería de Sanidad para la temporada 2023-2024, es decir, casi un

75 % del total. El gasto total realizado por la Junta de Castilla y León en vacunas antigripales es de 10.527.058 euros, incluidas las nuevas vacunas atenuadas intranasales destinadas a parte de la pobla-

UNA INFECCIÓN PULMONAR Y DEL APARATO RESPIRATORIO DEL NIÑO

La bronquiolitis es una infección de los pulmones y del aparato respiratorio del niño, por lo general menor de dos años, que puede ser causada por varias clases de virus. El más frecuente es el denominado Virus Respiratorio Sincitial, conocido

comúnmente por sus siglas VRS. Otros virus menos frecuentes son el virus de la gripe, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus. La enfermedad afecta a los bronquios, fundamentalmente a los más finos. La infección puede

aparecer en cualquier época del año aunque lo más frecuente es que aparezca en los meses de invierno y al comienzo de la primavera (desde noviembre hasta marzo y abril).

La mayoría de los niños están enfermos durante una semana y después se recuperan. No obstante, en algunos esta infección puede dar lugar a problemas respiratorios en el

futuro. Existen unos factores que se denominan de riesgo, que se relacionan con la gravedad de la enfermedad, entre los cuales el más importante es la edad. Los lactantes menores de tres meses son los que tienen más riesgo de hospitalización y de entre ellos, los prematuros, posiblemente porque sus bronquios son muy estrechos todavía.

ción infantil.

En función del motivo de la vacunación, un total de 462.743 vacunas han sido inoculadas a los grupos de riesgo por edad, seguidos con 30.601 dosis por los grupos de riesgo por patologías, 28.710 las personas institucionalizadas, 19.810 por prescripción facultativa y 15.428 trabajadores de centros sanitarios.

Por sexos, 264.962 dosis han sido administradas a hombres, mientras que las mujeres han recibido 336.089 dosis.

En cuanto a la vacunación frente al Covid-19, el registro oficial de la Consejería de Sanidad indica que esta campaña ya han recibido

Más de 24.500 personas se han vacunado contra la gripe

Más de 18.400 lo han hecho contra el Covid en una nueva pauta

Salud anima a la vacunación a la población más vulnerable

su dosis un total de 433.954 personas, lo que supone un 81,7 % de dosis administradas sobre el total de recibidas. De esa cifra, 195.973 fueron hombres y 237.981 mujeres, y solo 56.478 han sido menores de 60 años. En mayores de 60 años la cobertura es del 47%. En el caso de Soria, se han administrado 18.410 dosis y al igual que con la bronquiolitis y la gripe, la cobertura es igualmente la más amplia de la región, con un 54,4%.

Por grupos en la Comunidad, el que más se ha vacunado en los dos primeros meses de campaña ha sido, lógicamente, el relacionado con el riesgo por edad, con 342.332 personas inoculadas; en segundo lugar se sitúan las personas institucionalizadas en residencias, con 36.413; le siguen aquellas con patologías de riesgo, con 31.211; en cuarto lugar aparecen los trabajadores de centros sanitarios, con 9.644 profesionales vacunados frente al Covid-19; y en quinta posición están los trabajadores de centros sociosanitarios, con 9.537 vacunas.

Desde la Dirección General de Salud Pública animan a todo aquel que lo tenga indicado -la población más vulnerable o con patologías previas- a vacunarse frente a la gripe o frente al Covid antes de que se produzcan las correspondientes epidemias. En éste sentido, hay que destacar la amplia cobertura que se ha producido en la provincia de Soria tanto en menores como en mayores.



COBAYAS
DE LA
PÍLDORA

Fotograma de 'Men Up', película que la BBC ofrece en su parrilla navideña como plato estelar inspirada en los mineros que descubrieron el efecto real de la viagra.

Por
Maria Sierra
Londres

Pelé promocionó Viagra en televisión. Michael Douglas celebró el «maravilloso refuerzo» de las píldoras azules en su relación con Catherine Zeta-Jones, un cuarto de siglo más joven y madre de los hijos pequeños del astro estadounidense. Unos paisanos de la actriz galesa, antiguos mineros de la cuenca carbonífera del sur de la nación, son las genuinas estrellas en el descubrimiento del fármaco varonil que detonó la revolución del bienestar sexual hace 25 años.

A un cóctel de errores, tenacidad y desinhibición se debe la existencia de la viagra. El medicamento se receta para tratar la disfunción eréctil pero su componente genérico, sildenafil, se había diseñado con otros fines. Se formuló inicialmente para controlar la tensión alta y, a finales de los años 80, el proceso se enfocó en la angina de pecho y otras patologías cardiovasculares cuya cura se apoya en la dilatación de los vasos sanguíneos.

El proyecto se desarrollaba en Reino Unido, bajo la dirección del químico David Brown, y producía resultados decepcionantes. La farmacéutica Pfizer, patrocinadora de la investigación, estuvo a punto de cortar el grifo en varias ocasiones, según desveló el curtido investigador en la Academia de Ciencias Farmacéuticas.

«Leta», concluyó una prueba de toxicología del sildenafil

Los mineros galeses 'padres' de la viagra

La historia de la pastilla azul es también la de un 'feliz fracaso', pues nació de un ensayo fallido. Se experimentaba con un medicamento y no terminaba de funcionar, pero los cobayas, en su mayoría mineros del sur de Gales, advirtieron de un común efecto secundario: un aumento ostensible de las erecciones. Ahora, la BBC y los médicos que protagonizaron el hallazgo lo convierten en película

filo realizada en animales en 1990. El equipo de científicos logró amortiguar el contundente golpe al detectar que el laboratorio que analizó el componente había cometido un error garrafal. Viagra resultó ser benigna, para alivio de los padrinos de un remedio oral que aún no se conocía con su nombre de pila. Un año des-

pués, obtuvieron la luz verde para iniciar ensayos clínicos con humanos. Se reclutaron voluntarios, se practicaron pruebas, se rellenaron formularios, pero la curva de datos seguía estancada en la línea de fracaso como tratamiento de angina de pecho. Para entonces, Brown se había enfascado en un proyecto paralelo que tra-

taba de desarrollar un estimulante neurológico capaz de liberar la función eréctil, al estilo de un afrodisíaco. El aliciente químico no llegó a excitar el órgano reproductivo, pero la información científica y comercial compilada a lo largo de la investigación resultaría enormemente vallosa a la hora de reconducir la viagra a buen puerto y al éxito global.

Pfizer facturó más de mil millones de dólares en ventas de sus pastillas azules en el año inicial del registro de la marca, que fue aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos y la Agencia Europea de Medicamentos en 1998. «Se convirtió en el primer tratamiento, administrado por vía oral, contra la impotencia viril para la disfunción eréctil», recuerda Magdalena Torres Molina, catedrática de la Universidad Complutense de Madrid, en *Viagra: la historia de un fracaso convertido en éxito*. El artículo subraya el «inmenso impacto que ha tenido y tiene en la sociedad» este superventas.

Fue una bomba comercial y terapéutica. Unos 30 millones de personas pidieron recetas al urólogo del milagroso fármaco en los 10 años desde su irrupción en las farmacias. Más de 35 millones de pastillas se distribuyeron mundialmente hasta que expiró la patente en 2013 y genéricos de sildenafil brotaron por doquier. Al mismo tiempo, los tabloides hablaban de un pico de divorcios causados por «adulterio fo-

mentado por Viagra» y recogían testimonios de individuos que presumían de hacer incesantemente el amor 12 horas después de tragarse una.

Veinte años atrás Viagra naufragaba. En verano de 1993, Pfizer dio un ultimátum al equipo de Brown. Cerraría la investigación si no recibía datos positivos en tres meses, según rememora el especialista Steve Ford en su blog *Fording Life*. Los mineros galeses acudieron al rescate, adoptando el papel de los pájaros canarios que salvaban la vida de quienes bajaban a los pozos de carbón.

Fueron la baliza que mantuvo a flote el proyecto y propició el inesperado chupinazo. Sin trabajo desde el cierre de las minas en la era de Margaret Thatcher, se apuntaron al último ensayo clínico de sildenafil como tratamiento del corazón, que les aseguró una recompensa de unos 400 euros por persona. Pasaron una noche en Merthyr Tydfil, a 45 kilómetros de la cuna de Zeta-Jones en Swansea, y marcaron un hito en la historia social y médica gracias a la experien-

cia de los que aguantaron horas en vela. Los cobayas rellenaron un cuestionario por la mañana, que incluía un espacio en blanco con el habitual «otros comentarios». Cuando la enfermera preguntó por efectos secundarios, un minero confesó que había disfrutado de una «muy pronunciada erección del pene». Algunos colegas, que hasta entonces se habían quejado de simples molestias estomacales, corroboraron que también ellos pasaron por el mismo trance.

Brown supo al instante que habían tocado en la diana. Hicieron historia», dijo a la BBC años después. «Probablemente estaban desesperados por ganar un poco de dinero, pero han cambiado la vida de mucha gente y han de sentirse orgullosos». Son los héroes anónimos del condado de Merthyr Tydfil que identificaron la clave que alivió la impotencia sexual. «Si un minero no hubiera levantado la mano, no creo que ahora tendríamos el medicamento», ha señalado Brown a *The Guardian*.

La contribución galesa al descubrimiento se honra finalmente. La BBC ofrece en su parrilla navideña, como plato estelar, la película *Men Up*, que reconstruye con humor negro las vicisitudes de cinco voluntarios en busca de salvación a sus problemas de cama en una prueba de Viagra. El guión del galés de Matthew Barry está inspirado en la experiencia de los mineros que revelaron el efecto real de la píldora.

“Si un minero no hubiera levantado la mano, no tendríamos la píldora”, dice su descubridor

DIEZ SEMANAS PARA LUCIR UN CUERPO DE ESTRELLA

Plan de ejercicios. Simon Waterson revela en su nuevo libro el entrenamiento con el que pone en forma a actores como Cameron Diaz, Rachel Weisz o Daniel Craig

Por Gema García Marcos

Antes de empezar a desglosar el método con el que Simon Waterson esculpe los cuerpos de las estrellas de cine más admiradas del planeta conviene recordar algo que, aunque resulta muy obvio, se nos suele olvidar: por mucho que entrenemos como Daniel Craig no emergeremos de las aguas turquesas de un mar lejano marcando un *six pack* de escándalo. Al igual que, por mucho que nos esforcemos en seguir las rutinas de Cameron Diaz, no se nos pondrán sus piernas igual de duras e interminables. También, y no menos obvio, habría que tener en cuenta que lo que es bueno para ellos no tiene por qué serlo para nosotros.

Aclarado todo esto, toca contar que Waterson suele ser el hombre que eligen los actores de Hollywood cuando quieren ponerse en forma a lo bestia y en un

tiempo relativamente corto. Porque este entrenador, que acaba de revelar por primera vez los secretos de su forma de trabajo en *El método Hollywood* (Kitsune Books), promete que sólo necesita 10 semanas para conseguir que sus clientes alcancen un nivel óptimo.

«La curiosidad, el compromiso, la humildad y las ganas de aprender de Simon hacen de él un entrenador único y de gran talento. Sin Simon, no habría logrado interpretar a James Bond durante década y media», ha dicho de él Daniel Craig, al que entrenó durante los rodajes de las diferentes entregas del superagente especial con licencia para matar.

Cameron Diaz, Luke Evans o Rachel Weisz, la pareja de Craig, son algunas de las celebridades que se han sometido a su plan de 10 semanas. «Mi filosofía de *fitness* inteligente consiste en entrenar en busca del rendimiento puro en lugar de quedarme con la mera estética», explica Waterson que defiende que «la forma física tiene que ver, sobre todo, con las sensaciones y el disfrute; si te sientes bien, eso se reflejará en el exterior».

¿En qué consiste su método? El primer mandamiento es seguir a rajatabla el programa previsto en el libro, adaptándolo al nivel inicial de cada uno. «Si quieres sacar el máximo partido a este reto asegúrate de seguir las semanas cronológicamente, en lugar de ir saltando y mezclando el orden o, incluso, pasando semanas por alto. Quiero que sientas que te estás poniendo en forma y si haces los ejercicios que no tocan o si te saltas semanas no tendrás la misma sensación de progresión», asegura el autor.

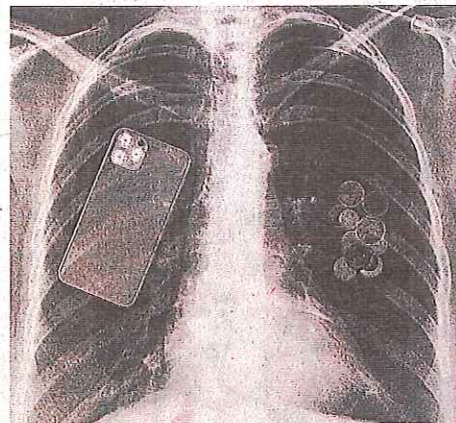
Los dos pasos comunes de cada jornada son el calentamiento inicial, concebido más como una preparación mental que física, y los estiramientos finales. Entre una cosa y otra, Waterson propone una colección de rutinas supervariadas, con pinceladas de yoga y *animal flow* en las que se trabajan fuerza, movilidad y flexibilidad, utilizando como material el

propio peso corporal, bandas elásticas, mancuernas, balón suizo, bosu o cajón.

Para que no haya pérdida, cada día tiene asignado un trabajo específico: lunes de piernas; martes de tren superior; miércoles dinámico; jueves de *core*; viernes de *full body* y sábado activo (paseo en bici, senderismo...).

Pero aún hay más. El plan de Waterson va más allá del gimnasio y contempla unas recomendaciones de estilo de vida tan importantes como ejecutar los ejercicios con una buena técnica. Consejos como beber agua nada más levantarse de la cama, evitar el consumo de pan blanco y otros productos refinados (pasta blanca, arroz no integral, etc). O nadar en agua fría para reforzar el sistema inmune y ayudar a eliminar toxinas. O dormir bien como herramienta esencial para la recuperación del organismo del desgaste diario.

También mete alguna que otra pincelada para el *coco*, como la de no ser demasiado duro con uno mismo. Lo cual nos lleva a terminar como empezamos: entrenar como James Bond no nos convertirá en un superagente especial, pero a lo mejor consigue meternos en el cuerpo el gusanillo del gusto por la actividad física.



LUIS PAREJO

ENFERMERA SATURADA

SEIS DUDAS ANTES DE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA

Diagnóstico. No tema, ni le van a encerrar en un tubo ni le van a someter a radiación. Esta prueba de imagen es segura e indolora y permite detectar distintos tipos de trastornos

La resonancia magnética es una prueba diagnóstica de lo más habitual en nuestro país, pero antes de someternos a un examen de este tipo hay varias cuestiones que debemos conocer para que todo transcurra perfectamente.

¿Me voy a exponer a radiación peligrosa?

No. Los aparatos de resonancia no emiten radiación ionizante, a diferencia por ejemplo del TAC. La resonancia magnética es una prueba segura e indolora. Sucede lo mismo con las ecografías, que tampoco emiten radiación.

¿Cuánto tiempo dura la prueba?

No hay una duración estándar, va a depender del estudio a realizar, pero lo habitual es que dure unos 45 o 50 minutos de media.

¿Tengo que estar completamente inmóvil durante la prueba?

Sí, es todo lo que le van a pedir durante la prueba, que esté tranquilo, quieto, tumbado y relajado. Si nos movemos cuando nos hacen una foto saldremos borrosos; con la resonancia ocurre lo mismo.

¿Me van a pinchar?

Puede ser. Dependiendo de

qué zona del cuerpo quieran estudiar, el radiólogo valorará con anterioridad si es necesario que se utilice un medio de contraste o no durante la resonancia magnética. Eso no es otra cosa que un fármaco que permite ver con más detalle determinadas cavidades de nuestro cuerpo, ver cómo funcionan algunas estructuras e incluso distinguir tejidos sanos de dañados.

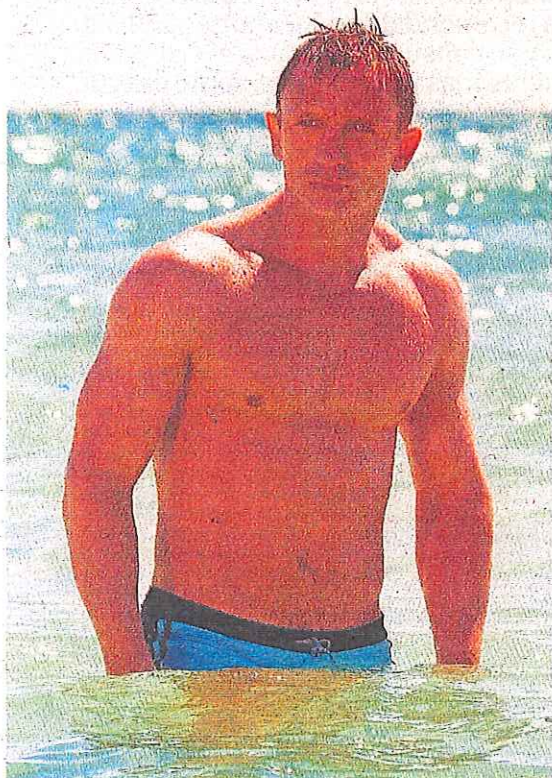
¿Hasta dónde cubre la resonancia?

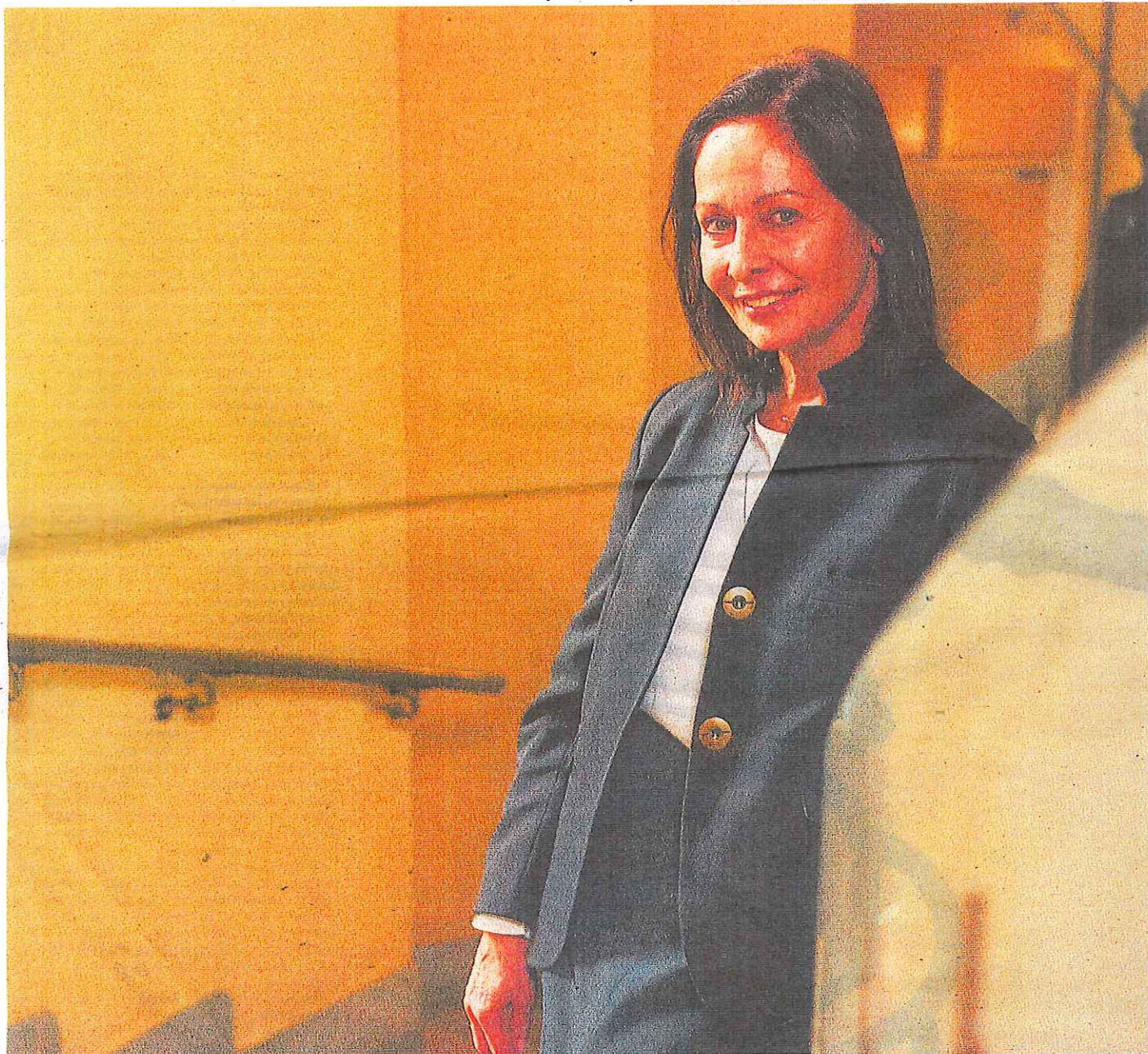
Es probable que haya escuchado que se trata de un tubo cerrado y que esa idea le resulte agobiante, pero debe saber que no es así: está abierto por los dos extremos y no se le va a encerrar en su interior.

¿Qué objetos no puedo llevar encima?

Joyas, audífonos, relojes, horquillas, broches, cinturón, tarjetas de crédito, gafas, piercings, teléfono móvil...

En el caso de extremidades artificiales, válvulas cardíacas, stents, clips de aneurismas, desfibriladores implantados, o estimuladores nerviosos debe avisar siempre antes de entrar en la sala para que se valore cada caso.





Entrevista a Isabel Moreno.

La presidenta de la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica (AECEP) intenta poner orden en una disciplina médica dañada por el intrusismo y la banalización. "Hay que evitar la sensación de que nos dedicamos a poner tetas", afirma. "No es así: nos dedicamos a dar un poquito de felicidad a la gente"

Por Pilar Pérez. Fotografía Ángel Navarrete

"EL BÓTOX ES LA DROGA DEL SIGLO XXI. HAY QUE SABER PONÉRLO PARA EVITAR PROBLEMAS"

Las redes sociales han servido para amplificar los problemas a los que se enfrenta la cirugía plástica: intrusismo, banalización, búsqueda de ideales imposibles... «Hay líneas rojas que no debemos cruzar», sentencia Isabel Moreno, presidenta de la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica (AECEP). Ella tiene claro los suyos y los de su especialidad: «Pero no siempre es fácil y los pacientes te dicen que, si no se lo haces tú, se van a otro sitio». Por eso llama a la calma y la sensatez: «Uno debe informarse siempre de dónde y en qué manos se pone. No toda reproducción o simulación hecha con ordenador, por buena que sea, será la imagen exacta que quedará tras la intervención. Debemos aprender a gestionar las expectativas de nuestros pacientes».

P. ¿Por qué tiene cierta mala fama la cirugía estética plástica?
R. El principal objetivo de mi presidencia ha sido intentar dar a conocer lo que hacemos los cirujanos plásticos. Evitar la sensación esa de que nos dedicamos sólo a poner tetas. No, no es así. Nosotros nos dedicamos a dar un poquito de felicidad a la gente,

Ética profesional. "Hay un 1% de pacientes que no sabe lo que quiere, desea ser otra persona o está deprimido. Esas personas no deben ser intervenidas en ningún caso"

Riesgos. "Las redes sociales y la publicidad reproducen imágenes que son totalmente contradictorias, muchas veces engañosas y que llegan a confundir al paciente"

Rigor. "Hay una serie de circunstancias que no podemos modificar. Por lo tanto, siempre hay que explicar al paciente cuál es el resultado que puede esperar de la operación"

Complicaciones. "Se pone bótox o se inyecta ácido hialurónico en cualquier sitio. Estoy totalmente en contra. Hay que ponerse en manos de un profesional para evitar riesgos"

estar indicado se anuncia que se pone bótox o se inyecta ácido hialurónico. Estoy totalmente en contra de eso. Cuando llega una paciente a mi consulta le explico que hay que estar muy bien formada para poder llevar a cabo sus tratamientos para evitar complicaciones. Los médicos somos profesionales que hacemos medicina y que no nos va tanto la parte económica como quizás otros puedan pensar. Hay muchos hombres de negocios que montan clínicas de estética y subcontratan a todo tipo de personal sanitario, médicos, enfermeras... Esto es muy serio y cuando una paciente se le cae el ojo después de pincharle bótox, acude a mi consulta en busca de una solución. Antes de llegar a esas complicaciones hay que evitarlas.

P. ¿Cuáles son las líneas rojas que no se deben traspasar?

R. La salud psicológica del paciente y que sean menores de edad. Da mucha satisfacción cuando un paciente está contento, satisfecho. Pero crea un terrible problema cuando tenemos una persona insatisfecha y muchas veces esa satisfacción nace porque el paciente no entiende el resultado.

P. ¿Se recurre a la cirugía estética para combatir una depresión o un malestar psicológico?

R. Hablo con el paciente en una primera visita y ahí ya sé si lo voy a operar o no. Y no es fácil decirle que no a un paciente. Sobre todo, si viene recomendado de un familiar o amigo. Intentamos convencerle de que el resultado que espera no lo va a conseguir, pero a veces no es capaz de entenderlo. Hay un perfil psicológico de pacientes a los que hay que decirles que no. Son pocos. Diría que solo hay un 1% que no sabe lo que quiere, o que desea ser otra persona, o que está deprimido. Con este perfil de pacientes hay que establecer una línea roja. Una cirugía no va a cambiar un estado de ánimo.

P. ¿Cuál ha sido el impacto de las redes en las dismorfias que sufren los pacientes al hacer determinadas peticiones?

R. Elevada. Hoy en día las redes sociales, la publicidad, los selfis, YouTube... Todo eso conduce a

imágenes que son totalmente contradictorias y muchas veces engañosas. En mi consulta tengo un determinado perfil de pacientes que saben que si me entregan una foto les voy a decir que posiblemente no le voy a dejar ni el pecho, ni la nariz, ni los ojos de la foto.

P. Pero suelen insistir y acaban buscando el resultado en otro profesional, ¿no?

R. Pero si todos los cirujanos de verdad actuamos igual, no pasa. Hay mucha gente que te pregunta si no podemos reproducir el resultado y estoy totalmente en contra de eso. Nosotros no podemos hacer lo que queremos, lo que tenemos es una base (el paciente) y lo que podemos hacer es corregirla y modificarla. Pero bajo los cánones de esa base no podemos cambiar el color de la piel, ni mejorar la edad.

Es decir, hay una serie de circunstancias que no podemos modificar. Por tanto, hay que explicar al paciente siempre el resultado que puede esperar.

P. ¿Cada vez es más frecuente ver adolescentes y jóvenes en las consultas?

R. Cada vez más jóvenes, sí. Una chica de 22 años vino a la consulta a ponerse bótox. Tras mi negativa me dice: «Si no me lo pones, me iré a la clínica de enfrente». Le dije que no había problema. Mi ética personal me dice que el bótox es para quitarte las arrugas y «tú no tienes arrugas». Pero estas cosas pasan. Vienen porque quieren prevenir las arrugas y eso no es así.

P. ¿Se abusa de este tipo de producto?

R. Personalmente pienso que el bótox es la droga del siglo XXI. No hay nada con su efecto que se emplee en tantas especialidades como la toxina botulínica. Pero hay que saber ponerla, claro, hay conocer las dosis y dónde pincharla para evitar tener problemas. Una de las principales complicaciones de un mal uso es que se te caiga el párpado superior, ptosis palpebral. Uno puede bajar a la peluquería a que se lo pongan y eso no puede ser.

P. Con todo, hoy se aboga por el body positive, pero la belleza natural no cala y siempre se recurre antes al bisturí que al ejercicio. ¿Cómo se combinan las dos cosas?

R. Hay que cuidarse mucho, con ejercicio, con una buena alimentación, con una buena salud mental...

"Hay un perfil psicológico de pacientes a los que hay que decirles que no. Con ellos hay que establecer una línea roja"

"Siempre he estado en contra del turismo sanitario. Para cualquier tipo de medicina y también para la cirugía plástica"

intentando mejorar y corregir sus defectos. La gente debe entender que nosotros no banalizamos la profesión.

P. Uno de los obstáculos es que esto se ve sólo como un negocio sin más...

R. Mucha gente con dinero monta una clínica privada. No siempre lo hace en las condiciones adecuadas ni regladas.

P. Otro de los problemas es que la sociedad no distingue entre especialidades. ¿Qué diferencias hay entre la medicina estética y la cirugía plástica?

R. Son dos cosas totalmente diferentes. Una cosa es la cirugía plástica, estética y reparadora que hacemos los cirujanos plásticos y para la que utilizamos el bisturí con el desarrollo de nuestras técnicas.

Otra es la medicina estética, que hoy en día hacen muchos especialistas, algunos bien formados, otros menos formados.

P. Por eso también es importante que se reconozca como una especialidad médica.

R. Sí, de momento no está considerada como tal. Siempre digo que uno tiene que documentarse y saber si la persona está capacitada para realizar ese tipo de tratamiento. Veo cómo en cualquier sitio sin



ADVERTENCIA.

Antes de someterse a una intervención, "uno debe informarse siempre de dónde y en qué manos se pone"

DIFERENCIAS.

"Hay que tener en cuenta que la cirugía plástica y la medicina estética son dos cosas totalmente diferentes"

LOS BULOS ALIMENTARIOS QUE NOS SEGUIMOS TRAGANDO

Nutrición. Si hay un terreno abonado para que florezcan los mitos y las falsas creencias, ése es el de la alimentación. Desmontamos algunas de las patrañas más arraigadas de la mano del reconocido divulgador Miguel Ángel Lurueña, experto en Tecnología de los Alimentos

Por Cristina G. Lucio. Ilustración de Eva Cerdá Sancho

Si ya tiene usted una edad seguro que se acuerda de aquellas cuartillas, fotocopiadas cientos de veces, que supuestamente advertían de una larga lista de aditivos alimentarios peligrosos. Algunas de aquellas hojas que pasaban de mano en mano incluso incluían los productos de consumo habitual que se debían evitar por contener esas sustancias calificadas, como mínimo, de «cancerígenas». Era un bulo, una patraña que no tenía ni un ápice de veracidad por más que asegurara estar avalada por el hospital de turno. Sin embargo, se extendió como la pólvora en la España que dejaba los 80 y arrancaba los primeros 90.

Lo recuerda bien Miguel Ángel Lurueña, doctor en Ciencia y Tecnología de los Alimentos y reconocido divulgador. Desde el inicio de su carrera ha trabajado para desmontar los mitos y falsas creencias que, como este bulo, han florecido en torno a la alimentación: «Me acuerdo perfectamente de que vi por primera vez aquella cuartilla pegada en la nevera de casa de un amigo. El aditivo más peligroso que se señalaba se supone que era el E-330, que se asociaba con todo tipo de problemas. Pero en realidad, el E-330 es ácido cítrico, como el que podemos encontrar en un limón. No se ha podido encontrar muy bien el origen del bulo pero todo apunta a que era un boicot que organizaron trabajadores de una fábrica de refrescos franceses».

“En alimentación, el concepto ‘natural’ no tiene sentido. Esa Arcadia bucólica donde todo era saludable y seguro nunca ha existido. Y ese granjero de peto impoluto sólo existe en la publicidad”

Aquello no tenía nada de cierto, subraya Lurueña. Pero muchos se lo tragaron y aún pueden encontrarse versiones de aquel embuste en Internet.

La explosión de las redes sociales ha contribuido en muchas ocasiones a dar alas a esos mitos sobre la alimentación que hace décadas que nos confunden, aparte de potenciar otros nuevos. Por eso, en su última obra, *Del ultramarinos al supermercado* (Destino), Lurueña desmonta falsas creencias en torno a la alimentación que siguen instaladas en

muchas mentes, además de recorrer los recuerdos, sabores y costumbres de toda una generación.

EL ZUMO Y LAS VITAMINAS. «Mi madre, como muchas madres en los 80 –Lurueña nació en 1978– me hacía beberme el zumo recién exprimido por aquello de que ‘se le iban las vitaminas’». Pero, aunque esta creencia todavía está muy extendida, lo cierto es que es un mito, explica el especialista. En realidad la vitamina C es mucho más estable de lo

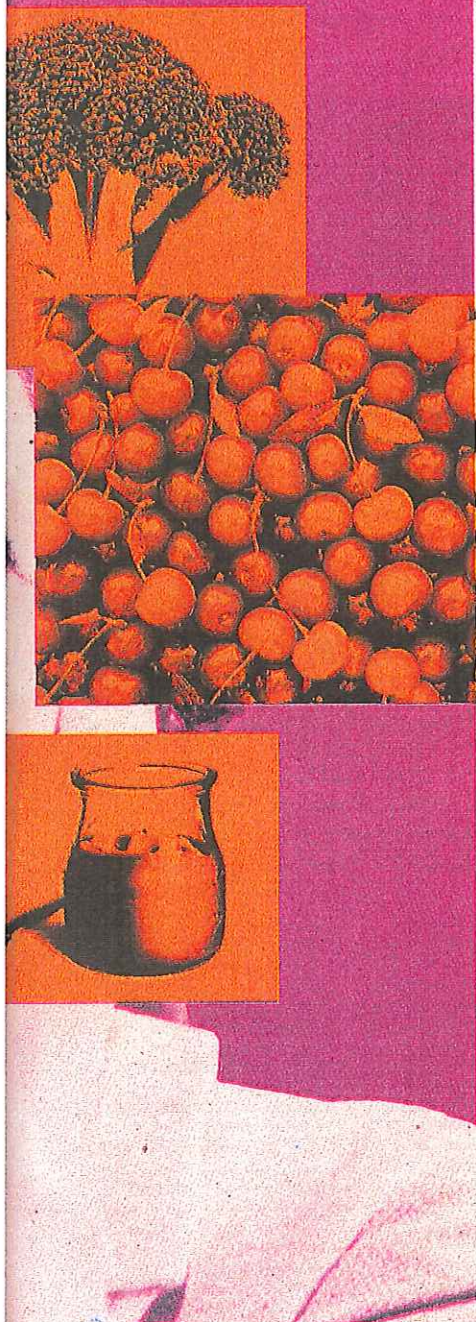
que estima el imaginario colectivo, y aunque esperemos 12 horas para bebernos un zumo de naranja, el contenido en este nutriente seguirá prácticamente intacto. Eso sí, transcurrido ese tiempo es muy probable que el jugo esté menos fresco, más amargo y con un sabor más acartonado, porque gran parte de los compuestos volátiles responsables del aroma y del sabor se habrán transformado o perdido.

¿ES LO NATURAL MÁS SANO? La citada cuartilla que advertía sobre los supuestos peligros de los aditivos es un ejemplo paradigmático de otra falsa creencia muy popular, la que rechaza todo desarrollo industrial aplicado a la alimentación y aboga por volver a «los orígenes», a un supuesto pasado idílico y natural. «Esa Arcadia bucólica donde todo era saludable y seguro nunca ha existido», zanja



SALUD

13



Lurueña. «El concepto natural, de hecho, no tiene ningún sentido en este caso. Porque sustancias como el veneno de serpiente son naturales, lo que no las hace seguras, precisamente. El alejamiento del mundo rural y de la naturaleza explica en gran parte el predominio de esa visión romántica en torno a los alimentos y su producción, que además se ve potenciada por la publicidad. Pero ese granjero de peto vaquero impoluto y con sombrero de paja sólo existe en los anuncios, igual que lo que se suele entender por natural».

¿QUÉ PASA CON EL ALCOHOL EN LOS GUISOS? Muchas personas están convencidas de que el alcohol que muchas recetas incorporan para aportar aroma y sabor se evapora por completo con la cocción. Sin embargo, no es así. «Por ejemplo, si añadimos un vaso de vino a un guiso y hervimos

durante cinco minutos, al final del proceso sólo se habrá evaporado un 0,9% del alcohol y en el guiso quedarán casi ocho gramos. No es una cantidad muy elevada, sobre todo si se va a repartir entre muchos comensales, pero es importante tenerlo en cuenta, sobre todo en el caso de personas vulnerables que deben evitar de forma estricta su consumo, como embarazadas o niños», plantea el experto.

LAS GOMINOLAS, HECHAS DE PETRÓLEO. Este mito, que Lurueña utilizó para bautizar su blog de divulgación y su nombre en redes, «se decía mucho». «Muchas gente se lo creía por el aspecto y la textura gomosa de estas chucherías», explica el especialista. Pero no tiene absolutamente ningún fundamento: Estos productos suelen formularse a partir de pectina, que se obtiene de las frutas; agar-agar, que proviene de las algas; y principalmente, gelatina. «Se trata de una sustancia formada por colágeno, una proteína que se encuentra en el tejido conjuntivo de los animales», relata.

¿EL CHICLE SE PEGA A LAS TRIPAS? Esta falsa creencia, muy popular en los 90, se sigue escuchando. Los chicles, tal y como explica Lurueña en el libro, se elaboran añadiendo aromas, colorantes y edulcorantes a una goma base, que puede ser de origen natural y sintético. «Nuestro organismo no es capaz de metabolizar esas gomas, así que en caso de tragarnos un chicle, saldrá de nuestro cuerpo igual que entró». La única realidad a la que se agarra el mito, explica Lurueña, es que «si tragamos una cantidad considerable de chicles en un corto espacio de tiempo se pueden acumular en nuestro tracto intestinal, formando una masa sólida llamada bezoar que podría ocasionar una obstrucción intestinal». Pero tendría que tratarse de un gran número de chicles en poco tiempo, y en ningún caso los chicles que nos tragamos van a pegarse a las tripas.

LAS SEMILLAS Y LA APENDICITIS. Otro mito que sigue circulando es el que plantea que tragarse los huesos de las cerezas o las semillas de la sandía puede

causar apendicitis. Sin embargo, Lurueña aclara que según las investigaciones que se han realizado al respecto es poco probable que esta práctica tenga alguna relación con la apendicitis. «Para hacernos una idea, un estudio analizó el apéndice de casi 2.000 personas operadas y sólo encontró restos vegetales sin digerir en una de ellas, es decir, en un 0,05% de los casos. Además, esos restos no eran de cereza ni de sandía, sino de otros vegetales, como naranja, melón, higo, cebada, avena, cominos o nueces». En definitiva, no hay ninguna prueba de que la apendicitis pueda originarse por tragar huesos o semillas de frutas.

LA REALIDAD DE LOS REFRESCOS SIN AZÚCAR. Numerosos estudios han demostrado en los últimos años los perjuicios y riesgos asociados al consumo habitual de refrescos con azúcar. Esto ha provocado que muchas personas se pasen a las versiones *zero* o *light*, que consiguen proporcionar un sabor dulce a la bebida a través de los edulcorantes. «Con esto podría parecer que el problema está resuelto, pero el consumo habitual de refrescos sin azúcar tampoco es recomendable», recuerda Lurueña. «Para empezar se trata de bebidas que no aportan nutrientes de interés y su consumo puede desplazar el de otras bebidas mucho más interesantes nutricionalmente, como el agua. Además, pueden dificultarnos el seguimiento de una dieta saludable, porque normalmente asociamos su consumo con el de otros productos insanos», detalla el especialista, quien además recuerda que «tampoco debemos olvidar



MARKETING. El nombre importa. La freidora de aire es en realidad un pequeño horno con un ventilador. No frie; hornea.

DIETA. El desayuno no es la comida más importante del día ni tiene que contener si o sí productos como lácteos y cereales.

ALMACENAJE. No todo está mejor guardado en la nevera. Cebollas, ajos, y frutas como plátanos o aguacates, mejor fuera.

que el consumo habitual de refrescos podría dañar el esmalte dental, porque se trata de bebidas relativamente ácidas». Por otro lado, también añade que aunque los edulcorantes son sustancias seguras, eso no significa que sean inocuos. «Hay estudios que apuntan a que podrían causar ciertos efectos adversos, por ejemplo, sobre la microbiota intestinal», dice Lurueña, quien también subraya que alteran nuestro gusto por el sabor dulce, dificultando que se dé prioridad a los alimentos saludables.

OJO CON LOS APERITIVOS DE MAÍZ. Estos *snacks* tipo gusanitos se ofrecen habitualmente a los niños pequeños porque son fáciles de comer y suelen gustarles. Además, en comparación con otras chucherías, su lista de ingredientes suelen ser corta y con ingredientes reconocibles: maíz, aceite de girasol y sal. «El problema con esta costumbre es sobre todo educacional», plantea Lurueña. No hay riesgos en comer este tipo de aperitivos; pero hay que dejar claro que no son saludables, como muchas personas creen. «Están compuestos básicamente por harinas refinadas, grasa y sal, no aportan nutrientes de interés y además pueden desplazar el consumo de alimentos que sí son saludables». Si en vez de una fruta, les damos a los niños este tipo de productos de manera habitual, estaremos acostumbrándoles a esos sabores intensos en lugar de enseñarles a apreciar los sabores y las texturas de los alimentos más sanos. «Muchas veces nos centramos únicamente en la composición de los productos», dice. «Pero hay que tener en cuenta también estos otros aspectos que también pueden influir en la adquisición de los hábitos saludables».

NINGÚN LÁCTEO POTENCIARÁ SUS DEFENSAS. Por más que la publicidad lleve años sugiriéndolo, no es real. Estos productos se basan en un truco legal para poder afirmar que «contribuyen al normal

“Los refrescos sin azúcar no resuelven el problema. Tampoco son recomendables. No aportan nutrientes de interés y su consumo desplaza el de bebidas nutricionalmente más interesantes, como el agua”

funcionamiento del sistema inmunitario». La razón no está en ninguna bacteria especial, sino en la adición de vitamina D y vitamina B9, que están presentes de forma natural en otros alimentos habituales, como la leche o el pescado.

COMER INSECTOS, UNA CUESTIÓN CULTURAL. En 2018, la Unión Europea avaló la consideración de los insectos como «nuevos alimentos», lo que causó un importante revuelo. En este sentido, hay que recordar que este consumo es habitual en algunas culturas y que, además, aunque no seamos conscientes, «los insectos ya son habituales en nuestra dieta», señala Lurueña en el texto. Es el caso, por ejemplo, de algo tan tradicional como la miel —«se forma a partir de la regurgitación del néctar que las abejas toman de las flores»—, pero también de algunos colorantes, como el ácido carmínico, que se aísla a partir de la cochinilla *Dactylopius coccus* y se emplean en embutidos y confituras o en los lápices de labios. Otro ejemplo que cita Lurueña es la goma laca, también denominada con el código B904, una sustancia resinosa que secreta la cochinilla *Kerria lacca* y que se emplea como agente de recubrimiento en diferentes alimentos. «Por ejemplo, en frutas cumple la función de mejorar el aspecto y reducir la transpiración, aumentando así su duración, mientras que en productos de confitería evita que se derriiten y resulten pegajosos». Otros ejemplos de esta contribución de los insectos son el queso alemán milbenkäse o el francés mimolette, que se elaboran con ayuda de ácaros.