

DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

OCTUBRE - NOVIEMBRE

2025

EL ÁLBUM DE LAS 'LOCAS'

Jean-Martin Charcot tomó estas imágenes en el siglo XIX. Famoso neurólogo por sus estudios sobre la histeria, convirtió un hospital de París, con más de cinco mil mujeres —entre ellas, pobres, epilépticas, prostitutas y alcohólicas—, en su laboratorio.



**GRANDES
MALENTENDIDOS
DE LA CIENCIA**

Histeria: CUANDO EL ÚTERO VIAJABA POR EL CUERPO

CORREAS, HIPNOSIS, CORRIENTES ELÉCTRICAS... EL MÉDICO FRANCÉS JEAN-MARTIN CHARCOT CONVIRTIÓ EL TRATAMIENTO CONTRA LA LOCURA FEMENINA EN TODO UN ESPECTÁCULO SOCIAL. LAS MUJERES —DECÍA— SUFRÍAN CONVULSIONES, AHOGOS Y ESPASMOS A CAUSA DE SU DÉBIL NATURALEZA Y SUS PULSIONES SEXUALES. BIENVENIDOS A LA HISTORIA DE LA HISTERIA, UNA ENFERMEDAD QUE INVENTARON LOS GRIEGOS Y... QUE JAMÁS EXISTIÓ. POR CARLOS MANUEL SÁNCHEZ

PARÍS, HOSPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE, 1878.

El anfiteatro está abarrotado con médicos de toda Europa, estudiantes y curiosos que han conseguido invitación para las famosas «lecciones de los martes». En el centro del auditorio, Jean-Martin Charcot —el neurólogo más prestigioso de Francia— se prepara para una de sus célebres demostraciones clínicas. «Señores —anuncia—, hoy observarán las manifestaciones de la histeria femenina». Hace una seña hacia las enfermeras y aparece Augustine, una joven con el uniforme gris de las internas que se ha convertido en la paciente más fotografiada de la medicina europea.

EL ÚTERO ERRANTE

●●● Durante más de dos milenios, desde Hipócrates hasta 1980, la histeria femenina fue un diagnóstico habitual. Los griegos creían que el útero era un órgano móvil que vagaba por el cuerpo. Cuando una mujer no tenía relaciones sexuales o no se quedaba embarazada, este útero 'seco' se desplazaba buscando humedad, presionando órganos y causando ahogos, convulsiones y locura. El término 'histeria' viene del griego *hystera*, 'útero'. Los médicos colocaban sustancias aromáticas en la vagina para 'atraer' al útero errante de vuelta a su sitio; o sales nauseabundas en la nariz para 'repelerlo' hacia abajo.

Esta teoría absurda encajaba con la idea de que las mujeres eran seres defectuosos. Cuando la histeria desapareció del manual diagnóstico psiquiátrico en 1980, no fue porque se hubiera →



encontrado una cura, sino porque se reconoció que no era una enfermedad real.

Charcot, hijo de un fabricante de carruajes parisino, había escalado desde orígenes humildes hasta convertirse en un médico famoso. Su personalidad era tan teatral como sus métodos. En 1862, a los 37 años, fue nombrado médico jefe de la Salpêtrière, un enorme complejo hospitalario parisino que albergaba a más de cinco mil mujeres: prostitutas, indigentes, dementes y todas aquellas que la sociedad había decidido clasificar como problemáticas. Charcot lo transformó en su laboratorio. Sus famosas «lecciones de los martes» se convirtieron en eventos sociales. Los escritores Guy de Maupassant y Marcel Proust y la actriz Sarah Bernhardt eran asistentes habituales.

AUGUSTINE: LA PACIENTE PERFECTA

●●● El caso más famoso de Charcot fue el de Augustine (Louise Augustine Gleizes), que llegó a la Salpêtrière en 1875, a los 14 años, tras sufrir abusos sexuales. Charcot la convirtió en su caso principal, fotografiándola durante sus supuestos «ataques histéricos». Pero Augustine no padecía ningún trastorno: era una adolescente avisada que había comprendido que su supervivencia dependía de dar a los médicos lo que ellos esperaban ver. En 1880 escapó disfrazada de hombre y desapareció para siempre.

Charcot consideraba que la hipnosis era la prueba definitiva de que la histeria era una enfermedad neurológica real. Durante sus demostraciones hipnotizaba a sus pacientes y les sugería síntomas específicos que ellas reproducían. Luego presentaba estas actuaciones inducidas como evidencia científica.

LA TEORÍA SEXUAL QUE ESCANALIZÓ A EUROPA

●●● Sigmund Freud llegó a París en 1885, por entonces un desconocido neurólogo vienés de 29 años. Había conseguido una beca para estudiar con Charcot. El padre del psicoanálisis quedó fascinado por las demostraciones de su maestro. En sus cartas a Martha Bernays, su prometida, describe con admiración casi religiosa la genialidad de Charcot. «A veces salgo de sus lecciones como si saliera de la catedral de Notre-Dame».

Freud regresó a Austria convertido a la causa de la histeria, pero con un problema práctico: Viena no tenía población suficiente de mujeres histéricas para sostener una práctica médica especializada. Su solución: ampliar la definición de histeria para incluir casi cualquier problema emocional femenino. También desarrolló la idea de que toda histeria tenía origen sexual, generalmente en traumas de la infancia.

En la segunda mitad del siglo XIX, el neurólogo estadounidense Silas Weir

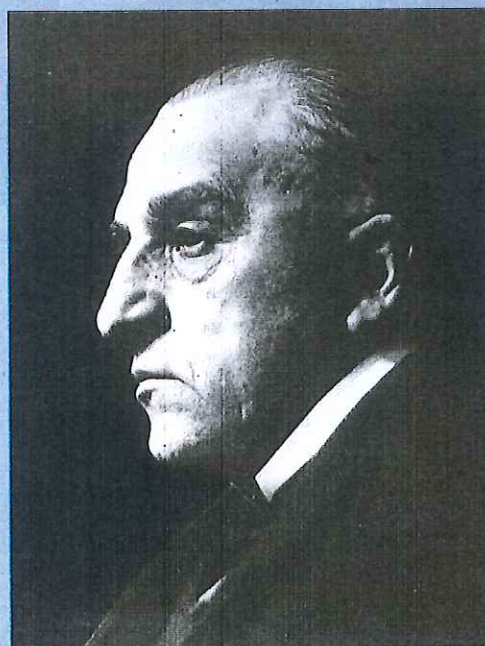


**LOS CIRUJANOS DESARROLLARON UNA
SOLUCIÓN AÚN MÁS RADICAL CONTRA
LA HISTERIA: EXTRAER LOS ÓRGANOS
REPRODUCTIVOS FEMENINOS**



LO QUE MANDE EL DOCTOR

La paciente más famosa de Charcot fue Augustine, que llegó al hospital en 1875. El doctor la fotografiaba en supuestos ataques histéricos. La muchacha, en realidad, no padecía ninguna enfermedad, solo luchaba por su supervivencia.



EL 'SHOW' DE LOS MARTES

Arriba: Charcot. Sus famosas «lecciones del martes» en el hospital Salpêtrière eran auténticas representaciones clínicas, con público nacional e internacional. Uno de sus discípulos fue Freud, que convirtió la histeria en la puerta de entrada al inconsciente.

Mitchell desarrolló el tratamiento de reposo que se convirtió en la terapia estándar para mujeres histéricas durante más de 40 años. Aislamiento total, prohibición de leer, escribir, levantarse de la cama o recibir visitas durante semanas o meses. Mitchell creía que la histeria se originaba en el agotamiento nervioso causado por demasiada actividad intelectual. Su cura consistía en reducir a las mujeres a un estado de dependencia infantil hasta que

'recuperaban' su feminidad natural. Las pacientes eran alimentadas a la fuerza, engordadas deliberadamente, y mantenidas en camas con correas.

Los cirujanos decimonónicos desarrollaron una solución aún más radical para la histeria: extraer quirúrgicamente los órganos reproductivos femeninos. Entre 1872 y 1890, miles de mujeres americanas fueron sometidas a esta mutilación. La mortalidad quirúrgica era del 20 o el 30 por ciento, pero los médicos consideraban

que valía la pena arriesgar su vida para curar su «depravación moral». Las mujeres que sobrevivían dejaban de mostrar síntomas no porque sus úteros hubieran estado causando problemas, sino porque la castración quirúrgica las sumía en una especie de apatía hormonal severa.

En los años cincuenta, William Masters y Virginia Johnson comenzaron los primeros estudios rigurosos sobre el deseo sexual femenino. Johnson, →

Y LLEGÓ EL ÓRGASMO FEMENINO

Virginia Johnson —diagnosticada ella misma con tendencias histéricas— estudió la respuesta sexual humana en los años sesenta, grabando reacciones reales en su laboratorio. Sus investigaciones demostraron que el placer femenino tiene fases fisiológicas propias y que las mujeres pueden experimentar múltiples orgasmos. Desmontó siglos de prejuicios. ●



que había sido diagnosticada con «tendencias histéricas», dismantló algunos dogmas freudianos. Sus experimentos mostraron que el llamado 'paroxismo histérico' no era sino una respuesta fisiológica natural que había sido convertida en patología por médicos que no entendían la anatomía sexual femenina básica.

Cuando se publicó el DSM-III (*Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*) en 1980, la histeria desapareció como enfermedad. Los síntomas que anteriormente se metían en el saco de la histeria fueron redistribuidos entre otros trastornos: de ansiedad, del estado de ánimo, de conversión (síntomas físicos reales como parálisis o ceguera sin causa médica detectable) y disociativos (desconexión entre memoria, identidad o percepción tras traumas severos). Esta reclasificación reveló que la histeria había sido un contenedor diagnóstico para decenas de síntomas cuyo único punto en

común era que afectaban a mujeres. La psiquiatra Carol Nadelson fue una de las voces que advirtió sobre el sesgo de género, señalando que la histeria funcionaba como una forma de control social.

EL SESGO DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO

●●● Los médicos actuales aún muestran un cierto sesgo al evaluar síntomas cuando son mujeres las que los padecen, especialmente dolor crónico, fatiga y problemas emocionales. Las mujeres tienen un 50 por ciento más de probabilidad que los hombres de ser diagnosticadas con trastornos 'psicosomáticos'. Las enfermedades autoinmunes, que afectan sobre todo a mujeres, fueron durante décadas desestimadas como 'histeria moderna' porque los médicos no podían encontrar causas obvias para los síntomas. Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y

lupus tardaron décadas en ser reconocidas como enfermedades reales porque la profesión médica había heredado la tendencia a ver los problemas de salud femeninos como psicológicos en lugar de físicos.

LAS 'MADRES NEVERA'

●●● Bruno Bettelheim popularizó en los años sesenta la teoría de que el autismo infantil era causado por 'madres nevera', mujeres emocionalmente frías que dañaban psicológicamente a sus hijos. Esta teoría, derivada de las ideas freudianas sobre la histeria, culpó a miles de madres por la condición neurológica de sus hijos. Bettelheim dirigía una escuela en Chicago donde aplicaba una parentectomía completa: separación total del niño de la madre. Los niños vivían institucionalizados durante años, sometidos a terapias para 'descongelarlos' emocionalmente. Los métodos incluían forzar contacto visual prolongado, impedir comportamientos repetitivos característicos del autismo mediante correajes y aplicar castigos para eliminar conductas consideradas anormales.

No fue hasta los años ochenta cuando la investigación genética demostró que el autismo tenía orígenes neurobiológicos, no psicológicos. Es decir, que el cerebro de las personas autistas está cableado de forma diferente desde el nacimiento por factores genéticos y del desarrollo prenatal, no por traumas emocionales ni por el comportamiento de sus madres. Para entonces, miles de familias habían sido destruidas por una teoría que simplemente reciclaba el viejo diagnóstico de histeria femenina con un nuevo disfraz. ■

La ciencia española apresura su salto a la empresa: **"Hace 20 años esto no existía"** **página 8**

Cegasa, la vasca que planta cara al imperio del litio chino: **"Está en juego la seguridad"** **página 20**

Objetivo 'millenial': los herederos del **trasvase de la riqueza** **página 35**

"La IA va a acelerar el desarrollo clínico y las compañías, los hospitales y la sociedad se van a beneficiar de ello"

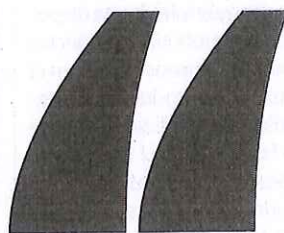
JOAQUÍN DUATO
CEO de Johnson&Johnson
(PÁGINA 14)

ACTUALIDAD ECONÓMICA

Desde 1958

La revista de economía de El Mundo. Nº 3477. Semana del 2 al 8 de noviembre de 2025





Europa y España deben ampliar sus mercados de capitales para mejorar el acceso a los fármacos”

JOAQUÍN DUATO

Desde el otro lado del Atlántico, el CEO español del coloso Johnson & Johnson, pone deberes para que el viejo continente recupere competitividad

Por **Pilar Pérez**

Fotografías de **Bloomberg** y **Sergio Enríquez Nistal**

Joaquín Duato (Valencia, 1962) se prodiga poco en los medios. Este valenciano afincado en EEUU lidera desde 2022 Johnson & Johnson (J&J), una de las mayores compañías de salud a nivel mundial, y prefiere ceder el foco a los logros de la firma. Su singularidad en el sector reside en su amplitud, al comercializar desde tratamientos biológicos punteros (como Concerta, contra el TDAH o Darzalex, contra el mieloma múltiple), hasta dispositivos para cirugía robótica y productos de autocuidado. "Somos únicos en el sector, ya que nos centramos tanto en los productos farmacéuticos como en la tecnología médica", puntualiza Duato, que recibe a *Actualidad Económica* en la sede de J&J en Madrid. "Hace mucho que no venía aquí, desde 2022", confiesa.

Hace una semana acaparó todos los focos en la gala donde recibió el premio al Empresario del Año que entrega la Cámara de Comercio España-Estados Unidos y allí recordó el "ingenio estadounidense" de los hermanos Johnson, que crearon unos suministros quirúrgicos estériles para evitar infecciones hace 140 años. De aquel germen, hoy existe un gigante centrado en seis áreas: oncología, inmunología, neurociencia, cardiovascular, cirugía y visión. Espera cerrar el año con una facturación de unos 93.000 millones (los últimos resultados afloran unos ingresos de 24.000 millones de dólares sólo en el tercer trimestre), ha invertido más de 55.000 millones en innovación para los próximos cuatro años y da trabajo a unas 138.000 personas en todo el mundo (1.500 en España).

Pocos pueden decir que conocen tan bien esta compañía como él. Lleva más de 36 años en ella y ha llegado a la cumbre poco a poco (*poc a poc*, como dicen en su tierra). "En todo ese tiempo, aprendes a cómo manejar mejor los problemas, cómo poder estar más centrado, tener las prioridades más claras y que las cosas no te hagan salir del camino que tú quieres", así resume su dilatada trayectoria dedicada al sector de la salud. Duato es uno de los ejecutivos españoles más influyentes del mundo, el octavo CEO en la historia de J&J y el "primero con doble nacionalidad española y estadounidense", destaca. También presume del *Credo* de la compañía: "Son valores que ya hemos interiorizado". Para el empresario, formado con un MBA en Esade (1985) y en la International Management por la Thunderbird School of Global Management, es "más que una simple brújula moral. Es una fórmula para el éxito empresarial".

Ese *Credo*, que resume la pasión por la medicina que heredó de su familia, pero también aspectos empresariales, está en la entrada de todas las sedes de la compañía. Duato lo mira con orgullo mientras posa para esta entrevista.

Pregunta. Tras el Covid, que fue para toda la industria un punto de inflexión, el marco geopolítico actual ha devuelto a las empresas de salud a la primera línea.

Respuesta. La industria de la salud tiene dos vertientes. Una, que es colaborar, curar enfermedades y problemas de

salud que tienen un impacto muy grande en la sociedad en todo el mundo, como, por ejemplo, el cáncer o la demencia. Y la otra, que también es un motor económico para muchos países, porque la economía de la salud y las industrias relacionadas con la biotecnología y la tecnología médica forman parte de la porción más avanzada de la economía y todos los países quieren tener un tejido industrial en esa área.

P. En el caso de J&J, ya no solo es una farmacéutica, sino que también ha incorporado toda la parte de tecnología y dispositivos que vuelven a estar en primera línea.

R. Somos una compañía especial en el sentido de que somos la única que combina tanto la tecnología y la ingeniería como la parte farmacéutica y de biotecnología. No hay otra que tenga el tipo de amplitud que tenemos, desde la robótica en la cirugía hasta la terapia celular. Y eso nos permite tener un impacto mayor en diferentes enfermedades.

P. ¿Esa amplitud de negocios les protege frente a los vaivenes políticos?

R. En 140 años hemos pasado por múltiples ciclos económicos y políticos y el convencimiento que tenemos es que lo que importa al fin y al cabo para una empresa como nosotros es en qué medida podemos desarrollar innovaciones que tengan un impacto en los pacientes. El resto de las cosas son temporales. Lo que realmente te da la orientación y el

éxito a largo plazo es poder tener innovaciones que tengan un impacto en los pacientes y que signifiquen un cambio en la vida de muchos de ellos, algunas veces salvando vidas y otras veces mejorando su situación.

P. Pero se acusa de que las reglas del juego no son las mismas a un lado y otro del Atlántico. La Administración de Donald Trump tiene unas normas y la Europa de los 27, otras. Y los incentivos no son los mismos allí que aquí.

R. Cierto. La innovación en medicina, tanto desde el punto de vista de tecnologías médicas como desde la de farmacia, requiere una serie de elementos que trabajan juntos. Requiere que haya uni-

versidades, centros de investigación y hospitales que sean los que hagan los descubrimientos médicos. Para que éstos se hagan más grandes y se puedan escalar se precisa que haya inversores que quieran invertir en la parte de medicina y un mercado de capitales que invierta. Luego, al mismo tiempo, también requiere que haya un mercado interior que reconozca la innovación para que estos inversores quieran apostar por las ciencias de la vida (*Life Sciences*).

P. Entonces, ¿quién cumple con estos tres elementos tiene más éxito?

R. EEUU es un entorno que combina estos tres elementos: la parte científica, con el mercado de capitales y el mercado interior que da una recompensa a esas inversiones. Eso hace que, desde el punto de vista de las compañías de salud, EEUU tenga un liderazgo mundial y, como consecuencia, también las compañías americanas. Efectivamente, hay cambios geopolíticos en nuestro terreno que debemos contemplar. China es un país que está invirtiendo mucho en salud, tanto en tecnología médica como en la parte de biotecnología; está presentando avances, aún no al nivel de EEUU, pero que empiezan a tener más importancia.

P. ¿Cómo queda el viejo continente en este momento? ¿Y España?

R. España, como parte de Europa, tiene gran talento, desde el punto de vista médico y científico. España, por ejemplo, es el país en nuestra compañía en el que hacemos más ensayos clínicos en Europa y tiene en muchas áreas terapéuticas centros de excelencia a nivel mundial. Y algunos de los jefes del departamento de estos centros de excelencia son los investigadores principales en algunas de nuestras líneas de investigación más avanzadas. Desde este punto de vista, España y Europa cuentan con gran potencial científico.

P. ¿Qué elemento clave falta en la ecuación en Europa?

R. Tiene un mercado de capitales menos amplio que el de EEUU y, al mismo tiempo, luego tiene un mercado interior que es diferente al americano, que crea problemas de acceso a los medicamentos y hace que las terapias tarden más tiempo en llegar a los pacientes. Creo que Europa y España, para mejorar, tienen que enfocarse en un mercado de capitales más abierto y en mejorar el acceso a las terapias innovadoras.

P. ¿Qué repercusiones podrán



Los aranceles en nuestro sector aún están por definirse. Ya veremos lo que sucede al final"

➤ tener las políticas arancelarias del gobierno de Donald Trump?

R. Los cambios arancelarios en nuestro sector aún están por definirse, o sea que es difícil comentar cómo nos van a impactar. Ya veremos lo que al final sucede. En general, después del covid-19, todas las empresas en todos los sectores repensaron cómo era su cadena de producción con la idea de tener la seguridad de poder tener continuidad en diferentes escenarios. Entonces, creo que es lo que se está viendo ahora. Todas las empresas, incluyendo a las de nuestro sector, tenemos que pensar en nuestra cadena de producción de manera que en cualquier momento podamos dar continuidad a nuestro suministro para que los pacientes puedan seguir teniendo los dispositivos médicos y las medicinas que tenemos. Nuestras cadenas de producción en general suelen ser globales, o sea, combinan diferentes aspectos en diferentes sitios, dependiendo de las habilidades que tengan esos países. Aún está por ver cómo la situación al final evoluciona, porque lo lógico en el sector de la salud y en otros sectores es tener mayor capacidad de poder sobrellevar diferentes *shocks* como el que tuvimos en pandemia y tener la seguridad de que podemos darle continuidad a nuestro suministro.

P. La ciencia avanza sin importar los obstáculos económicos, ni políticos. En alguna ocasión ha dicho que estamos ante un nuevo ciclo de innovación médica y eso nos sitúa ante uno de los mayores retos porque en los últimos años se han dado muchísimos más avances que en el siglo anterior. ¿Cómo se afronta?

R. La velocidad y la cantidad de innovación se ha acelerado de forma muy significativa y por eso a veces digo que igual veremos más avances en la próxima década que los que hemos visto en los últimos 100 años. Se trata de una combinación de los avances en entender mejor el origen de las enfermedades en biología básica, al mismo tiempo combinados con tecnologías que hacen que podamos analizarlo todo. El sector de la salud es muy rico en datos, cantidades ingentes. Todas esas tecnologías aplicadas a los dispositivos médicos los hacen más inteligentes. En conjunto, eso va a hacer que encontremos más dianas terapéuticas en la parte farmacéutica y en la parte de tecnología, que hagamos que todos los dispositivos médicos sean más inteligentes. Por ejemplo, los que utilizamos en la cirugía robótica, que mejoren sus resultados y la calidad de vida de los pacientes.

P. ¿Cuáles son los avances que marcan puntos de inflexión?

R. Ya estamos viendo cómo en algunas patologías que ahora se consideran incurables, estas pueden convertirse en enfermedades semicrónicas. En algunas áreas, por ejemplo, como es el mieloma múltiple (donde estamos muy enfocados), la esperanza de vida de los pacientes con la combinación de terapias ya excede los 10 años.

En pacientes sin ninguna otra opción, hasta un tercio de ellos están viviendo sin enfermedad más de cinco años con una sola administración de terapia celular. Trabajamos por extender la vida a los pacientes en el cáncer de una forma muy significativa. Lo estamos haciendo también en el cáncer de

“

La combinación de las tecnologías médicas y los medicamentos es menos del 20% del presupuesto en salud”

pulmón, donde tenemos recientemente aprobada por la EMA (Agencia Europea del Medicamento) una modalidad sin quimioterapia y estamos en proceso de luz verde también en España. Además, tenemos anticuerpos biespecíficos y radioconjugados, que hacen que lleves la radioterapia directamente a la célula cancerosa.

P. Pero aún hay avances que se resisten, como en las neurodegenerativas, como el Alzheimer. ¿Cuáles son los planes de su compañía aquí?

R. El área de neurociencias es importante para

Johnson & Johnson. Tal vez es el área que necesita de más desarrollo, porque la comprensión de los mecanismos en el cerebro está más atrasada que en otras patologías. Sus avances vendrán de la

mano de la capacidad que tenemos de analizar cantidades ingentes de datos. Esto nos va a ayudar a encontrar más dianas terapéuticas, utilizar más modalidades y es probable que veamos evoluciones muy favorables en el tratamiento de la demencia y el Alzheimer, que es tan importante para la parte social.

P. Cuando la gente piensa en J&J no lo asocia tanto al desarrollo de tecnología. ¿Cuáles son sus puntas de lanza aquí?

R. Aquí hablamos de los dispositivos que acompañan a los médicos en los quirófanos, como la robótica. Los cirujanos que se enfrentan a diferentes procedimientos van a necesitar mejoras en sus capacidades de visualización, por ejemplo, en las cirugías mínimamente invasivas para poder ver lo que está haciendo en tres dimensiones y poder controlar los instrumentos a través del *joystick*. Nosotros tenemos mucho desarrollo en este ámbito.

P. De nuevo esto nos trae a la necesidad de inversión económica: estos avances hay que pagarlos, financiar-





los. ¿Cómo se asume este reto?

R. Hay que ver el efecto desde el punto de vista general. Por ejemplo, si escojo el ejemplo de la demencia: sus costes sociales son enormes. Si tuviéramos medicamentos o intervenciones con tecnologías médicas que evitaran su progresión, tendría un impacto social muy considerable. Efectivamente, los tratamientos y las terapias costarían, sí, pero al mismo tiempo tendrías ahorros desde el punto de vista social muy considerables y una mejora muy significativa en la calidad de vida de los pacientes. Todo hay que verlo de forma relativa. La combinación de las tecnologías médicas y los medicamentos representa menos del 20% del presupuesto en salud. Hay otros muchos elementos que tienen impacto en el coste de la salud en general.

P. ¿Qué papel va a jugar en el área de salud la inteligencia artificial?

R. Será más fácil diseñar algoritmos en la búsqueda más precisa y ágil de nuevas moléculas y dianas. Es probable que eso también nos ayude a optimizar nuestra investigación, especialmente en el

J&J, EN CIFRAS

EEUU. El impacto económico total en EEUU se estima en más de 100.000 millones de dólares al año. Ha previsto la construcción de 4 nuevos centros en el país.

Resultados. Ha cosechado 15.600 millones de dólares en ventas de fármacos y 8.400 millones en otros productos en el tercer trimestre de 2025.

Colaboración UE. Forman parte del Plan IDERHA, una iniciativa que busca crear una plataforma escalable para integrar diversos datos del mundo real.

Filial. España es el motor de la I+D+i en Europa: en 2023 invirtió 190 millones de euros (el 14,51% de ventas) y con un crecimiento entre 2017 y 2023 del 141,7%.

Apuesta. España cuenta con un Centro de Small Molecule Drug Discovery en Toledo. Es uno de los dos que hay en Europa, con un equipo de 40 científicos.

descubrimiento, la parte inicial del desarrollo. Cuando llevemos alguna molécula para que se vaya a probar en pacientes es muy probable que tengamos un porcentaje de éxito mayor: que sus efectos sean los deseados y tenga una menor toxicidad. Además, cuando desarrollas un fármaco, por ejemplo, la mayor parte del coste económico no está en la fase inicial de hallazgo, sino en el desarrollo clínico cuando haces los diferentes ensayos ya en pacientes. Esto probablemente se puede optimizar también con la inteligencia artificial, identificando mejor dónde están los pacientes, cuáles son los centros que van a reclutar mejor... La IA, yo creo que va a ayudar a acelerar el desarrollo clínico. Tengo mucha fe en que va a suponer una aceleración y que las compañías, los hospitales, el diagnóstico precoz y muchísimos otros aspectos de la sociedad se van a beneficiar de ello.

P. Este año, expirarán las patentes en EEUU de dos de sus medicamentos más exitosos recientes: Stelara y Simponi (sus ventas alcanzaron los 7.800 millones de dólares en 2024). ¿Qué nuevos esfuerzos o productos podrían reemplazarlos?

R. Este reemplazo es normal dentro de la industria farmacéutica: medicamentos con patente son sustituidos por genéricos. Esto hace que el mecanismo industrial y económico funcione, porque las patentes duran un periodo de tiempo y a partir de ahí hay una caída de precio muy significativa con los genéricos o, en el caso de biológicos, los biosimilares. Así, los gastos en farmacia se mantienen estables.

P. ¿Cuáles serán sus sustitutos?

R. En el portafolio de nuevos medicamentos tenemos al menos 20 terapias nuevas que pensamos enviar para su aprobación en los próximos cinco años. Este es nuestro recambio. En la industria de la salud todo es innovación cada década con la pérdida de las patentes. Esto fuerza también a que haya más inversiones.

P. Entonces, ¿habrá nuevas inversiones tanto en EEUU como en Europa a corto plazo?

R. Ya hemos anunciado un plan de inversiones en EEUU especialmente porque, saliendo del Covid, teníamos el objetivo de poder tener la capacidad de fabricar en nuestras regiones más importantes los medicamentos que consumimos y hemos anunciado un plan de inversiones en EEUU [55.000 millones de dólares durante los próximos cuatro años a través de la reciente firma de la Ley *One Big Beautiful Bill*]. En Europa seguiremos invirtiendo, por supuesto. Pero Europa, no solamente con J&J, tiene que pensar en los aspectos que comentaba antes: tiene que crear unas condiciones para que haya más inversores que quieran invertir. Y eso pasa también por tener un mercado que facilite el acceso de los medicamentos más rápidamente.

P. Una de las preguntas que les hacen a sus empleados cada año es si seguirán en la empresa al siguiente. ¿Cuánto tiempo se ve al frente de J&J? ¿Cuál sería su legado?

R. En general, más del 90% de los empleados de J&J globalmente dice que se quedaría. Obviamente son encuestas anónimas. Yo me quedo. Para mí es un orgullo ser el CEO, este será mi cuarto año; mis predecesores han estado bastante más tiempo. Me gustaría ser testigo de que pudiéramos traducir algunos de los avances en terapias que van a solucionar problemas en el cáncer y la demencia de forma significativa. ■

SORIA

El consejero anuncia el inminente comienzo de las obras de Soria Norte

Vázquez reitera que el Hospital Virgen del Mirón no se cerrará ya que forma parte del Complejo Hospitalario y recuerda los 750.000 euros destinados en los Presupuestos

VÍCTOR F. MORENO SORIA

El consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Alejandro Vázquez, anunció este martes, en el curso de la sesión plenaria de las Cortes de Castilla y León, el inminente comienzo de las obras del centro de salud Soria Norte, una de las grandes demandas sanitarias de la capital soriana que dura 18 años, desde que el Ayuntamiento cedió una parcela que se encuentra al lado del Mercadona de Santa Bárbara.

El consejero realizó este anuncio, «en unos días comenzarán las obras», señaló, durante una pregunta sobre sanidad a cargo del procurador de Soria Ya, Toño Palomar. Soria Norte culminaría la rehabilitación de los centros de salud tras las obras de ampliación emprendidas en La Milagrosa.

La adjudicación del Soria Norte recayó en la empresa Gestión y Ejecución de Obra Civil por un importe de 8 millones de euros, impuestos incluidos, firma con la que la Junta ya firmó el contrato. La obra tiene un plazo de 22 meses y contando la dotación posterior supondrá a la Junta una inversión de 10 millones de euros.

Por otra parte, El consejero reiteró que el hospital Virgen del Mirón de Soria no se cerrará, ya que forma parte del Complejo Hospitalario, y apuntó que el proyecto de presupuestos contempla una inversión de 750.000 euros para su renovación y para acoger la Unidad del Dolor Crónica.



Recreación del futuro centro de salud Soria Norte.

Además, a preguntas de la procuradora socialista Judith Villar, el consejero aseguró que una vez finalizadas las obras del hospital Santa Bárbara, la mesa para decidir el futuro del Virgen del Mirón se convocará en el último trimestre del este año y lamentó que al PSOCyL le «fastidie» que la Junta invierta en Sanidad. «A ustedes solo les interesa manipular a la población soriana, enredar, y mentir

lastimosamente. La Junta siempre cumple. No estamos parados. Trabajamos dar respuesta a las necesidades de los sorianos», afirmó, informa lcal.

Por su parte, Villar acusó al PP de desarrollar una política sanitaria a base de «proyectos electorales y de partidas presupuestarias que no se ejecutan». En este sentido, indicó que la Unidad de Radioterapia no arranca, que las

obras del hospital Santa Bárbara se iniciaron hace dos décadas y que los centros de salud solo avanzan cuando llegan las elecciones. «En Soria no avanzamos y el hospital Virgen del Mirón se desmorona», aseveró. Además, recaló que la partida del proyecto de presupuestos es solo «pura propaganda electoral» y lamentó que la Consejería de Sanidad «no quiera hablar con la sociedad soriana».

Reunión maratoniana de ZF con las posturas muy distantes

SORIA

ZF, la firma alemana que cuenta en Ólvega con una planta que da empleo a 480 trabajadores, llega a la última semana de las negociaciones por el ERTDE después de una maratoniana reunión en la jornada de este martes. Los encuentros tienen lugar en la localidad navarra de Corella, donde la firma tiene la sede social y emplea a cinco plantas repartidas por Navarra (3), Soria (1) y La Rioja (1).

Según informó la comisión negociadora sobre el contenido de esta reunión, «se ha solicitado formalmente a la empresa la presentación de una propuesta para intentar acercar posturas».

«La propuesta presentada hoy por la tarde (ayer para los lectores)», continúa el comunicado, «va a ser estudiada por la comisión negociadora, pero está lejos de los mínimos que constituirían un acuerdo aceptable».

Este jueves se celebrará la cuarta y última reunión en donde los sindicatos plantearán a la empresa «mejoras sustanciales» en aspectos del ERTDE que «para nosotros son fundamentales».

Precisamente, ZF llegó ayer a las Cortes de Castilla y León en una pregunta de Soria Ya sobre Losán. La consejera de Industria, Comercio y Empleo, Leticia García, señaló sobre la segunda que «siempre hemos apoyado a los trabajadores», y recordó que tanto la Junta como la Junta realizaron una aportación económica para que se mantuviera la actividad. García reconoció que «siguen los problemas».

El Premio de Poesía Leonor viaja hasta Santander y el Gerardo Diego para autores noveles, a Colombia

El escritor y exprofesor de la Escuela de Artes, Javier Parra, se alza con el máximo galardón

N. F. SORIA

Javier Parra Artime con la obra 'El jardín de los quietos' se ha alzado con el XLIV Premio Leonor, dotado con 10.000 euros, y la obra 'En un punto final hasta el tiempo', de Diana Carolina Gómez, es la ganadora del XLI Premio de Poesía Gerardo Diego, dotado con 5.000 euros.

Estas fueron las obras seleccionadas por el jurado entre las 15 finalistas que llegaron a la final y sobre las que se han elegido a las ganadoras de la convocatoria de este año que promueve la Diputación de Soria.

El ganador del Leonor, el escritor Javier Parra, es de Santander. Ha sido profesor de la Escuela de Arte de Soria y reconoció que ha escrito varias obras, pero la ganadora es la prime-

ras que presenta a un concurso.

La ganadora del Gerardo Diego, Diana Carolina Gómez (1983) es natural de Bucaramanga (Colombia), psicóloga política y ha sido profesora universitaria regional durante 10 años en ese país, como así ha dado a conocer ayer el diputado de Cultura de Soria, Enrique Rubio, que ha felicitado a los premiados y ha recordado que Diputación editará las publicaciones.

En el Premio Leonor, el jurado valoró «la congregación en este bestiario de múltiples presencias entre la reflexión, el humor, la muerte o la ternura», mientras que en el Gerardo Diego, destacó «el anuncio de una voz poética fuerte, fresca y audaz, donde la belleza y el sentido del humor se dan la mano». La Diputación de So-

ria ha registrado un récord de participación en la presente convocatoria de Premios de Poesía Gerardo Diego y Leonor, con 1.503 envíos recibidos, 485 envíos más que en la edición del año pasado que se recibieron 1.018.

Después de eliminar duplicaciones y errores los poemarios que entraron en concurso son un total de 1.174 originales, 222 más que en la edición del año pasado que fueron 952 las obras presentadas.

Los premios cuentan con una gran acogida, atrayendo a escritores de 34 países, frente a los 28 países de la edición anterior. Concretamente en esta edición los países desde donde han llegado los poemarios son Alemania, Argentina, Bélgica, Bolivia, Aus-

tralia, Brasil, Camerún, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, EE. UU., El Salvador, España, Francia, Guatemala, Honduras, India, Irlanda, Israel, Italia, Nicaragua, Marruecos, México, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, Suecia, Suiza, Uruguay y Venezuela.

En esta edición, la Diputación de Soria ha querido poner especial énfasis en el apoyo a los autores noveles, reconociendo el valor de las nuevas voces poéticas que garantizan el futuro de la literatura en español.

Los Premios Leonor y Gerardo Diego tienen una amplia proyección editorial, son mucho más que un reconocimiento a la excelencia literaria: constituyen un símbolo del compromiso firme con la cultura.

El Ayuntamiento de Valdeavellano de Tera asume medios personales y materiales y la puesta a disposición del centro.

El acuerdo consolida a Valdeavellano de Tera como nodo territorial de formación para personal de la Administración General del Estado, la Junta de Castilla y León y la administración local. Entre sus objetivos específicos figuran compartir el 'Espacio Valdeavellano' como sede de actividades formativas, educativas y culturales, así como favorecer el intercambio de información, experiencias y conocimiento en transparencia, innovación y servicio público.

El Ayuntamiento de Valdeavellano de Tera se compromete a mantener las instalaciones en condiciones óptimas, compartir espacios físicos y virtuales para la difusión y gestión de actividades, aportar medios y dar adecuada publicidad del carácter público de la financiación.

PROVINCIA

Rifirrafe en las Cortes por la obra del centro de salud de El Burgo

● Soria Ya critica el 'error de planificación' de la Junta al ubicarlo en terreno inundable y el consejero explica que se ha modificado la cimentación para 'reforzar la seguridad'

N. P. SORIA

Las obras y los problemas de inundabilidad de los terrenos para el centro de salud de El Burgo de Osma fueron ayer objeto de rifirrafe en las Cortes de Castilla y León entre el procurador de Soria Ya, Toño Palomar, y el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez.

El procurador soriano reprochó al ejecutivo regional el retraso de las obras del inmueble y los problemas de inundabilidad de la parcela sobre la que se asentará el edificio, al estar ubicada en una zona inundable, «la aparición de aguas en el solar no es un imprevisto sino un error de planificación», manifestó Palomar en su intervención en el pleno de las Cortes de Castilla y León.

En su contestación, Vázquez explicó que, a recomendación de los técnicos, se va a realizar una modificación para la cimentación de la parcela que se va a realizar con una losa continua de hormigón armado para distribuir las cargas de la nueva construcción y así reforzar la viabilidad y la seguridad. «Se está trabajando con los criterios técnicos», expresó el consejero en su contestación a Soria Ya.

En este sentido aclaró que antes de iniciar los trabajos de cimentación se han llevado a cabo varias catas profundas sobre el terreno, cuyo resultado ha llevado a reconsiderar el proyecto inicial que contemplaba capás aisladas sobre pilares de hormigón.

Vázquez aseguró que la Consejería de Sanidad que los problemas técnicos



Parcela inundada de agua en la se construirá el centro de salud en una foto cedida por Soria Ya. HDS

están resueltos y la construcción del centro de salud de El Burgo de Osma se encuentra en fase de ejecución y las obras estarán terminadas en el primer trimestre de 2027.

Recordó que la inversión supera los 6 millones de euros y el nuevo centro de salud de El Burgo ampliará los espacios y los servicios para los 5.700 pacientes del Área de Salud de El Burgo. Vázquez también anunció

que las obras de construcción del centro de salud de San Leonardo se encuentran en fase de licitación y en breve se sacará la ampliación y mejora para el centro de salud de Almazán.

El consejero reiteró que la Junta está trabajando en los proyectos sanitarios para Soria y «parece que lo que es bueno para los sorianos es malo para usted», le dijo Vázquez al

procurador de Soria Ya y le reprochó «hacer política de candil, pero eso es lo que tiene la proximidad electoral para los que viven del victimismo» y concluyó su intervención haciendo una advertencia a Palomar: «Hace años dijo en una entrevista que no estaba a sueldo del señor Martínez, tenga cuidado porque parece que está haciendo méritos para estarlo».

Convenio para a la gestión del centro de formación de Valdeavellano

SORIA

El Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó ayer la Resolución de 13 de octubre de 2025 del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) con la que se inserta el Convenio con la Diputación Provincial de Soria y el Ayuntamiento de Valdeavellano de Tera para la gestión compartida del uso del Centro de Formación, Cultura y Desarrollo "Espacio Valdeavellano" con fines formativos.

El Gobierno de España, a través del INAP, refuerza con este instrumento su papel como motor de la política de formación de los empleados públicos y como eje de cooperación interadministrativa. El texto sitúa al INAP como entidad responsable de coordinar las actividades; proporcionar apoyo técnico, administrativo y logístico; colaborar en la elaboración y difusión de materiales; promover y planificar las actuaciones formativas; y transferir conocimiento a través de cursos, reuniones técnicas, comunicaciones y publicaciones.

El Gobierno de España consolida en la provincia de Soria un ecosistema estable de capacitación pública que acerca la formación a los territorios, mejora la calidad del servicio y fortalece la cooperación entre administraciones desde un liderazgo claro del INAP.

El convenio fija una estimación económica total de 30.000 euros para su vigencia. El INAP aporta 20.000 euros y la Diputación Provincial de Soria contribuye con 10.000 euros. El Anpe

SANIDAD | VISITA

Vázquez: «La unidad de Radioterapia está plenamente operativa»

El consejero de Sanidad reitera que la Mesa para abordar la situación del Mirón se convocará en este último trimestre

ICAL/SORIA

El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, sostuvo esta semana que la Unidad de Radioterapia en Soria está «plenamente operativa», y señaló que, salvo que los pacientes requieran de alguna «técnica especial» que se proporcione en algún hospital de referencia, el tratamiento se dispensa desde la Unidad del Hospital Santa Bárbara. «Se ha empezado a dispensar en el mes de julio; tenemos un ritmo bastante adecuado y, sobre todo, no hay ningún paciente que requiera tratamiento radioterápico en Soria que no se le pueda dar el soporte», incidió.

Por otro lado, recalcó que la Mesa del Hospital Virgen del Mirón se reunirá antes de que

acabe este último trimestre del año, tal y como se comprometió, y señaló no entender «el nerviosismo» del PSOE respecto a la convocatoria, cuando ya se acordó que la reunión se produciría cuando finalizaran las obras en el Hospital Santa Bárbara.

El consejero realizó estas declaraciones en el marco de las III Jornadas de Investigación en Enfermería (Invescol) organizadas por el Consejo de Colegios Oficiales de Enfermería de Castilla y León, el Colegio de Enfermería de Soria y la Fundación Index que se celebra esta semana en el Aula Magna Tirso de Molina y que reúne a 250 profesionales. Precisamente en este marco, anunció que en la próxima Mesa Sectorial de Sanidad se

aprobará el aumento de 67 plazas a mayores de las ya previstas de Enfermería Especialista Familiar y Comunitaria con el objetivo de dar respuesta «más especializada» a los problemas que acarrea el envejecimiento y la cronicidad de la población mayor en Castilla y León.

UNA PLAZA POR CENTRO. Asimismo, señaló que la Consejería se marca como objetivo en los siguientes meses, tener una plaza de enfermera especialista por cada centro de salud para poder gestionar la cronicidad dentro del sistema sanitario y para promover la educación de los pacientes y conseguir romper ese binomio entre envejecimiento y cronicidad.

SORIA | 11

Fin de semana 25 y 26 de octubre de 2025 | El Día de Soria



/CONCHA ORTEGA/ICAL

Se dispensa «desde julio» a un «ritmo bastante adecuado»

El responsable del área de Sanidad de la Comunidad aprovechó su visita a Soria para conocer también el nuevo consultorio médico local que el Gobierno autonómico ha desarrollado en Garay en la «apuesta» de la Junta por tener una asistencia sanitaria en el medio rural «próxima y de calidad».

En su comparecencia ante los medios, el consejero de Sanidad defendió que desde Castilla y León se entregarán al Ministerio de Sanidad, toda vez que se disponga de la herramienta informática, los datos de los cribados de cáncer de mama dentro los márgenes que están pactados en el Consejo Interterritorial de Salud.

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad avanza en las obras de la primera unidad de ELA autonómica en Valladolid

● La Consejería licita por 300.000 euros la adecuación de la tercera planta de la antigua Residencia para su transformación en el primer servicio de referencia autonómica, cuya construcción comenzará en noviembre

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Ni un solo freno a la primera unidad de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en Castilla y León. Desde que este mismo periódico destapó el proyecto de la Consejería de Sanidad a principios de agosto, la planificación sigue su cauce y ya están licitadas las obras para la adecuación dentro de la tercera planta del Edificio Rondilla, el mismo que alberga lo que antaño era la antigua Residencia de Valladolid, y será a partir de noviembre cuando empiecen a ejecutarse.

Con la adjudicación publicada en la Plataforma de Contratación, ya está más cerca que el Hospital Clínico Universitario de Valladolid se una a otros complejos de referencia en otras comunidades autónomas capaces de ofrecer una atención multidisciplinar a los pacientes con esta enfermedad neurodegenerativa progresiva y a sus familiares.

Para conseguir que se cumplan esas palabras, el proyecto depara en la constructora Citanias, imponiéndose a Interclina Salamanca S.L. por ser «la mejor oferta calidad-precio teniendo en cuenta los criterios establecidos en los pliegos». De hecho, hay una diferencia de 53,5 puntos en esa decisión, con 100 puntos conseguidos por la empresa gallega con amplia experiencia en el campo sanitario, con obras en el Hospital Virgen de la Torre y el 12 de Octubre, en Madrid; en el Hospital de Cabueñes, en Asturias; o en centros de salud de Cuenca, Gijón o Pontevedra.

Si bien el contrato no especifica cuándo deberá comenzar el acondicionamiento del ala derecha del que era el viejo hospital Río Hortega-actualmente desocupada-para dar paso al desarrollo de las dependencias de la unidad multidisciplinar de atención a los pacientes de ELA, la misma empresa adjudicataria confirmó a este medio que «a finales del mes de noviembre» se empezará la ejecución de las obras, sin concretar las fechas para su finalización.

No obstante, el mismo expediente detalla que el plazo de ejecución será de «120 días laborables a contar desde la firma del acta de comprobación del replanteo con resultado viable». Y como este documento se firma antes del inicio de la obra, las fechas estimadas para completar la primera unidad específica de ELA de Castilla y León se calculan entre los meses de marzo y abril.

Cuando sea una realidad, las más de 200 personas que sufren de ELA podrán contar con una mejora «de



Fachada de la entrada principal en la antigua Residencia de Valladolid. PHOTOGENIC

la calidad de la atención especializada», como recoge la memoria descriptiva del proyecto. Y es que todo lo que rodea a este enfermedad sigue siendo un reto, tanto por el exigente control que requiere esta patología y que podrá cumplirse a través de su propia unidad en la antigua Residencia de Valladolid, como por los esfuerzos económicos para las familias en la atención sanitaria, apartado del que ayer el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas dieron un pase en firme tras aprobarse en el Consejo de Ministros un Real Decreto-ley para dotar con 500 millones de euros la ley ELA-aprobada hace un año-y reforzar el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), un texto que contempla una prestación de hasta 10.000 euros mensuales por paciente con esta enfermedad.

LOS ENFERMOS DE ELA ANTE EL NUEVO DECRETO: «ES UNA PUERTA A LA ESPERANZA»

Un año ha pasado desde que la Ley ELA fuese aprobada en el Congreso de los Diputados. Lo que en su día fue «ilusionante» no terminó por traducirse en lo que los enfermos de ELA y sus familiares esperaban. «Se nos prometieron cosas

como cuidados dignos, crear unidades de referencia, impulsa la investigación científica o reforzar la asistencia domiciliar», explica Javier Gamarrá, miembro de ELACyL.

Ante la situación de que esas promesas todavía no han

ASÍ SERÁ LA UNIDAD DE ELA

Más a fondo sobre la unidad específica de ELA que se prevé habilitar en la capital vallisoletana, la empresa Citanias deberá cumplir con el proyecto elaborado por el arquitecto Luis José Martín Fernández, el cual que se sustenta sobre la «humanización». Para ello, plantea proporcionar «un lugar seguro» para la atención de los pacientes «con fácil accesibilidad durante todo el proceso asistencial, desde su llegada al centro hasta su atención en consulta».

Si el primer punto se relaciona con la llegada a la futura unidad multidisciplinar de ELA, el proyecto concibe una sala de espera para los pacientes, con disposición de tomas de oxígeno o bombonas, así como enchufes para conexión de terapias ventilatorias portátiles, accesos amplios para facilitar

la movilidad con sillas de ruedas y camillas y baños adaptados, además de mobiliario adecuado. «Así mismo, a su llegada a la sala de espera debería de ser recibido por personal sanitario responsable de la acogida del paciente, quien debería informar de como se llevará a cabo el proceso asistencial así como del tiempo de espera que deberá ser siempre el menor posible», se añade en el documento.

En ese proceso asistencial, el arquitecta proyecta un circuito para llegar a las consultas a través de un modelo de «pasillo único», de forma que un paciente pudiera ser evaluado en un mismo día por la mayoría de especialistas implicados en el seguimiento de su enfermedad. «Esto evitaría desplazamientos repetidos al hospital, disminuirá el tiempo en el centro hospitalario y con ello el impacto emo-

cional que éstos producen sobre el paciente y sus familiares. Además, favorecería el acompañamiento. A su vez permitiría una mejor comunicación entre los facultativos implicados, mejorando la calidad de la asistencia», detalla la memoria del proyecto.

El diseño de la unidad multidisciplinar de ELA incluye cuatro consultas individuales con material de escritorio e informático necesario para la atención por los diferentes especialistas (Neurología, Rehabilitación, Endocrinología y Neumología), otra consulta individual con material de escritorio e informático necesario para la enfermera gestora de casos, pudiendo disponer de una toma de aspiración y tomas de oxígeno. Estas cinco salas se ubicarán en torno al margen derecho de un pasillo central que queda a la izquierda del control de acogida a los pacientes y acompañantes al final del pasillo de la tercera planta de la antigua Residencia de Valladolid, que tendrá una atmósfera alejada del ambiente hospitalario tradicional.

Las obras también incluyen la construcción de una sala de reuniones con el necesario material de escritorio e informático, mientras que se proyecta una sala para administración de tratamientos, realización de pruebas diagnósticas dotada de camillas y sillones para los pacientes, además de tomas de electricidad, oxigenoterapia y de aspiración.

Por otro lado, el proyecto pretende lograr la adecuación de los espacios existentes para mantener la funcionalidad del área de trabajo y profesional. Así, la distribución del resto de la tercera planta del Edificio Rondilla no va a verse alterada, por lo que seguirá incluida dentro del conjunto de consultas externas, «por lo que la propuesta cuenta con una total integridad».

Pero ante todo, la arquitectura de la unidad está pensada para proporcionar un ambiente que contribuya al bienestar de los usuarios a través del confort acústico y sensitivo, con iluminación adecuada, mobiliario ergonómico y asientos adecuados para personas con debilidad muscular, y una disminución del ruido para mejorar el bienestar; con un diseño inclusivo, para dotar de accesibilidad total a todas las personas; y con peso de la señalética y wayfinding, con el propósito de facilitar la orientación dentro del edificio destinado a ser una referencia autonómica contra la ELA.

llegado, el nuevo decreto con 500 millones de euros que financiará la atención a las personas con ELA. «Supone abrir una puerta a la esperanza», explica Gamarrá, que manifiesta su indignación ante la situación que viven los pacientes de esta enfermedad. «No puede ser que en un año se haya dejado morir a 1.000 personas. Eso es una

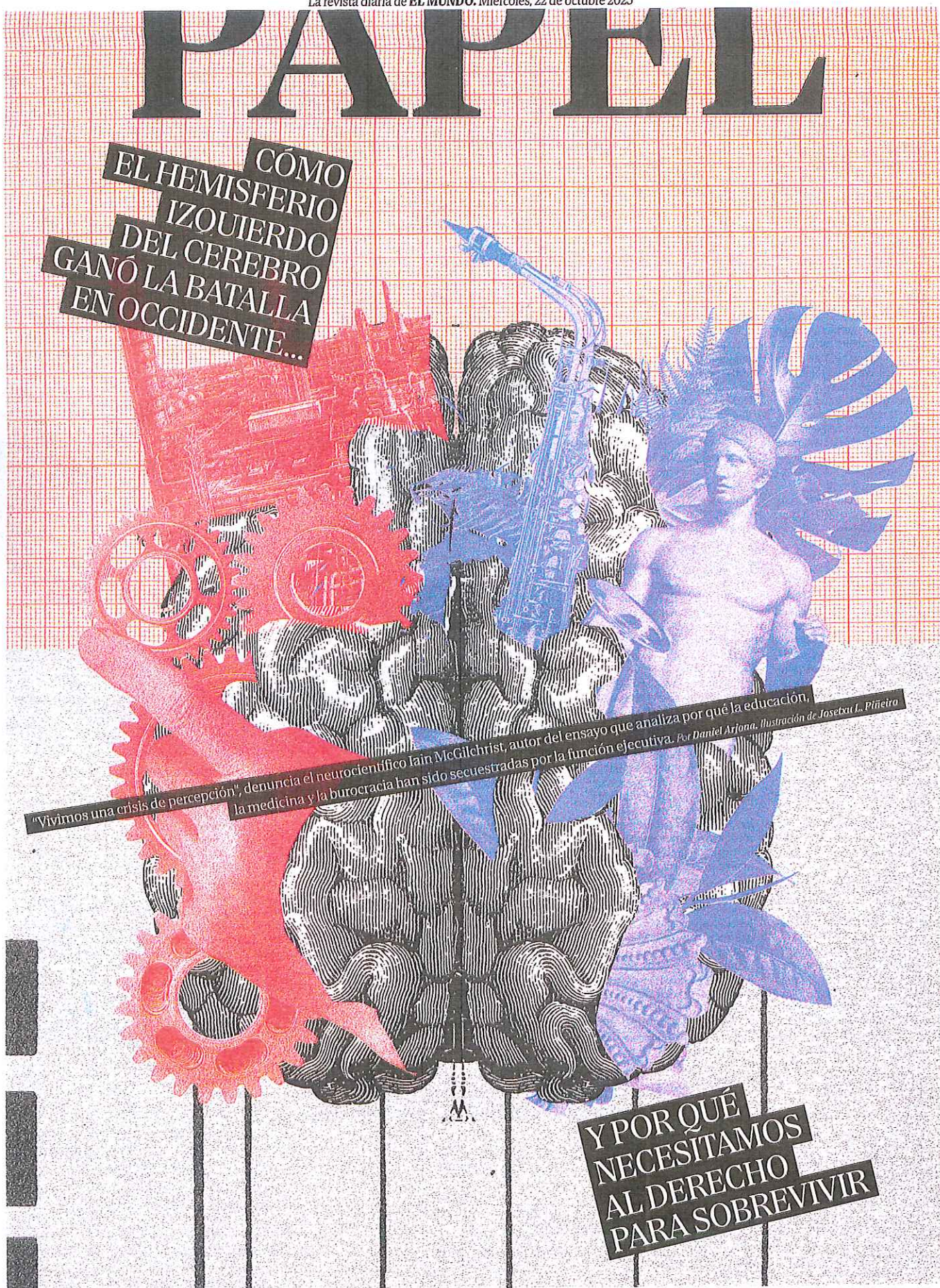
tragedia». Este miembro de ELACyL formará parte de la marcha reivindicativa por la aplicación de la Ley ELA que se celebrará este jueves en la Puerta del Sol de Madrid. «Reivindicaremos de manera pacífica derechos afectivos, atención profesional de verdad, así como derechos para los enfermos», puntualiza.

PAPPEL

CÓMO
EL HEMISFERIO
IZQUIERDO
DEL CEREBRO
GANÓ LA BATALLA
EN OCCIDENTE...

"Vivimos una crisis de percepción", denuncia el neurocientífico Iain McGilchrist, autor del ensayo que analiza por qué la educación, la medicina y la burocracia han sido secuestradas por la función ejecutiva. Por Daniel Arjona. Ilustración de Joseba L. Piñeira

Y POR QUÉ
NECESITAMOS
AL DERECHO
PARA SOBREVIVIR



PAPEL EN PORTADA

Por Daniel Arjona (Madrid)

Imagine que despierta en una habitación donde cada superficie es un espejo. Las paredes, el techo, el suelo. Al principio, la imagen es deslumbrante: un millar de reflejos de usted mismo, un millar de ángulos de la silla y la mesa. Pero pronto la angustia se impone. Intenta encontrar la puerta, pero sólo palpa un frío cristal. Busca una ventana que dé al mundo exterior, pero sólo encuentra su propio reflejo devolviéndole la mirada. Todo es una representación de sí mismo, brillante, nítida, analizable hasta el infinito, pero herméticamente cerrada. No hay nada más. No hay escapatoria.

Esta *sala de los espejos* es la metáfora más precisa de la civilización occidental contemporánea. Es el diagnóstico que el psiquiatra, neurocientífico, filósofo y crítico literario británico Iain McGilchrist (Stoke-on-Trent, 1953) lleva defendiendo desde hace más de una década, cuando publicó en inglés su monumental ensayo *El maestro y su emisario*. El libro, una obra de culto de un millar de páginas que tardó veinte años en gestar y revolucionó los estudios neurológicos, aterriza ahora en España (Capitán Swing) con un prólogo actualizado que advierte que, desde su publicación original en 2009, la tiranía que describe no ha hecho más que afianzarse. Por cierto, el torrencial autor ha proseguido expandiendo sus originalísimas tesis en una obra reciente, aún no traducida al español, para la que en esta ocasión ha necesitado dos volúmenes y más de 1.500 páginas: *The Matter with Things* (2023).

La tesis de McGilchrist es tan elegante como inquietante: la crisis de Occidente no es económica, política o social, sino una crisis de percepción. Hemos sido víctimas de un golpe de estado neurológico. El hemisferio izquierdo de nuestro cerebro, el *emisario* diseñado para ejecutar tareas concretas, ha usurpado el trono del hemisferio derecho, el *maestro* que percibe el mundo en su totalidad. El resultado es una civilización brillante en el cómo hacer, pero que ha olvidado el por qué, una cultura obsesionada con las partes que es incapaz de ver el todo.

Hablamos por videollamada con McGilchrist, un polímata que combina la erudición de un miembro del All Souls College de Oxford con la calidez de un médico humanista, con el fin de que nos guíe en la salida de este laberinto en el que nosotros mismos nos hemos quedado atrapados.

Para comprender la magnitud de la catástrofe, McGilchrist recurre a una parábola de Nietzsche: la

historia de un sabio maestro espiritual que gobernaba un feudo próspero. A medida que su territorio crecía, necesitaba delegar, por lo que envió a su emisario más astuto a administrar las provincias lejanas. El problema surgió cuando el sirviente confundió su poder administrativo con la sabiduría del monarca. «El emisario, sabiendo menos que el maestro, creyó saberlo todo», evoca McGilchrist. «Pensó que él hacía el trabajo real, mientras el maestro se dedicaba a la contemplación inútil. Así que empezó a imitar al maestro, se volvió desdichoso con él y acabó por usurpar su lugar. El feudo se convirtió en una tiranía y, finalmente, se desmoronó en ruinas».

Esta, sostiene, es la historia de nuestro cerebro y, por extensión, de nuestra civilización. El maestro es el hemisferio derecho. Su trabajo es comprender el mundo en su totalidad, en su contexto, en su presencia viva: percibe el todo antes que las partes. El emisario es el hemisferio izquierdo, un «sirviente fabuloso, pero un pésimo señor». Su función es tomar una pequeña parte de esa realidad que le entrega el maestro, enfocarla de manera precisa, dividirla en pedazos manejables, categorizarla y permitirnos actuar sobre ella. Es el hemisferio que nos permite *agarrar* (aprehender) el mundo.

McGilchrist se adelanta a la inevitable objeción: la idea de que esto suena al mito de la psicología pop del «cerebro derecho creativo» frente al «cerebro izquierdo lógico». «Ese es el error fundamental que me propuse desmontar», puntualiza con paciencia. La diferencia no es qué hacen —ambos hemisferios están involucrados en casi todo, incluida la razón y el lenguaje— sino cómo lo hacen. «Tomemos el lenguaje. El hemisferio izquierdo maneja el vocabulario, la sintaxis, la denotación: es como un diccionario. Pero el derecho entiende la metáfora, la ironía, el humor, el contexto, el tono de voz... Todo lo que nos permite entender el significado real de lo que se dice».

El ejemplo que utiliza para ilustrarlo es el de un pájaro en una rama. El hemisferio izquierdo, con su atención estrecha y enfocada, ve un *objeto*. Lo clasifica: «Pájaro. Tipo: gorrion. Propósito: buscar semilla». Es un recurso, una abstracción descontextualizada. El hemisferio derecho, con su atención amplia y vigilante, percibe algo completamente distinto: «Ve ese pájaro en particular, en esa rama concreta, en ese momento único, como parte de un todo interconectado, vivo e irrepetible».

¿Cómo y por qué, en Occidente, el emisario se hizo con el poder? La segunda mitad de *El maestro y su emisario* es un monumental

recorrido por la historia cultural de Occidente, que McGilchrist relee como un *eco* a gran escala de esta lucha neurológica, un ciclo de oscilaciones entre la visión del maestro y la del emisario.

Hubo un equilibrio inicial en el mundo antiguo. McGilchrist sitúa en la Grecia presocrática una visión del mundo dominada por el hemisferio derecho: un cosmos entendido como un todo vivo, interconectado y fluido, encarnado en el pensamiento de Heráclito. Sin embargo, el primer gran giro hacia el emisario llegaría con la Grecia clásica tardía, especialmente con Platón, y se consolidaría con el Imperio Romano. El mundo empezó a ser visto menos como un

El psiquiatra y neurocientífico británico Iain McGilchrist, autor de 'El maestro y su emisario'.

interconexión de todas las cosas, visible en el arte de Leonardo o en la filosofía de Pico della Mirandola. Fue un momento en que la intuición y la imaginación trabajaron en armonía con la razón.

Pero el golpe de estado definitivo estaba por llegar. La Ilustración y la Revolución Científica, pese a sus innegables logros, consolidaron la usurpación. El método científico, en su versión más reduccionista, se convirtió en la única vía de conocimiento. «La ciencia mecanicista, hija del hemisferio izquierdo, trató al mundo natural como una máquina que podemos desmontar y explotar», argumenta McGilchrist. «No es un sistema vivo con el que estamos en una relación de interdependencia, sino un *recurso*». El mundo se desencantó, se aplanó y se convirtió en un conjunto de «cosas» inertes.

El Romanticismo, en su análisis, fue la última gran «rebelión del maestro»: una defensa desesperada de la intuición, la emoción y la totalidad frente a la «oscura fábrica satánica» de la industrialización. Pero fue una batalla perdida. El siglo XX, con su industrialización total, sus dos guerras mundiales, su burocratización de la vida y el auge de la computación, consagró la victoria absoluta del emisario. Hemos llegado a un punto, advierte el neurocientífico, en que «hemos confundido el mapa con el territorio. El hemisferio izquierdo se ha enamorado de su propio mapa y ha olvidado el mundo vivo que se suponía que representaba. Y ahora vivimos dentro de ese mapa».

El resultado de esta victoria histórica es la *sala de los espejos*. La crisis que define nuestro tiempo, insiste McGilchrist, no es política o económica en su raíz, sino «fundamentalmente una crisis de percepción».

¿Dónde vemos hoy la huella de esta tiranía? Dondequiera que miremos, responde. La vemos «en la forma en que hemos reducido la educación a la superación de exámenes y la acumulación de datos, en lugar de al

«ser» vivo y más como un mecanismo abstracto, un sistema de categorías fijas que podía ser ordenado y controlado. El emisario empezaba a construir su *mapa*.

El Renacimiento, explica McGilchrist, fue un «breve y glorioso retorno del maestro». Una explosión de la visión contextual, la metáfora, la encarnación y la

“Necesitamos que las cuatro vías hacia la verdad trabajen juntas: ciencia, razón, intuición e imaginación”

fomento de la sabiduría». La vemos en la medicina, «que trata al cuerpo como una máquina que debe ser reparada por piezas, en lugar de un organismo vivo y unificado». La vemos en la arquitectura, que ha reemplazado la forma viva con «cajas de hormigón funcionalistas».

Pero el síntoma más claro es la burocracia. «La burocracia es la apoteosis del hemisferio izquierdo», sentencia. «Es un sistema de reglas abstractas, explícitas y descontextualizadas, aplicado sin tener en cuenta la realidad humana». Es el mundo del emisario en estado puro: un sistema de representaciones que ha suplantado a la realidad.

Este modo de percepción tiene consecuencias catastróficas. El colapso ecológico, por ejemplo, es la «consecuencia lógica y directa» de esta visión. Es la prueba definitiva de que nuestro mapa mecanicista estaba equivocado; el territorio (el planeta vivo) se rebela contra nuestra abstracción.

LA CULMINACIÓN DEL EMISARIO. Y llegamos a la inteligencia artificial. Si el mundo del emisario es una representación sin vida, la IA es su culminación, el emisario construyendo un dios a su propia imagen. «La IA es el emisario en su forma más pura», afirma McGilchrist. «Es un sistema de representación estadística sin ninguna presencia, sin experiencia vivida, sin cuerpo. Es la última y más peligrosa ilusión del emisario: confundir la simulación de la vida con la vida misma».

Pese a lo desolador del diagnóstico, McGilchrist rechaza el pesimismo. El maestro no ha muerto, simplemente ha sido silenciado. «Sigue ahí. El hemisferio derecho no puede ser silenciado por completo». El antídoto, por tanto, no es derrocar esta vez al emisario, sino reequilibrar la balanza.

Para ello, explica, debemos recuperar las cuatro vías principales hacia la verdad: «la ciencia, la razón, la intuición y la imaginación». La cultura occidental moderna ha divinizado las dos primeras –o, más bien, sus versiones estrechas del hemisferio izquierdo– y ha denigrado las dos segundas como infantiles o irrelevantes. «Esto es un error catastrófico», advierte. «Necesitamos las cuatro, y necesitamos que trabajen juntas, con la intuición y la imaginación guiando el camino».

Esta cacofonía cultural, esta guerra civil interna, encuentra su metáfora perfecta, como el propio McGilchrist describe en la conclusión de su libro, en la ópera *Ariadna en Naxos* de Richard Strauss. En ella, un mecenas caprichoso encarga dos espectáculos: una ópera seria y trágica sobre Ariadna, y, para aligerar la velada, una comedia bufa interpretada por «máscaras» de baja estofa. El joven compositor de la obra seria se horroriza ante la vulgaridad de la parodia, pero el ultraje definitivo llega cuando el mecenas, por falta de tiempo, exige que ambas obras se representen a la vez, entrelazando sus tramas.

El resultado, según el neurocientífico, es un «farrago a veces conmovedor, a veces cómico y siempre incongruente». Es la viva imagen de nuestro mundo y del propio cerebro dividido. Y asegura que esta estructura conecta con la de *El paraíso perdido* de Milton: la historia de «la relación entre dos poderes desiguales» donde el poder inferior, «por ceguera y vanidad», rechaza la unión con el poder que lo sostiene, prefiriendo «un estado de enfrentamiento permanente». La consecuencia, inevitable, es la expulsión del paraíso.

¿Cuál es la prescripción para el individuo atrapado en la sala de los espejos? Reaprender a atender al mundo de la forma en que lo hace el hemisferio derecho. Escuchar música con atención plena, leer poesía, conectar con la naturaleza, trabajar con las manos, meditar... cualquier actividad que nos saque de la abstracción y nos devuelva a la experiencia vivida, al cuerpo y al momento presente.

«Debemos resistirnos a la tiranía de lo explícito», concluye. «No todo lo que importa puede ser medido, y no todo lo que puede ser medido, importa. El emisario es un sirviente fabuloso, pero un pésimo señor. Es hora de que vuelva a su puesto».

EL CEREBRO HUMANO EVOLUCIONÓ MÁS RÁPIDO QUE EL DE OTROS SIMIOS

Análisis. Un estudio cuantifica la velocidad a la que han evolucionado las especies de simios, y muestra que el cráneo y el rostro 'sapiens' lo hizo dos veces más rápido por las ventajas cognitivas y factores sociales

Por Teresa Guerrero (Madrid)

En 2025 siguen quedando cuestiones por esclarecer sobre el cerebro humano, un auténtico prodigio de la evolución. Además de los enigmas en el campo de la neurociencia, en este órgano residen algunas de las claves que explican lo que nos hace humanos. Y un nuevo estudio firmado por científicos del University College London (UCL) aporta nueva información al respecto.

Según revela esta investigación, liderada por la científica española Aída Gómez-Robles, el cerebro humano evolucionó mucho más rápido que el del resto de grandes simios. Para llegar a esa conclusión, este equipo examinó modelos virtuales tridimensionales de los cráneos de diferentes especies modernas de primates, en concreto, siete homínidos o grandes simios –humanos, chimpancés, bonobos, las dos especies de gorilas (occidental y oriental) y las dos especies de orangutanes (de Borneo y de Sumatra)–, y los compararon con nueve especies de gibones, que son simios menores o hilobátidos.

Tal y como detallan en la revista *Proceedings of the Royal Society B*, los homínidos y los gibones se separaron evolutivamente hace 20 millones de años. Durante ese tiempo, la diversidad anatómica de los homínidos se disparó, mientras que la de los gibones se mantuvo sorprendentemente limitada. Como resultado, los cráneos de las distintas especies de gibbon se parecen mucho entre sí, mientras que los de los homínidos se distinguen considerablemente. Sin embargo, incluso dentro de este grupo, los humanos evolucionaron más rápido que otras especies.

La mayoría de grandes simios tienen actualmente rostros grandes y prominentes, con cerebros relativamente pequeños, mientras que los humanos tenemos rostros más planos y cabezas grandes y redondas. Los gibones, en ciertos

aspectos similares a nosotros también tienen rostros relativamente planos y una cabeza redonda, pero un cerebro mucho más pequeño.

Su análisis muestra que los humanos desarrollaron cerebros grandes y rostros planos a un ritmo sorprendentemente rápido en comparación con otros simios, lo que probablemente refleja las ventajas evolutivas de esos rasgos. «Este resultado no es necesariamente una sorpresa, ya que los cráneos humanos son muy diferentes de los de los grandes

esperaría si no hubiese ninguna presión selectiva, es decir, si no hubiese ningún motivo específico que le hiciese cambiar durante la evolución de nuestra especie», cuenta Aída Gómez-Robles a través de un correo electrónico.

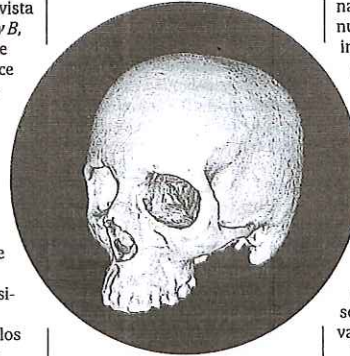
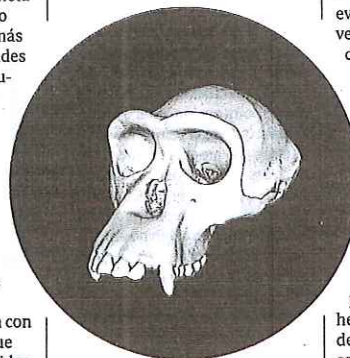
Estas adaptaciones, dicen los autores, pueden estar relacionadas con las ventajas cognitivas de tener un cerebro grande, pero también podría haber factores sociales que influyan en nuestra evolución. «Los beneficios evolutivos de tener un cerebro grande están probablemente relacionados con las capacidades cognitivas asociadas con el tamaño cerebral. Desde ese punto de vista, es fácil entender que el cráneo humano ha evolucionado más rápido porque tener un cerebro más grande nos confiere ventajas relacionadas con una mayor inteligencia y un comportamiento más complejo. Sin embargo, nuestro estudio también demuestra que la cara humana ha evolucionado tan rápido como el neurocráneo».

En principio, aclara, «esto podría ser porque la expansión cerebral y el aplanamiento de la cara están relacionados durante el desarrollo, pero ése no parece ser el caso porque en las demás especies no vemos una relación clara entre la velocidad a la que evoluciona el neurocráneo y la velocidad a la que evoluciona la cara. Por lo tanto, podemos inferir que hay una presión selectiva diferente que hace que la cara humana evolucione más rápido de lo esperado también».

Así, expone Gómez-Robles, «la cara es la interfaz a través de la cual interactuamos con otras personas, de modo que una posible explicación es que las presiones selectivas que han hecho que evolucione más rápido de lo esperado están relacionadas con la forma en la que interactuamos con otros individuos en nuestro grupo social». Algunos investigadores, repasa, han sugerido que esas modificaciones faciales están relacionadas con un proceso de autodomesticación que conllevaría una reducción en el nivel de agresividad dentro de los grupos humanos y una gracilización general de la cara: «Nuestro estudio no testa esta hipótesis explícitamente, pero éste es un ejemplo del tipo de factor social que podría influir en la variación facial en humanos».

Para la autora, el resultado más llamativo de su estudio «es que factores relacionados con las interacciones sociales entre individuos pueden ejercer una presión selectiva tan fuerte como elementos vinculados con el incremento del tamaño cerebral y la inteligencia».

Representación virtual de un cráneo de chimpancé (arriba) y 'Homo sapiens' (abajo) a partir de tomografía computarizada
AÍDA GÓMEZ-ROBLES/ UCL



simios. Sin embargo, nuestro estudio es el primero que cuantifica la velocidad a la que han evolucionado las distintas especies, y demuestra que el cráneo humano ha evolucionado dos veces más rápido de lo que se

Un antídoto de 48 horas contra el embudo de las listas de espera

La malagueña Docrine abrió en 2022 su hospital digital, un ecosistema con 6.000 médicos, 22.000 farmacias y más de 20 especialidades. Hace dos semanas levantó una ronda de 4,6 millones

Por **Fede Durán**
Fotografía **Martín Mesa**

Omar Najid reside en España desde hace un cuarto de siglo. Su español rinde en consecuencia a un nivel muy alto. Natural de Marruecos, país muy vecino, opera en realidad desde el espejo malagueño de Estepona, síntesis de las excelencias que aporta la Costa del Sol como base de operaciones. "No creo que haya muchos sitios en el mundo donde se viva tan bien como aquí", sentencia.

Encapsulado entre aviones y trenes la mayor parte del tiempo, volver al refugio le alivia. Docrine es la *startup* que fundó junto al médico Roberto Medina en 2016. Hace unas dos semanas, levantó una ronda de 4,6 millones de euros, aval que se suma al de la clientela, donde destacan nombres como Mapfre, Cigna, Grupo IVI, clínicas Baviera y la estadounidense Concentrix.

Docrine funciona como una especie de hospital digital para aseguradoras, residencias, compañías que ofrecen a sus empleados el beneficio extra de la atención sanitaria y centros hospitalarios privados. Inicialmente,



la *startup* permitía digitalizar las recetas médicas privadas mediante un sistema "eficiente y seguro", pero la propuesta "llegó demasiado rápido y los médicos aún no estaban preparados para recetar en remoto". El pivote era cuestión de tiempo y esa plataforma con un propósito tan específico se transformó después en una herramienta para la vídeo-consulta, los informes médicos, la petición de pruebas y, claro, la expedición de recetas. Hoy este negocio B2B enrola a 6.000 médicos de más de 20 especialidades, está integrada en una red que incluye a más de 22.000 farmacias y ha atendido desde su puesta en marcha a más de dos millones de pacientes.

DE NUEVE A 14 MILLONES. Para entender el éxito de la compañía, Najid se retrotrae al terrible y muy confuso momento de la pandemia (2020). "Antes del Covid había en España nueve millones de personas con seguros privados de salud. Ahora son 14 millones. El motivo son las listas de espera, que en algunas especialidades retrasan el momento de la consulta hasta un año. ¿Cuál es el problema? Que la sanidad privada muestra también síntomas de agotamiento. En la especialidad de dermatología, por ejemplo, un asegurado de una gran ciudad española quizás deba aguardar hasta tres meses antes de ver al médico. Ese desfase encierra el gran peligro de que quienes contratan estos seguros dejen de verle sentido a estar doblemente cubiertos".

La ventaja de adherirse a Docline es que ese lapso de meses o años se reduce a un máximo de 48 horas. "Una consulta en remoto no equivale a menos calidad y el 70% se resuelve sin necesidad de acudir a un centro", argumenta el CEO. Ahí se elimina un embudo que, según Najid, no afea la realidad del sistema sanitario español, "incluido en el top 10 mundial y más que probado cuando el paciente se enfrenta a enfermedades graves. La calidad asistencial en esos casos es increíble".

"El elemento más importante de nuestra propuesta de valor es la accesibilidad. Ya disponíamos de una platafor-

ma todo en uno y muy personalizable, pero las empresas nos advertían de que el verdadero escollo eran las listas de espera, no la tecnología. En 2022 lanzamos el hospital digital con una capa de IA muy intensiva para optimizar procesos y obsesionados con la métrica de la agilidad. Es un modelo muy probado, con muchos aprendizajes a cuestas y con un futuro apasionante, ya que en España cada año la medicina privada concreta 60 millones de consultas y alrededor de la mitad puede canalizarse en remoto", opina Najid.

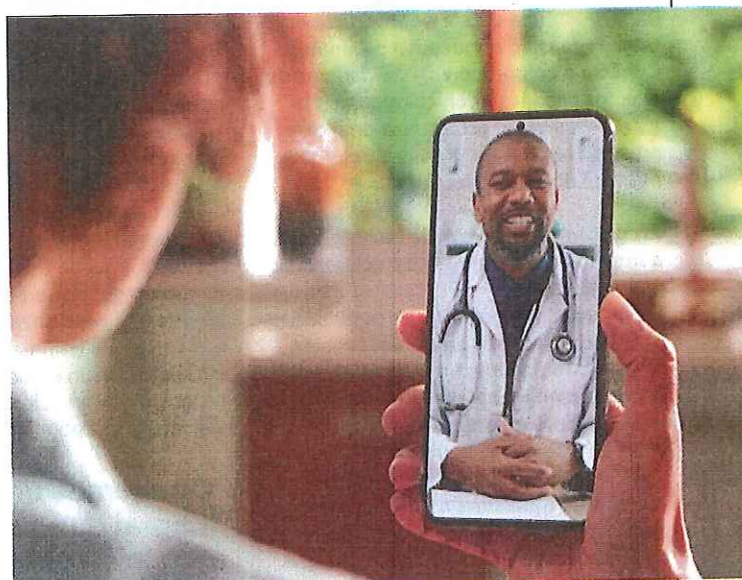
MODELO HÍBRIDO. Dos hojas se doblan a la vez en esta rama médica. Por una parte, el ciudadano cambia poco a poco de conducta e interioriza que la vídeo-consulta es la primera opción y que acudir en persona se reserva para las situaciones donde es verdaderamente necesario. Por otro lado, los médicos se inclinan cada vez más hacia un planteamiento híbrido donde manda la flexibilidad de pasar consulta uno o dos días a la semana desde casa o compatibilizar esta práctica privada con una estancia internacional para formarse.

"El profesional -anota Najid- puede hacer muchas cosas en la distancia, desde la interpretación de pruebas diagnósticas hasta la renovación de tratamientos o la emisión de una segunda opinión médica en base a la documentación obtenida. Pero, además, recupera otras cosas. En vez de estar tomando notas, escribiendo una receta o prescribiendo una prueba -acciones todas que Docline planea encomendar a la IA-, podrá mirar a los ojos a la persona, escucharla, centrarse en lo que cuenta".

Las cinco especialidades más demandadas en este ecosistema son dermatología, endocrinología, sistema digestivo, traumatología y ginecología. Psicología y psiquiatría, que Docline contabiliza aparte, gozan igualmente

87%

Casi nueve de cada diez usuarios de Docline repetiría la experiencia de la consulta en remoto. Este porcentaje tan elevado incluye las opiniones de los pacientes pero también de las aseguradoras.



48

Horas. Frente al embudo de la sanidad pública y las listas de espera cada vez más densas de la sanidad privada, Docline garantiza consulta en un máximo de dos días.

◀ **Omar Najid.**
Fundó Docline junto al médico Roberto Medina en el año 2016.

de un formidable tirón. Para ilustrar el cambio de rasante en el sector, el CEO de la empresa andaluza (25 empleados en plantilla y una facturación recurrente anual no especificada pero que oscila "entre dos y cinco millones de euros") se refiere precisamente a la traumatología.

"Cuando empezamos en esto, todo el mundo cuestionaba que una vídeo-consulta fuese útil. Creemos que el médico tiene que palpar siempre al paciente y no es así. Además, lo presencial y lo remoto son modalidades combinables. Quizás vas primero a la clínica y en un segundo contacto el mismo médico que te atendió ve en pantalla el resultado de la resonancia magnética pa-

ra tomar más decisiones sin necesidad de un desplazamiento extra".

En un plazo de un lustro, y puede que antes, la IA releva al doctor en la cara más tediosa y burocrática del oficio y ese mismo doctor validará esa actividad automatizada. El capital de la última ronda reforzará las habilidades del algoritmo y otra porción de la inyección monetaria se destinará a la expansión internacional. "Ya tenemos algunos clientes en Marruecos y Latinoamérica, pero vamos a ser mucho más fuertes en esta segunda zona. Elegiremos dos países para reforzar nuestra presencia y uno de ellos será, casi con toda seguridad, México con sus 120 millones de habitantes y la preeminencia de la sanidad privada sobre la pública". ■

La crisis de los cribados crispa el debate parlamentario

El PSOE aprovecha los fallos para socavar la imagen del PP como gestor

TERESA LÓPEZ PAVÓN SEVILLA
El PSOE está convencido de que la crisis de los cribados del cáncer de mama puede abrir una vía de agua donde más duele al Partido Popular: en su imagen como gestor, que los populares llevan a gala, y muy especialmente en Andalucía. A diferencia de lo ocurrido en otras crisis anteriores, como la del Covid o la de las inundaciones provocadas por las danas de 2024 y 2025, que en Andalucía se resolvieron sin que el Gobierno de Juanma Moreno acusara el desgaste, en esta ocasión, las graves consecuencias de los fallos detectados y la dificultad de encontrar soluciones mágicas complica para el PP la búsqueda de una salida airosa. Y el PSOE-A, que conoce mejor que nadie la complejidad de la maquinaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS), con un presupuesto de 15.000 millones de euros y una plantilla de 130.000 trabajadores, cree haber encontrado un auténtico manchurrón en la hoja de servicios de Juanma Moreno.

Más allá de la repercusión social de lo ocurrido con las pacientes de cáncer de mama, a las que no se informó en tiempo y forma de que tenían una lesión sospechosa, el caso ha escalado ya del debate autonómico al nacional, y se ha conver-

tido en arma arrojadiza en el Congreso de los Diputados, donde hasta el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, utilizó ayer el fallo sistémico en el SAS para atacar al Partido Popular. Así, Sánchez acusó al presidente de la Junta de Andalucía de haber causado «la mayor crisis de confianza del Sistema Nacional de Salud». «Mentiras, manipulación, mala gestión, recortes y desprotección de las mujeres; ésa es la forma que tienen ustedes de gobernar», afirmó Sánchez dirigiéndose al líder del PP, Alberto Núñez Feijóo, al que reclamó que le exija responsabilidades a Juanma Moreno.

Tras el presidente, su vicepresidenta primera y candidata socialista a la Junta, María Jesús Montero, también acusó al PP de haber abandonado a las mujeres de Andalucía, quienes «no han recibido ninguna respuesta y han sido acusadas de mentirosas».

El PP, por su lado, cuestionó la legitimidad de Montero para dar lecciones de gestión sanitaria, pues la ministra fue consejera de Salud en Andalucía entre 2004 y 2013, gestionó todos los recortes de personal en el SAS tras la crisis financiera de 2008 y puso en marcha un plan de fusión de hospitales que generó una fuerte contestación popular y, a la pos-



El presidente de la Junta, Juanma Moreno, en San Telmo. JUNTA

tre, un desgaste mayúsculo para el gobierno socialista de la Junta.

El vicesecretario de Hacienda del PP, Juan Bravo, acusó a Montero de ser la autora del «protocolo» que eliminó supuestamente la obligación de informar a las pacientes de los resultados «sospechosos» en las ma-

mografías. Y el vicesecretario general de Coordinación Autonómica y Local del PP, Elías Bendodo, le recordó a la ministra que, siendo consejera en Andalucía, «7.753 profesionales médicos fueron a la calle y el presupuesto para Sanidad se redujo en 1.500 millones de euros».

El debate en el Congreso se trasladó horas más tarde al Parlamento andaluz, donde, después de dos años reclamándolo la oposición sin éxito, por fin se celebró un debate monográfico sobre la situación de la sanidad andaluza. La oposición reclamaba que fuera el presidente de la Junta el que se sometiera a las preguntas de los grupos parlamentarios, pero fue el nuevo consejero de Sanidad, Antonio Sanz, quien intentó ofrecer una explicación sobre lo ocurrido en el cribado del cáncer de mama, además de dar detalle de un plan de modernización para el SAS que supondrá la ampliación de la plantilla en más de 4.000 plazas: «Lo ocurrido no debe volver a pasar», afirmó el consejero sobre los

El consejero de Sanidad reconoce: «Esto no puede volver a pasar»

Sánchez: «Han causado la mayor crisis de confianza en el sistema»

errores en los cribados. Sanz contó cómo el Consejo de Gobierno había aprobado ayer mismo miércoles la incorporación de 3.893 nuevos profesionales para el Servicio Andaluz de Salud a los que se sumarán 478 residentes (MIR), haciendo un total de 4.371 plazas.

Pero la oposición no considera que las explicaciones dadas por el Gobierno a las mujeres con cáncer sean suficientes. La portavoz socialista, María Márquez, considera que lo ocurrido no es una suma de «casos aislados» ni resultado de una negligencia médica, sino «el abandono de un sistema que debería haber salvado la vida de las mujeres».

La familia de Sandra denunciará al colegio

Asegura que la menor sufrió 'bullying' en las redes y que bloqueó a sus acosadoras

CHEMA RODRÍGUEZ
SILVIA MORENO SEVILLA
La familia de Sandra Peña, la menor de 14 años que se quitó la vida la semana pasada tras denunciar acoso escolar, llevará a los tribunales al colegio en el que estudiaba la adolescente, el Irlandesas de Loreto de Sevilla, por no haber aplicado, según constató la Consejería de Desarrollo Educativo de la Junta de Andalucía, los protocolos a los que estaba legalmente obligado, el de prevención del acoso escolar y el de prevención de conductas autolíticas. El portavoz de la familia —y tío de la fallecida—, Isaac Villar, confirmó a este periódico que la decisión de em-

prender acciones legales la tomaron los progenitores de Sandra este martes tras reunirse con el bufete de abogados que les asesora.

Serán los letrados los que determinen, explicó Villar, qué tipo de acciones y contra quiénes se tomarán, pero «el colegio seguro» que será objeto de denuncia.

A la espera de que el Grupo de Menores (Grume) de la Policía Nacional termine de examinar el teléfono móvil de la menor, el tío de Sandra aseguró que su sobrina también fue objeto de insultos y humillaciones a través del móvil, que así se lo comentó a su madre y que, incluso, se vio obligada a bloquear en sus re-



Flores junto a la vivienda de Sandra, en Sevilla. S. CASTIZO / ARABA PRESS

des sociales a sus presuntas acosadoras para frenar los ataques.

La familia de Sandra ya advirtió a los pocos días del suicidio de la niña que adoptaría «todas las medidas a su alcance» para depurar responsa-

bilidades, asegurando que en el centro educativo, pese a dos denuncias de la familia, «no hicieron nada».

Mientras, el centro escolar anunció ayer, una semana después de la muerte de Sandra Peña, un plan de

acción para atender a los alumnos que estén en una «situación de vulnerabilidad o necesidad».

«Hemos tomado la decisión de dar un paso adelante para conseguir que los centros educativos estemos lo mejor preparados posibles para atender a los alumnos que, por cualquier circunstancia, se encuentren en una situación de vulnerabilidad o necesidad», señaló el Colegio Irlandesas de Loreto a través de un comunicado, en el que expresa su «consternación» por la muerte de la adolescente.

El objetivo del centro es desarrollar un «plan de acción» que cuente con «visiones externas, especializadas en psicología y en servicios sociales». «Estamos profundamente comprometidos con la prevención, detección temprana y actuación ante cualquier circunstancia que pueda ser perjudicial para la salud mental de los alumnos», dijo el centro. Además, cuenta con «mecanismos» para hacer frente a estas situaciones, ya que forma a los profesores y pone «en marcha las medidas necesarias».

CRONICA



Entrada a la Residencia de Mayores 'Reina Sofía', gestionada por la Comunidad de Madrid, en la localidad de Las Rozas, donde se produjo el fallecimiento. ÁNGEL NAVARRETE

Le dan a Julián las pastillas de Juliana y lo matan: condenada la auxiliar

QUICO ALSEDO MADRID

Fue un error absolutamente fútil, pero con consecuencias letales. La familia de Julián, un anciano de 80 años recluido en la Residencia de Mayores Reina Sofía, gestionada por la Comunidad de Madrid en la localidad de Las Rozas, fue avisada hacia el mediodía del 18 de julio de 2018, de que el hombre había sido enviado de urgencia al Hospital Puerta de Hierro, en Majadahonda: alguien se había equivocado al darle las pastillas y el hombre, que había sufrido hacía años un ictus, estaba muy adormilado cuando se decidió acometer el traslado.

Pocas horas después, hacia las 16.00 horas, el anciano fallecía «a consecuencia de la ingesta de dichos medicamentos», tras varias horas de «somnolencia de etiología medicamentosa» de la que las asistencias médicas, incluso en sede hospitalaria y con todos los recursos *ad hoc*, no pudieron sacarle.

El motivo del fallecimiento estaba claro, porque desde el asilo gestionado por la Comunidad de Madrid no se había ocultado en ningún momento lo acaecido para poder enviar al interno al hospital: en vez de las medicinas que Julián te-

SUCEDIÓ EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2018

La Justicia condena a 6 meses de cárcel por homicidio imprudente a la auxiliar que se equivocó y dio a un hombre con problemas vasculares la medicina de la esquizofrénica que ocupaba la habitación de al lado

nía prescritas, se le habían administrado por error, no se sabía muy bien cómo, la de otro residente, con consecuencias fatales.

La familia se acercó al día siguiente a la Residencia Reina Sofía, donde además el hombre era muy conocido, porque había pasado años acudiendo a ella como centro de día, a recoger sus enseres. Obviamente, tanto la plantilla como los trabajadores del centro permanecían en estado de *shock*. Y fue entonces cuando emergió la realidad de lo sucedido: la auxiliar de enfermería, una chica joven que además apenas lle-

vaba tiempo desempeñando la tarea, sencillamente había confundido los nombres. Le había dado a Julián la medicina de otra interna del mismo ala, concretamente, la de la habitación de al lado, llamada, dramáticamente, Juliana.

El juzgado de lo Penal 8 de Madrid, según sentencia pública, ha condenado ahora a la trabajadora, que estaba en prácticas, a seis meses de prisión por un delito de homicidio imprudente. La indemnización por el error cometido se sustanció en un pleito civil anterior a cuyas conclusiones no ha tenido acceso este día-

rio. La condena, lograda por el letrado Carlos Sardinero como representante legal de la familia del finado, se ha visto en todo caso minorada severamente por las dilaciones indebidas que han afectado al procedimiento, que incluyen siete años de largo periplo judicial y un sorprendente episodio de pérdida de todo el expediente por parte de un juzgado de Majadahonda, donde comenzaron a instruirse los hechos.

En realidad, la Fiscalía había pedido dos años de prisión para la autora (el homicidio por imprudencia grave se castiga con entre uno y cuatro años de cárcel), pero la magistrada le aplicó una «atenuante cualificada de dilaciones indebidas» y dejó la condena en sólo seis meses, y año y medio de inhabilitación para desempeñar sus tareas (el Ministerio Público pedía cinco).

«La acusada prestaba sus servicios como auxiliar de enfermería en la Residencia de Mayores Reina Sofía sita en la localidad de Las Rozas (Madrid)», principia la sentencia. «En el ejercicio de sus funciones, en relación con el suministro de la medicación a los internos, la mañana del 18 de julio de 2018 la acusada

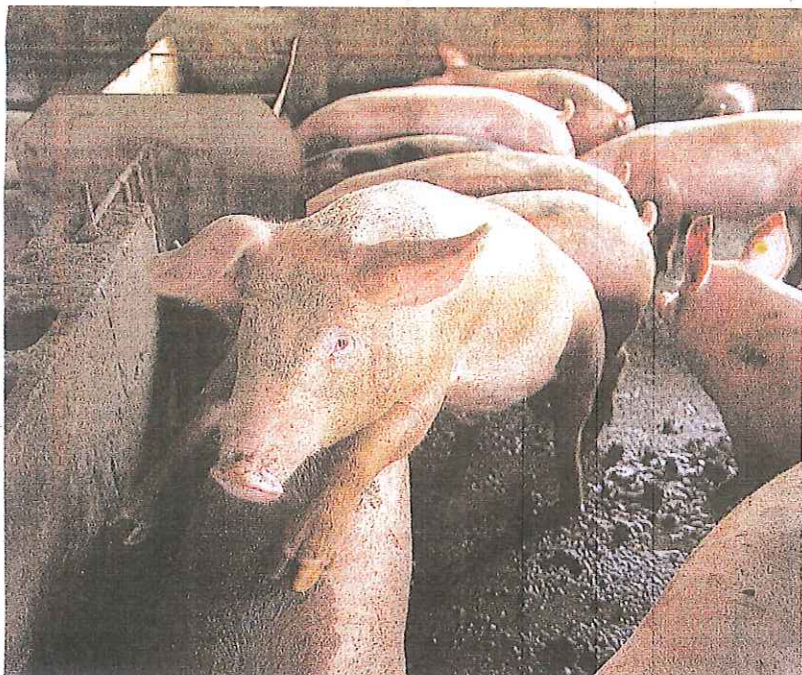
confundió la medicación de dos internos, suministrando al fallecido la medicación de la interna de la habitación contigua, al confundir los nombres, omitiendo así el más elemental cuidado».

«A tal efecto», continúa el texto, público, «le suministró medicación consistente en sertralina 50 mg., quetiapina 100 mg., orfidal 1 mg., y pregabalina 300 mg. Como consecuencia de dicha ingesta de medicamentos, el fallecido sufrió una somnolencia de etiología medicamentosa siendo ingresado por ello en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid, donde falleció ese mismo día».

Insólitamente, y mostrando las dificultades de la Justicia para funcionar con normalidad, la sentencia incluye entre los hechos probados, para sustentar posteriormente las dilaciones indebidas, que «el presente procedimiento ha estado paralizado por causas no imputables a la acusada desde el auto de admisión de pruebas, de 6 de abril de 2022, hasta la diligencia de citación, de 14 de mayo de 2025, así como entre enero y julio de 2019, un total de tres años y seis meses».

La condena alivia el dolor de la familia, que, como ha sabido este periódico, llegó a tener que escuchar, de boca del entonces máximo responsable de la residencia, día después del óbito: «Son cosas que pasan, los errores son una cosa humana y hay que aceptarlos». Denunciaron y ahora ha llegado la condena.

PAPEL CIENCIA



Cerdos en una explotación ganadera.
ORLANDO BARRIA / EFE

CREAN CERDOS GENÉTICAMENTE INMUNES A LA PESTE PORCINA

Ganadería. La herramienta de edición genética CRISPR permite modificar un gen clave en la replicación de este virus que circula en animales de granja y salvajes, lo que provoca graves pérdidas

Por Amado Herrero

Un equipo internacional ha utilizado la herramienta de edición genética CRISPR en cerdos para modificar un gen clave para la replicación del virus de la peste porcina clásica. La edición aportó una protección completa a los ejemplares modificados, mientras el resto de los animales expuestos a la enfermedad sí mostraron síntomas. Según los investigadores responsables del experimento, este avance podría servir como una nueva herramienta para controlar este tipo de virus, que circulan en animales de granja y en cerdos y jabalíes salvajes, y que suponen un importante perjuicio económico para la ganadería y la calidad de vida para los animales. Los resultados de la experiencia se detallan en un artículo de la revista *Trends in Biotechnology*, publicado ayer, que describe la modificación de cuatro ejemplares con mutaciones en el gen DNAJC14.

Este gen había sido señalado como fundamental en la replicación de los pestivirus, un género de virus que pertenece a la familia de las Flaviviridae. Este tipo de virus infecta a mamíferos, incluyendo a los principales tipos de ganado. La peste porcina común, en concreto, sigue afectando severamente al sector ganadero, ya que provoca alta mortalidad, pérdidas en la producción y genera un aumento del uso de antibióticos. «Es una enfermedad devastadora para el ganado y

para los ganaderos, como vimos en el Reino Unido con el brote que se produjo hace 25 años», explica Helen Crooke, subdirectora de Virología Mamífera de la Agencia Británica de Sanidad Animal y Vegetal (APHA) y primera autora del estudio. «Esperamos que este avance contribuya a reforzar la resistencia del sector frente a la enfermedad».

Trabajos previos realizados por investigadores de la Universidad de Lübeck (Alemania) en cultivos celulares habían apuntado a DNAJC14 como clave en la replicación de los virus al regular una proteína que el patógeno utiliza para extenderse por el organismo del animal. El nuevo estudio, realizado en colaboración con el equipo del Roslin Institute de Edimburgo (célebre por la clonación de la oveja Dolly) permitió la creación de ejemplares editados genéticamente mediante microinyección de embriones en estadio de cigoto, usando el célebre sistema de edición genética CRISPR/Cas9. El objetivo era introducir una mutación específica en DNAJC14 que impidiese la replicación del virus.

Aunque la muestra usada es reducida, los resultados apuntan a que los animales con la modificación –y sus células– son resistentes a la infección. De hecho, los cultivos celulares apuntan igualmente a la aparición de resistencia frente a otros virus, como el de la diarrea viral bovina (que también afecta a los cerdos). El trabajo se enmarca dentro de una línea de investigación que apunta a mejorar mediante edición genética vía las tijeras moleculares los genes del animal para crear una resistencia frente a virus de alto impacto.

Así, ya se han editado genomas animales para mejorar caracteres de producción, como la resistencia al calor o la conversión de pienso en crecimiento. También se habían documentado experiencias exitosas en la creación de resistencia al virus del síndrome respiratorio y reproductivo porcino (PRRS) mediante la mutación del gen CD163, así como resistencia parcial frente al virus de la gripe porcina.

El estudio amplía el repertorio de genes diana y demuestra la viabilidad de la edición genética para el control de enfermedades infecciosas. No obstante, se trata de un trabajo preliminar que deberá complementarse con trabajos adicionales que evalúen posibles efectos no deseados, así como los impactos en el crecimiento y el desarrollo de los animales.

La enfermedad provoca alta mortalidad y un aumento en el uso de antibióticos: “Es devastadora para el ganado”

EL GEN DE LAS CARDIOPATÍAS DEL SÍNDROME DE DOWN

Investigación. Usan la tecnología ‘corta y pega’ para identificar una proteína que, en exceso, está relacionada con la trisomía y las alteraciones cardíacas congénitas

Por P. Pérez

Tres copias del cromosoma 21 causan el síndrome de Down. En nuestro país hay unas 35.000 personas con esta alteración cromosómica. La prevalencia es de aproximadamente 10 por cada 10.000 nacimientos, según Down España. Y entre el 40% y el 50% de niños con la trisomía padece una cardiopatía congénita. Este riesgo no resulta tan frecuente en la población general, afectando aproximadamente a un 0,8% de los niños nacidos vivos, y sumando así 4.000 nuevos casos anualmente en nuestro país, como apunta la Fundación Española del Corazón.

Conocer por qué los genes presentes en demasiadas copias del cromosoma 21 causan efectos tan devastadores ha sido la misión del equipo de Sanjeev S. Ranade. Este profesor adjunto del Centro de Enfermedades Cardiovasculares y Musculares y del Centro de Ciencia de Datos e Inteligencia Artificial de Sanford Burnham Prebys ha logrado identificar una proteína, la HMGN1, como factor clave en las cardiopatías congénitas relacionadas con la trisomía 21.

En un reciente estudio de *Nature*, Ranade propone la resolución de la siguiente cuestión: «¿Sí, tres copias del cromosoma 21 causan síndrome de Down, ¿por qué? ¿Cuáles son los genes del cromosoma 21 que son perjudiciales si se presentan en tres copias? ¿Cómo se intentan encontrar esos genes?», apunta.

Hasta un 15% de los casos de cardiopatías congénitas se deben a anomalías cromosómicas, la más frecuente se debe a la trisomía 21, en la que el recién nacido tiene una tercera copia o más del cromosoma 21. Por otro lado, el síndrome de Down tiene su origen en esta trisomía; la mitad de los niños que nacen con el síndrome tienen alteraciones en el corazón y, específicamente, hay un riesgo muy elevado en los defectos del canal aurículoventricular. Por ello, Ranade se ha centrado en HMGN1 usando tecnología CRISPR en su manipulación. «Queríamos ver si podíamos aumentar los niveles de genes del cromosoma 21 y luego convertir o reprogramar una célula normal para que se pareciera a una célula con síndrome de Down», explicó Ranade. Una vez conseguido en el laboratorio, el científico espera «poder dejar una hoja de ruta» para nuevos avances en este síndrome y sus secuelas.

Sanjeev S. Ranade, de Sanford Burnham Prebys. SBP





MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033.
Madrid. Tel.: 91 443 50 00.
© Unidad Editorial Información General,
Madrid 2025. Todos los derechos

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

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

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

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

Impime: Horno Print, Polígono
San Miguel, Sector 4C/ Albert
Einstein, 44, 50830 Villanueva de Gállego
(Zaragoza) Dep. Legit: 50-33-2006



©MARTINEZ BUESO

ENTREVISTA NO VISTA

QUIÉN. Cardiólogo intervencionista del Hospital General Universitario Santa Lucía en Cartagena (Murcia). **QUÉ.** Es muy mediático por su presencia en las redes sociales. Acaba de sacar la séptima edición de su libro 'Lo que tu corazón espera de ti'.

JOSÉ ABELLÁN

CARDÍOLOGO

«Dicen que los médicos nos quejamos del sueldo y es falso»

Pregunta. Los médicos han pasado de las consultas a las redes sociales.

Respuesta. Yo llevo algunos años ya y cuando empecé sentí que teníamos que estar, que somos necesarios también en las redes. Carecía de referentes y es verdad que en los últimos años cada vez hay más.

P. ¿Así se contribuye más a la divulgación o se genera también ruido?
R. Sobre el papel me parece algo necesario pero es verdad que me encuentro muchas veces ideas que confrontan. Es difícil mantener el criterio en las redes sociales sin que te seduzca lo que es ser un *influencer*. Y claro es muy fácil dar mensajes que seduzcan cuando eres mé-



INMACULADA COBO
MADRID

dico porque el médico sigue siendo una profesión muy respetada. Siento que tenemos que llevar mucho cuidado y siempre intento compartir cosas que de verdad ayudan. Por otro lado, sí que es verdad que hay otros profesionales que su balanza tira por tener resonancia más que por dar mensajes científicamente respaldados.

P. A usted le llaman el cardiólogo viral, e incluso «el guapo». ¿Es importante la imagen también en Medicina?

R. En las redes sociales todo cuenta. Como cuentas las cosas, cómo las explicas y luego, nos guste o no, estamos en un mundo donde tu imagen personal también cuenta.

Si me ha ayudado, bienvenido sea. También tiene otra parte y es que yo en muchas ocasiones me he sentido sexualizado. En televisión o en programas donde he participado hasta el punto de afectarme personalmente. Son cosas del pasado pero ahí tiene una parte negativa. Lo bueno es que he sabido reconducirlo siendo serio, trabajador y sensato con lo que hago. Enseguida la gente te ubica.

P. Su libro *Lo que tu corazón espera de ti* va por la séptima edición. ¿Hay algún secreto en él?

R. Lo que hago en el libro es profundizar en muchos temas que Instagram no te deja. Las redes sociales son un medio para dar información muy masificada y muy rápida pero se necesita más y es lo que te aporta el libro. Por ejemplo, hablo del estrés y de cómo afecta a la salud. Por qué aprender a gestionar el estrés, meditar o el mindfulness son beneficiosos.

P. ¿Es más importante saber gestionar el estrés o tener una buena alimentación?

R. Depende de la alimentación y de la carga de estrés que estemos midiendo. Ahora se ha popularizado cuidar la alimentación porque es más fácil ver qué pones en el plato que aprender a gestionar el estrés. P. ¿Se cansa de desmentir cosas como que una copa de vino al día no hace daño?

R. Esa es una de ellas. Otra es el de 'Soy joven, no me va a dar un infarto'. O fumo, pero poco. Cada vez hay más infartos en personas jóvenes.

P. ¿Qué ha pasado con el huevo? Antes era un alimento demonizado y ahora parece que hay barra libre.

R. Hubo muchos estudios en los cuales se llegaron a comparar los huevos con salchichas. No creo que tengamos que desarrollar odio por alimentos. El huevo es una fuente na-

tural de vitaminas. Ahora bien, esto no significa, como me preguntan a veces, que se puedan consumir cinco, seis o siete todos los días.

P. En el ejercicio físico la pregunta clave es: ¿Cardio o pesas?

R. No hay por qué elegir, no se debería elegir. Con tres días a la semana de ejercicio de fuerza y, estando activos el resto del tiempo, ya estaríamos haciéndolo todo. Yo priorizo el ejercicio físico como el comer.

P. ¿Cómo ve la Sanidad en España?

R. Tengo sentimientos encontrados porque cuando yo crecía la Sanidad pública española ya estaba entre las mejores del mundo y a día

«En muchas ocasiones, me he sentido sexualizado»

«La sanidad es buena a costa de la vocación de los profesionales»

de hoy también. Le damos cobertura a todo el mundo, además con excelencia. Ahora bien, y tengo que decirlo porque además lo sufro. Vengo de un fin de semana de guardia donde yo no dormí de sábado a domingo. Empecé a operar el sábado a las seis y media de la tarde y acabé el domingo a las doce. Yo decía: 'Si pasa algo el domingo por la noche, no estoy en condiciones'. Al profesional se le exprime demasiado y creo que la sanidad es buena a costa de una vocación tremenda de los profesionales. Nos dicen que nos quejamos del sueldo y es falso, son las condiciones las que nos preocupan. Muchos jóvenes se van a la sanidad privada y con razón, porque es que de aquí nos echan.

P. ¿Le ha decepcionado el Ministerio de Mónica García?

R. Sí, me ha decepcionado. No nos sentimos reconfortados con las condiciones que se nos ofrecen e insisto en que no estamos reclamando cobrar más. Sí considero que en España tenemos un problema de presupuesto. Se debería invertir en mejorar la vida laboral de los médicos y, con ello, la del paciente. Mi miedo no es estar de guardia y que me llamen, yo de guardia estoy encantado. Mi miedo es pensar si voy a saber hacer bien mi trabajo.

LA ÚLTIMA...

¿Cuál es la pregunta más impertinente que le han hecho? ¿Y qué respondió?

Respuesta. Me preguntan con bastante frecuencia que si tengo pareja o estoy soltero. Yo respondo que no mezclo mi vida profesional con la personal y ya está.



EL RUIDO
DE LA CALLE
RAÚL
DEL POZO

Pablo, segunda salida

Vuelve Pablo Iglesias, después de haber sido vicepresidente del Gobierno, porque se va a armar con la ascensión de Vox y el triunfo de las derechas. Le cortó la coleta Isabel Díaz Ayuso, pero otra vez es su momento. El que estuvo a punto de romper la baraja del bipartidismo ha prometido volver en la *Unión de otoño*. Acusó a Sumar de *pagafantismo* y apeló al miedo a Vox para movilizar a la izquierda, quitándole a la derecha los privilegios que acumula. Propone una resistencia agresiva contra lo ultras. «En un día de huelga política no toca quedarse en casa. Toca enfrentarse a los piquetes del adversario. Hay que hacerles frente».

Este es otro lenguaje, en el cual se adelanta la confrontación. También les gusta a los de Vox y a los del PSOE para derrotar al PP. Iglesias se ha cansado de ser tabernero y periodista, y a los 47 años regresa a la política. El timonel de un sueño vuelve como Mac Arthur después de ser derrotado. En su segunda salida no se sabe si va a intentar el *sorpasso* al PSOE o la alianza, pero parece más la estrategia de Cunhal que la de Berlinguer. Nada que ver con el compromiso histórico. Pero insiste en la España plurinacional después del fracaso de la legislatura sanchista, que sigue apostando por los separatistas. No quiere apoyar los Presupuestos del Gobierno del que fue vicepresidente. Habla de colaboración, pero no le crean. Lo que llega es la pelea. Lo que intenta es quedarse como protagonista contra Vox. Ataca a los banqueros, a la caverna mediática y a los ultras.

Ya no hace literatura ni quiere asaltar los cielos, sino reventar a la derecha cuanto más fuerte está. *Reventar* significa lanzar con violencia, liquidar, tener ansia de venganza. La izquierda que nació en la Puerta del Sol y en los platós habla ahora del pelotón de fusilamiento. Ha lanzado un discurso panfletario de izquierda agresiva y radical contra los medios y los jueces, animando al PSOE a tener agallas para derrotarlos. Será la segunda edición del «si se puede» que asombró a Europa desde la Puerta del Sol, con millones de votos, diputados, senadores y alcaldes. En aquel tiempo conectó con el descontento social mediante la confrontación entre los de arriba y los de abajo, presentando a «la casta» como el enemigo. La pelea va a ser diferente porque esta vez la juventud está con la derecha dura y Podemos está roto. Pero Iglesias está crecido.



LETI
Pharma

Somos un **laboratorio biofarmacéutico**
pionero que cuida de **personas, animales**
y **medio ambiente** con una visión **One**
Health y ambición internacional.

Vázquez asegura que radioterapia ya está «plenamente operativa»

El consejero de Sanidad confirma que la mesa del Hospital Virgen del Mirón llegará antes de que acabe el año: «No entiendo el nerviosismo de ciertas fuerzas»

MILAGROS HERVADA SORIA
La nueva Unidad de Radioterapia de Soria está «plenamente operativa» y ahora mismo no hay ningún paciente que requiera radioterapia en Soria que esté esperando, manifestó el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, sobre el funcionamiento del servicio, que comenzó su actividad en julio en el Hospital Universitario Santa Bárbara. Vázquez aclaró que todos los pacientes que pueden recibir su tratamiento en Soria lo están recibiendo, al margen de aquellos que por decisión médica y por requerir alguna técnica especial han de ir al hospital de referencia, es decir, a Burgos. «Se ha empezado en el mes de julio y ya tenemos un ritmo bastante adecuado, no hay ningún paciente que requiera tratamiento radioterápico en Soria que no se le pueda dar», matizó Vázquez, que acudió a la inauguración de las Jornadas Internacionales de Investigación en Enfermería, organizadas por el Consejo de Colegios Oficiales de Enfermería de Castilla y León y la Fundación Index, y también del nuevo centro de salud de Garay, con una inversión de 48.000 euros financiada con fondos de cohesión territorial.

El consejero, «satisfecho», por el funcionamiento de la unidad, afirmó que radioterapia se encuentra «dentro de los números previstos». «El acercar una prestación a la población hace más fácil que los médicos tengan menos dificultad a la hora de movilizar a un paciente, y, por tanto, nos pasará como en otros sitios, por ejemplo en Ávila, que ha superado las ex-



El consejero inauguró en Soria las Jornadas Internacionales de Investigación en Enfermería. MONTESEGUROFOTO

pectativas, pero aquí todavía estamos dentro de los plazos», añadió.

Del mismo modo, confirmó que la mesa del Hospital Virgen del Mirón llegará antes de que acabe el año, como ya anunció en el pasado pleno de las Cortes. «Me remito al 15 de julio de este año, que estuve en Soria, y dije dos cosas importantes. Una, cuando se aproximara el fin de las obras del Santa Bárbara, y dos, dentro del último trimestre del año 2025. Toda-

vía creo que estamos dentro del último trimestre y existe margen para poder convocarla, y la Junta de Castilla y León cumple con lo que dice. No entiendo el nerviosismo de ciertas fuerzas por tener la Mesa del Mirón. Todavía estamos en el plazo que yo me comprometí», destacó, en referencia a las críticas del PSOE en este sentido.

Por otro lado, Vázquez, que también visitó las obras del Santa Bár-

bara, que concluirán a principios de 2026, anunció que en la próxima Mesa Sectorial de Sanidad se aprobará el aumento de 67 plazas de enfermería especializada para atender a ese sector de la población envejecido y con enfermedades crónicas. Se trata de profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria para dar respuesta mucho más especializada y con mayor experiencia «a este problema importante del envejecimien-

to y la cronicidad», recalcó. El primer objetivo en los siguientes meses, avanzó, es contar con una plaza de enfermera especialista por cada centro de salud para poder gestionar los casos de cronicidad dentro del sistema sanitario y potenciar la educación de los pacientes para «llegar al cabo de los años y después de varias generaciones, a romper ese binomio entre envejecimiento y cronicidad, para hablar mucho más de longevidad».

En ese sentido, destacó la labor realizada en jornadas como las que se celebran estos días en Soria y que reúnen a unos 250 participantes. «Yo creo que foros como éste son importantes porque se intercambian experiencias y, sobre todo, las conclusiones nos pueden servir para intentar mejorar la atención a nuestros pacientes crónicos, a nuestros pacientes mayores».

La cronicidad supone actualmente el 80% de las atenciones que se dan en el sistema de atención primaria de Castilla y León y el 60% de los ingresos hospitalarios. «Estamos hablando de aspectos muy importantes, tanto por el volumen de población como por la importancia que tienen dentro del sistema sanitario», y matizó que «la profesión más indicada para gestionar y cuidar a los pacientes crónicos de edad avanzada es la enfermería».

Por su parte, el presidente del Colegio de Enfermería de Castilla y León, Enrique Ruiz, apuntó que las jornadas tienen como objetivo que los profesionales continúen investigando, ya que redundará en una disminución del gasto sanitario y la mejora del paciente. Por eso reclamó que la investigación que está desarrollando la enfermería, «no se quede en los congresos ni en los cajones, sino que se pueda aplicar al día a día de nuestros trabajos para poder dar una información a los ciudadanos, para poder dar una educación para la salud y transmitirles unos hábitos saludables».

INSTRUMENTOS FINANCIEROS de GARANTÍAS

FINANCIACIÓN PARA

PYMES Y AUTÓNOMOS

Proyectos empresariales de inversión
Capital circulante asociado a inversiones

EMPRESAS INNOVADORAS

Proyectos de I+D
Planes de negocio

Desde el Instituto para la Competitividad Empresarial de Castilla y León (ICECYL) apoyamos la financiación de tus proyectos empresariales y las necesidades de financiación del circulante asociado a esas nuevas inversiones, aportando garantías y avales ante las entidades financieras

Plataforma financiera: www.empresas.jcyl.es

PAPEL | SALUD

UNA MUTACIÓN GENÉTICA Y DOS CÁNCERES: "LA OSTOMÍA NO ME HA FRENADO"

Marina Villanueva. A los 19 años le detectaron una alteración genética rara que terminó en tumor de colon. Tras varias cirugías, decidió quedarse con la bolsa para siempre

Por María Toldrà (Madrid). Fotografía Sergio González

Con solo 19 años a Marina Villanueva le detectaron una enfermedad genética rara que le causó cáncer de colon. Tenía más de cien pólipos desde el ciego hasta el recto. Tras varios procedimientos, le practicaron una ileostomía temporal, pero, después de varias operaciones y complicaciones, fue ella misma quien decidió quedarse con la bolsa de manera definitiva: «Fue mi elección».

Aparece para la entrevista con un *crop top* en el que asoma, sin disimulo, la bolsa donde se depositan sus heces. No tiene complejo alguno. «Hago vida normal, voy a la universidad, hago deporte, escaló... La bolsa no me ha frenado», admite. Y no es un recurso retórico: no ha echado el freno ni un instante; más bien parece que solo ha cogido carrerilla.

Ha convertido su experiencia en un altavoz. Comparte en sus redes sociales cómo se cambia la bolsa, cómo entrena, cómo viaja. Todos los cómo habidos y por haber. Por si fuera poco, ha escrito un libro, *Contagando sonrisas. Diario de una ostomizada* (Círculo Rojo). Y, además, ha terminado la carrera de Biomedicina casi sin pestañear. Un curso por año después de pasar un cáncer de colon y otro de tiroides.

Ambas dolencias derivaron de la poliposis adenomatosa familiar (PAF). «Se trata de una alteración genética rara que provoca la aparición de pólipos en el colon y el recto desde edades muy tempranas», explica su médico, Fernando Mendoza Moreno, especialista en cirugía general y del aparato digestivo del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares). «Los pacientes desarrollan un cáncer colorrectal en el 100% de los casos y la incidencia suele darse en la segunda o tercera década de la vida, entre los 20 y los 30 años», añade.

El diagnóstico comienza habitualmente con una colonoscopia y se confirma mediante un estudio genético del paciente y de sus familiares. Cuando el gen APC está mutado, las células proliferan de forma anómala no sólo en el epitelio intestinal (donde se forman los pólipos), sino también en otros tejidos, como la tiroides.

A raíz de la enfermedad, le tuvieron que hacer una ileostomía temporal, una apertura quirúrgica en la parte final del intestino delgado (íleon) que se conecta a la piel del abdomen para desviar la salida de las heces hacia una bolsa exterior. Recuerda perfectamente la primera vez que le hablaron del procedimiento. «Me dijeron que iba a ser provisional, que luego podrían reconectar el intestino», cuenta.

Como, en un principio, iba a ser eso, temporal, hizo rehabilitación de suelo pélvico. Cuando el ano y el esfínter dejan de usarse durante meses, igual que cualquier músculo, si no se trabaja, se atrofia. La fisioterapia lo evita y prepara al paciente para recupe-

rar la continencia cuando se cierre la bolsa. Además, tras una cirugía abdominal aumenta el riesgo de complicaciones en la pared muscular. «El problema es que si esa faja abdominal se ha roto, es más fácil que aparezca una hernia. Por eso hay que aprender a trabajar con la faja natural, el *core*, y mantener activa la musculatura del suelo pélvico y el esfínter pensando en la reconstrucción», indica su fisioterapeuta Mayte Blanco.

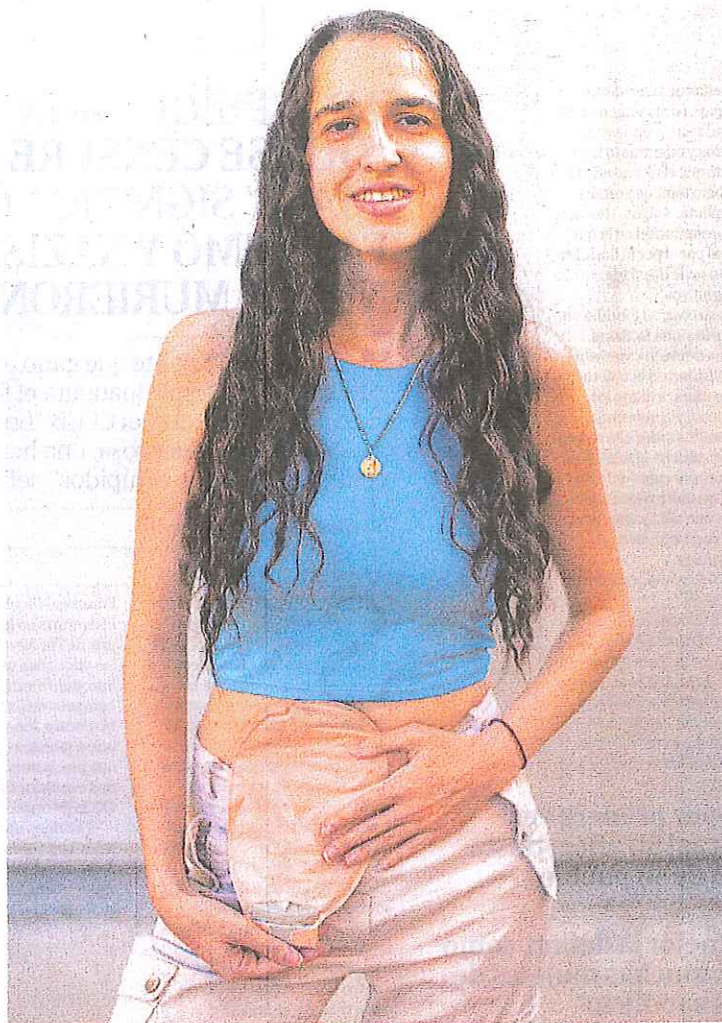
Al final no pudieron reconectar el intestino para que volviera a evacuar por el ano. Surgieron complicaciones: cuando intentaron cerrarle la ileostomía apareció una fistula enterovaginal. «Después de que me quitaran la bolsa, las heces salían por la vagina», detalla

Marina. Los médicos intentaron tratarlo de manera conservadora, con antibióticos y reposo digestivo, pero no funcionó. «Teníamos varios escenarios: volverla a operar para desconectarla de manera definitiva o dejar una ileostomía como antes hasta que cicatrizara. Marina, de manera muy madura, decidió quedarse con la bolsa para siempre», cuenta Mendoza.

En realidad, no fue una tarea nada fácil, aunque lo cuente con soltura. Acostumbrarse a la bolsa costó lo suyo. Al principio se despegaba constantemente por la acidez de la materia fecal. «Me despertaba noche sí y noche también bañada en heces. Iba a la universidad sin apenas dormir», cuenta la paciente.

"Esto es una discapacidad invisible. Muchos lo viven con vergüenza o como un secreto, incluso con su familia"

"El 100% de los pacientes con poliposis adenomatosa familiar desarrolla un tumor en la década de los 20 o 30 años"



Marina Villanueva posa mostrando sin pudor la bolsa o ileostomía.

El camino de aprendizaje no lo hizo sola. No solo tuvo a su lado al doctor Mendoza y a la fisioterapeuta Blanco, estuvieron Esther Merino y Elena Esteban, enfermeras estomaterapeutas, que la acompañaron desde antes de la cirugía. Son las encargadas de marcar el estoma, explicar qué es el aparato colector, en qué consiste la operación y cómo retomar una vida cotidiana con normalidad. Enseñan al paciente a cambiarse la bolsa, le dan pautas sobre hidratación y alimentación y, sobre todo, le ayudan a entender que vivir con una ostomía también es vivir.

«Al principio no pueden comer con normalidad, porque el intestino delgado tiene que asumir parte de las funciones del grueso y eso requiere un tiempo de adaptación. Les enseñamos a seguir una dieta sin fibra insoluble, para evitar un débito líquido, la pérdida de nutrientes, la deshidratación o la desnutrición, y garantizar una mejor calidad de vida», precisa Merino.

Su labor no se limita a la técnica. También acompañan en lo emocional y en lo social. Muchas veces el mayor obstáculo no es la cirugía, sino el tabú. «Esto es una discapacidad invisible. Muchos pacien-

tes lo viven con vergüenza o como un secreto, incluso frente a sus propias familias», subraya Esteban.

De ahí la importancia de dar visibilidad a estas situaciones, educar al entorno y normalizar la vida con una ostomía. Y eso Marina lo hace muy bien. «Decidí empezar a hacer vídeos contando las cosas que a mí de verdad me hubieran gustado saber», enfatiza. Desmonta mitos uno a uno. En clase, por ejemplo, en vez de no contarlos, lo explicó. «Me acuerdo que cuando sonaba la bolsa o gases superfuertes, la gente se ponía a reírse conmigo ya porque sabían lo que era», recuerda entre risas.

El equipo multidisciplinar del Hospital Príncipe de Asturias que la ha acompañado durante estos años lo resume con una mezcla de orgullo y afecto: «No todo el mundo tiene la actitud de Marina, su constancia, su disciplina, sus ganas. Ni todo el mundo sabe por dónde empezar ni es capaz de pedir ayuda». Lo confirma con la misma certeza que expresa su fisioterapeuta Mayte Blanco: «Marina Villanueva es extraordinaria. En el mundo tendría que haber muchas más Marinas».

CASTILLA Y LEÓN

Vázquez anuncia 67 nuevas enfermeras especializadas en envejecimiento y cronicidad

El consejero dice que aportará los datos del cribado de cáncer cuando el Ministerio ponga la aplicación informática necesaria

MILAGROS HERVADA SORIA
El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, anunció ayer en Soria que en la próxima Mesa Sectorial de Sanidad se aprobará el aumento de 67 plazas de enfermería especializada para atender al sector de la población envejecido y con enfermedades crónicas. Se trata de profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria destinado a dar respuesta mucho más especializada y con mayor experiencia.

El primer objetivo en los siguientes meses, avanzó, es contar con una plaza de enfermera especialista por cada centro de salud para poder gestionar los casos de cronicidad dentro del sistema sanitario y potenciar la educación de los pacientes para «llegar al cabo de los años y después de varias generaciones, a romper ese binomio entre envejecimiento y cronicidad, para hablar mucho más de longevidad».

En ese sentido, destacó la labor realizada en jornadas como las que se celebran estos días en Soria, las Jornadas Internacionales de Investigación en Enfermería, organizadas por el Consejo de Colegios Oficiales de Enfermería de Castilla y León y la Fundación Index, y que reúnen a unos 250 participantes. «Yo creo que foros como éste son importantes porque se intercambian experiencias y, sobre todo, las conclusiones nos pueden servir para intentar mejorar la atención a nuestros pacientes crónicos, a nuestros pacientes mayores».

La cronicidad supone actualmente el 80% de las atenciones que se dan en el sistema de atención primaria de Castilla y León y el 60% de los ingresos hospitalarios. «Estamos hablando de aspectos muy importantes, tanto por el volumen de población como por la

importancia que tienen dentro del sistema sanitario», y matizó que «la profesión más indicada para gestionar y cuidar a los pacientes crónicos de edad avanzada es la enfermería».

Asimismo, Vázquez también se refirió a la petición del Gobierno de los datos de cribado de cáncer de mama a las Comunidades Autónomas y aseguró que no tendrá «ningún inconveniente», una vez que dispongan de la aplicación informática que le tiene facilitado el Ministerio. Explicó que el Gobierno ha solicitado algo «absolutamente inrealizable, que es pedir datos de cinco años atrás, porque, realmente, no están en el sistema. Habría que recoger los datos uno por uno». Y añadió que con esta petición, el Ministerio de Sanidad se ha saltado «a la topera, una vez más, un acuerdo del Consejo Interterritorial». Por eso, informará dentro de los márgenes que están pactados en la ponencia de cribados abordada en dicho Consejo.

«Si el Ministerio quería otra cosa, debería haber reunido a las comunidades autónomas y haberles pedido su consenso y su conformidad para poder dar los datos. Todo lo demás, me parece que es una utilización absolutamente partidista de un órgano muy importante en la coordinación del sistema sanitario, como es el Consejo Interterritorial», concluyó.

Por otro lado, la Consejería de Sanidad reclamó al Ministerio la rectificación inmediata de varios indicadores clave del Sistema Nacional de Salud referidos a la valoración de la sanidad pública en la Comunidad, publicados de manera errónea en la web ministerial. Incluyó y que ofrecen una imagen «distorsionada de la realidad asistencial y de la calidad del sistema de sa-

lud castellano y leonés». El Servicio de Estudios y Estadística de la Consejería ha confirmado que están mal malos cuatro tablas en las que se intercambian los datos con los de otra comunidad. Estos errores, según un comunicado de la Junta, recogido por Ical, afectan a la fiabilidad de los resultados y pueden tener repercusiones en la interpretación y toma de decisiones. En concreto, se ha pedido al Ministerio de Sanidad que rectifique los datos referidos en primer lugar al 'Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público', tabla en la que Castilla y León pasa del puesto 2, que es donde está realmente en el último Barómetro Sanitario publicado, al puesto 16 de la lista, que es lo que aparece por error en los indicadores.

En segundo lugar, hay que corregir el dato relativo a 'Satisfacción media de los ciudadanos con la información recibida en la consulta del médico de familia sobre su problema de salud', en el que se sitúa a Castilla y León en el puesto 14, cuando en el Barómetro Sanitario su lugar correcto es el 8.

El tercer dato que hay que corregir es el relacionado con la 'Valoración positiva de la atención recibida en las consultas del médico de familia de la sanidad pública', cuadro en el que el Ministerio ha situado a Castilla y León en el puesto 18 cuando la realidad es que le corresponde el 9.

Y en cuarto lugar, el dato referido a 'Valoración positiva de la atención recibida en las consultas del médico especialista de la sanidad pública', ya que el error detectado ubica a la Comunidad en el puesto 18, cuando su sitio real, según las encuestas nacionales de satisfacción, es el sexto.

Advierten de brotes de sarampión si bajan las tasas de vacunación

VALLADOLID
La Asociación Española de Vacunología (AEV) advirtió ayer de la necesidad de evitar de que las coberturas de vacunación bajen, porque si caen, «un solo caso importado de sarampión puede generar un brote en España». Son palabras del coordinador del Plan Estratégico de Vacunaciones de Andalucía, David Moreno, que participa, junto a casi medio millar de profesionales en el XII Simposio e la AEV que acoge Valladolid, para analizar el estado de la vacunología en España y los factores que condicionan las actuales coberturas de inmunización.

El encuentro pone el foco en el sarampión y la poliomielitis, dos patologías que parecían superadas pero que siguen siendo una amenaza debido al descenso de coberturas y a las desigualdades sanitarias a nivel global. «El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas que existen, de modo que cualquier debilitamiento de las coberturas vacunales se traduce casi de inmediato en brotes», añadió Montero, quien recordó que en el último año se han registrado brotes en varias comunidades autónomas dentro de una tendencia global preocupante, informal.

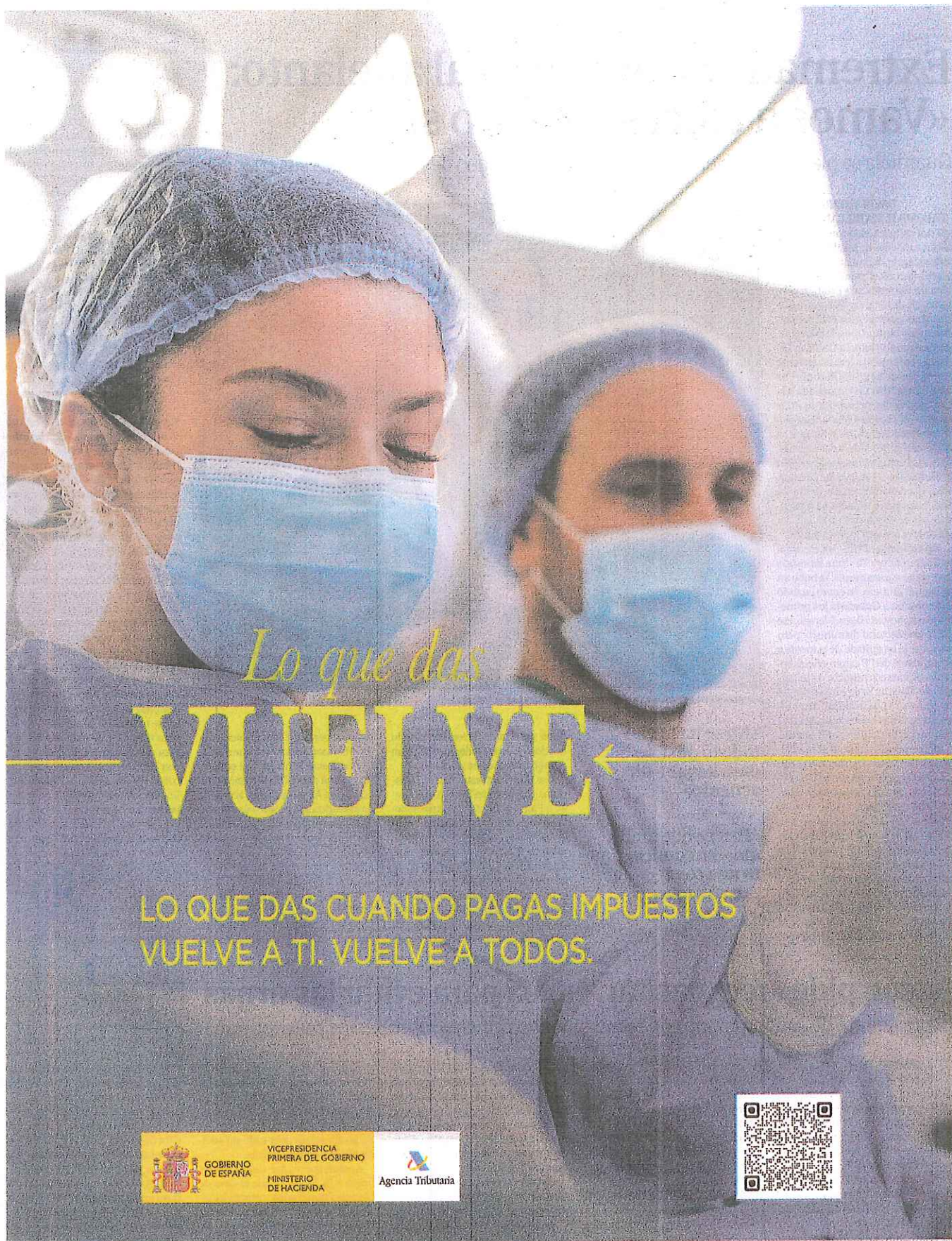
La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las ECDC Enfermedades, el ECDC, han alertado de un aumento significativo de casos en todo el mundo y países europeos en los que el sarampión estaba en vías de eliminación han sufrido retrocesos importantes. En España, la situación es de control, pero «con una fragilidad máxima».

Cerca de 400 personas exigen a la Junta cumplir el convenio

VALLADOLID
Cerca de 400 personas exigieron ayer ante la Consejería de la Presidencia que la Junta de Castilla y León cumpla el convenio de personal laboral firmado hace dos años y lleve a cabo la reclassificación y han asegurado que pedirán al presidente del Ejecutivo, Alfonso Fernández Mañueco, que «tome las riendas» en este asunto, informa E. Press.



Concentración para reclamar a la Junta el cumplimiento del convenio colectivo. Ical



Lo que das
VUELVE ←

LO QUE DAS CUANDO PAGAS IMPUESTOS
VUELVE A TI. VUELVE A TODOS.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

VICEPRESIDENCIA
PRIMERA DEL GOBIERNO

MINISTERIO
DE HACIENDA



Agencia Tributaria





Maratón de donación de sangre, en el Hospital de Santa Bárbara. MARIO TEJEDOR

Maratón de donación de sangre en Santa Bárbara

La campaña estaba especialmente diseñada para los trabajadores de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

SORIA
El Hospital Universitario Santa Bárbara acogió un maratón de donación de sangre, organizado por la Junta de Castilla y León, a través del Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, con la colaboración de la Hermandad de Donantes de Sangre de Soria.

La sala habilitada al efecto estaba ubicada en el Área de Formación, en la planta o junto al Servicio de Rehabilitación, en el acceso al hospital por la calle Doctor Fleming. El horario previsto para poder donar fue de 08.45 a 14.15 y de 15.45 a 21.15 horas. Esta campaña de donación de sangre estaba especialmente diseñada para los trabajadores de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), pero también podían donar pacientes y familiares.

Los requisitos y recomendaciones para poder ser donante de sangre son: ser mayor de 18 años; pesar más de 50 kilos; gozar de buena salud; desayunar bien, si se va a donar por la mañana y, si va a ser por la tarde, esperar dos horas después de comer; y se recomienda beber agua para facilitar la donación.

Además, es imprescindible presentar el documento físico del DNI y no padecer ni haber padecido anteriormente cáncer, ni ninguna enfermedad transmisible por la sangre (hepatitis B o C, sida, sífilis). Si se ha padecido hepatitis A en la infancia hay que comunicarlo, pero sí se puede donar.

Hay una serie de causas por las que no se puede donar sangre de manera temporal, como haber sufrido una intervención quirúrgica.

En este caso, debe esperarse cuatro meses, si ha sido cirugía mayor, o una semana, en caso de tratarse de cirugía menor. Si se ha tenido fiebre hay que esperar 15 días a partir del momento en que deja de tenerse. Tras una extracción dental, endodoncia, extirpación de verrugas o quistes, hay que esperar una semana; tras una endoscopia, tatuajes, piercing o pendientes, cuatro meses.

Si se han realizado viajes internacionales recientemente hay que consultarlo con el médico antes de donar. En caso de estar embarazada, no se puede donar hasta que hayan transcurrido seis meses desde el parto (también en el caso de aborto).

Es importante saber que con una sola donación se pueden salvar hasta tres vidas.



La estructura navideña de Mariano Granados. MARIO TEJEDOR

NAVIDAD

CULMINA EL MONTAJE DEL GRAN 'PINO' LUMINOSO DE GRANADOS

La estrella ya está culminando el 'pino' de Navidad de Mariano Granados. Iluminaciones Ximénez, la empresa que se encarga del montaje de la decoración navideña, cerró el montaje de la estructura singular en la céntrica plaza, todo un emblema de la ornamentación del periodo. La firma tiene que anticipar los trabajos para poder llegar a los numerosos contratos que tiene en ciudades españolas. Paralelamente, el Ayuntamiento ha lanzado los procesos de contratación del belén de la plaza Mayor, del mercado de la plaza de las Mujeres y de la pista de hielo.



Rodajes del Proyecto Kino Rueda. MARIO TEJEDOR

CERTAMEN DE CORTOS

KINO RUEDA REALIZA VARIOS RODAJES EN SU DÉCIMA EDICIÓN

Kino Rueda, dentro del Certamen Internacional de Cortometrajes Ciudad de Soria, alcanza su décima edición y ayer se desarrollaron varios rodajes dentro de esta experiencia, una plataforma de producción audiovisual en Soria. Este año Kino Rueda amplía su oferta formativa y participativa, por ejemplo con Kino Soria Kids, un taller diseñado específicamente para el público infantil. El programa también incluye talleres formativos para adultos, dedicados a áreas clave de la producción audiovisual, como música para audiovisual con IA y desarrollo de guión.

SER HÍBRIDO
ya no es la cuestión



Ahora la cuestión es
SABER ELEGIR



Nuevo Mitsubishi ECLIPSE CROSS PHEV

Consumo medio (l/100 km): 2,0. Emisiones de CO₂ (g/km): 46 (40 NEOC).



MADURGA S.A.
Eduardo Saavedra 46
Soria 42004
Tel: 975 22 14 50



ESPAÑA



JAVIER BELVER / EFE

PLANTE DE LAS 12 CONSEJERÍAS DE SANIDAD DEL PP AL MINISTERIO EN EL INTERTERRITORIAL

El Consejo de Interterritorial de ayer se preveía intenso. No solo por los más de 20 puntos para ser votados, sino por el clima de crispación que los choques entre las CCAA del PP mantienen con el Ministerio de Mónica García a cuenta de los cribados.

No hubo pleno. Las CCAA del PP leyeron un manifiesto con los motivos del plantón. El vicepresidente del pleno del CISNS y consejero de Castilla y León, Alejandro Vázquez, señaló las «incesantes faltas de respeto mostradas por parte del Ministerio».

Sanidad insiste en el desgaste del PP con una ofensiva legal

Mónica García estudia «todas las vías posibles» para lograr los datos de cribados

S. VALLE / P. PÉREZ / I. POVEDA
MADRID / ZARAGOZA

Los rifirrafes entre las CCAA del PP y el Ministerio de Sanidad a propósito de los cribados se materializaron ayer en un plantón en el seno del Consejo Interterritorial. «Nunca hasta ahora había sucedido», aseguró Mónica García, ministra de Sanidad, en la rueda de prensa posterior, al tiempo que reconoció que era «el único intersectorial» en el que no lo habían hecho hasta ahora y que tampoco fue «una sorpresa».

Todo tiene su origen en la petición de los datos de los cribados a las CCAA con motivo de las negligencias ocurridas en Andalucía. La espantada de los consejeros de las regiones populares fue anunciada al inicio del pleno, a través de la lectura de un documento. «Nunca, a lo largo de la historia de este órgano de coordinación, se había utilizado de manera tan ideológica y al servicio de los intereses del partido en el poder, situando las prio-

riedades políticas por encima del buen funcionamiento del SNS».

Este argumento se basa en la acusación a la ministra de Sumar de la ruptura de la esencia del consejo, «que se basa en el diálogo y la búsqueda de acuerdos compartidos». «En lugar de convocar reuniones extraordinarias cuando surgen discrepancias técnicas, el Ministerio impone sus decisiones de manera autoritaria, desvirtuando los acuerdos alcanzados en las ponencias y comisiones técnicas», sostienen en el PP.

García se defendió exponiendo los puntos que el Interterritorial dejó sin consenso hasta nueva cita. «Hoy [por

ayer] tenían la oportunidad de dar seguridad a sus ciudadanos, pero han decidido boicotear la transparencia», esgrimió tras detallar que no se pudo votar el empleo de dos millones de euros para sistemas de vigilancia de cáncer y centros de excelencia oncológica, la ampliación de la cantidad de cribados neonatales, el aumento hasta los 74 años del cribado del cáncer de colon o el procedimiento para certificar las patologías de aquellas personas que han estado expuestas al amianto, entre otras.

También aseguró de forma categórica que el Ministerio va a «estudiar todas las vías legales» para que los consejeros del PP aporten las respuestas que se les requieren. «Pedir información nunca puede ser insulto». ¿Están obligadas las CCAA a responder a esta petición? García afirma que las autonomías deben, por mandato legal, atender a esto. Los juristas consultados aseguran que hay respaldo para ello.

Antonio Timón, profesor de Derecho Administrativo de la Universidad Pontificia de Comillas, aclara que las autonomías pueden negarse a ofrecer esta información si la petición del Ministerio es sobre uno o varios «casos concretos», pues, recuerda, que «los datos sanitarios están especialmente protegidos por la legislación, pero se pueden pedir los datos si están anonimizados». «Los datos generales de los cribados se pueden exigir [número de mujeres que han participado en el cribado, porcentaje de detección, etcétera], pero no los individuales que identifiquen a personas», aclara Timón.

Desde Sanidad se asegura que lo único que se está solicitando son los datos anonimizados, «cabén en un

Excel», ha argumentado en más de una ocasión la ministra. ¿Qué datos se piden? Cobertura de invitación al cribado, coberturas del año índice, tasa de participación, resultados... «En la nueva herramienta [la que está pendiente de configurarse] sí puede ser más complicado porque hay indica-

del sistema de información del programa poblacional de cribado de cáncer del SNS, aprobado por todas las CCAA en abril de 2025. También se recogen las normas que amparan la confluencia central de los datos.

«No hay base legal que ampare la petición», dicen. Fuentes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid aseguran que «no se trata de no suministrar información. Las comunidades no se niegan. Lo que se ha dicho es que el Ministerio no ha definido los indicadores ni los datos que hay que medir. Ese es el gran problema». Además, señalan que «hay unos criterios técnicos suficientes como para poner en tela de juicio toda la actuación del Ministerio».

Por otro lado, si efectivamente son los datos generales de los cribados lo que está exigiendo el Ministerio a las CCAA, «de modo que no se puedan identificar los datos de salud de mujeres concretas, de acuerdo con la Ley de Transparencia, tiene que facilitarlos», sentencia el jurista.

La normativa detrás de este cumplimiento en los términos expresados por Timón sería la Ley de Transparencia. Además, de acuerdo con otros juristas que prefieren no aparecer, la Ley de Autonomía del Paciente, también respalda la obligación de las autonomías a cumplir con la petición de Sanidad. Otras fuentes consultadas apuntan el artículo 13 de la Ley General de Salud Pública, para calificar de «deslealtad institucional» la negativa. «Todas las autoridades públicas están involucradas en este asunto [el de los cribados]. Sin datos no hay planificación posible, no se puede recabar financiación para hacer frente a las nuevas necesidades, pues no se sabrían cuáles son».

NORMATIVA

EUROPEA. Se atenderá a los requerimientos de la Comisión (Eurostat) relativos al suministro de información de registros administrativos basados en los datos obtenidos de los programas de cribado de cáncer implantados, en base a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2022/2294 de la Comisión de 23 de noviembre de 2022.

MARCOS NACIONALES. Los juristas consultados apuntan a la Ley de Transparencia, la Ley General de Salud Pública y la Ley de Autonomía del Paciente. También el Real Decreto 568/2024, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud.

dores básicos y complementarios», aseguran fuentes ministeriales.

Aunque en la misiva que Sanidad envió a las CCAA se piden los más de 20 indicadores de cribado por tipo de cáncer (mama, cervix y colon) que se plasman en Documento de consenso

CASTILLA Y LEÓN

La lista de espera para ser operado sube en Castilla y León siete días hasta los 87

La demora media para ser intervenido crece en todos los hospitales menos en el del Bierzo, con el Clínico de Valladolid (41 días) con la menor espera y el de Burgos (113), la peor

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
No hay verano sin que se prolongue la demora para recibir una cirugía. Entre vacaciones de sanitarios y el correspondiente cierre de camas hospitalarias, la saturación del sistema vuelve ser una tónica predominante desde julio a septiembre. O, al menos, así se vislumbra con la subida en la lista de espera quirúrgica en Castilla y León, con siete días más de incremento que vuelven a provocar un retroceso tras la ostensible mejora que se había producido en el segundo trimestre del año, que a su cierre la marca quedó en 80 días de espera.

Con el cambio del último dígito, ya no son 80 sino 87 las jornadas que tiene que esperar de media un paciente de la Gerencia Regional de Salud para someterse a una intervención quirúrgica. Un reflejo de que el período estival vuelve a pasar factura en los complejos hospitalarios de la Comunidad, cuyas estadísticas de demora crecen de uno a otro y con la única excepción de El Bierzo, que concentra toda la positividad tras lograr disminuir la demora en cinco días.

Los últimos datos ofrecidos por la Consejería de Sanidad permiten vislumbrar que las tendencias se mantienen en su inmensa mayoría, con el Clínico de Valladolid repitiendo, de nuevo, con la mejor situación entre los grandes hospitales de Castilla y León. Lo consigue sin mejorar sus datos, con cinco días más de espera quirúrgica y que eleva el cómputo total hasta 41, pero tal es su diferencia con el resto de complejos que hace prever que su puesta en cabeza va a estar difícilmente discutida en el cuarto y último trimestre del año.

Basta un ejemplo para que ese pronóstico sea firme, de forma que su 'trial' en la capital vallisoletana, el Hospital Universitario del Río Hortega, se sitúa en la segunda posición de la clasificación regional con una diferencia de 43 días respecto al Hospital Clínico Universitario, lo que supone ligeramente más del doble. Un desequilibrio que, si bien es arrastrado entre ambos servicios desde varios trimestres atrás, ahora se vuelve a agrandar debido a la semana que suma el Río Hortega en su demora para recibir a un paciente en un quirófano, que acaba el tercer trimestre con 84 días.

Más dispar es la comparativa con el resto de grandes hospitales de Castilla y León, como se aprecia en el Complejo Asistencial de Salamanca, donde se acumulan 91 días de espera quirúrgica y que suponen 16 más respecto a los tres meses anteriores. O en el Complejo Asistencial de León, con 103, que son 7 más frente al pasado trimestre; o el de Burgos, con 117, que son 17 más.

Esa evolución negativa que sufre el

Pacientes en lista de espera quirúrgica			
Por hospitales		Lista de espera estructural	
(A 30 de septiembre de 2025)		Pacientes	Días
■ Avila	1.072	62	
■ Burgos	4.249	117	
■ Miranda de Ebro	590	91	
■ Aranda de Duero	543	95	
■ León	4.852	103	
■ Bierzo	2.088	112	
■ Palencia	963	32	
■ Salamanca	3.847	91	
■ Segovia	1.399	52	
■ Soria	700	71	
■ Río Hortega Valladolid	3.094	84	
■ Medina del Campo	495	62	
■ Clínico Valladolid	1.799	41	
■ Zamora	1.488	62	
■ Total	27.179	87	

Por especialidades		Lista de espera estructural	
		Pacientes	Días
■ Angiología/cirugía vascular	446	59	
■ Cirugía cardíaca	144	79	
■ C. general y aparato digestivo	4.625	75	
■ Cirugía maxilofacial	270	82	
■ Cirugía pediátrica	280	50	
■ Cirugía plástica	831	123	
■ Cirugía torácica	133	85	
■ Dermatología	198	29	
■ Ginecología	969	58	
■ Neurocirugía	513	84	
■ Oftalmología	4.556	48	
■ Otorrinolaringología	2.984	90	
■ Traumatología	8.665	116	
■ Urología	2.565	89	
■ Total	27.179	87	

FUENTE: Consejería de Sanidad

ICAL

Complejo Asistencial de Burgos provoca que haya un cambio de posiciones en el ranking en lo que a demora se refiere, relegando al Hospital de El Bierzo de esa primera posición con la que cerró junio, gracias también a su mejora de cinco días en la demora media para una intervención quirúrgica.

El resto del balance refleja también subida en los hospitales de Ávila (+16), Aranda de Duero (+10), Miranda de Ebro (+17), Palencia (+4), (+6), Segovia (+6), Soria (13), Zamora (+5) y Medina del Campo (+3). De esta forma, el Complejo Asistencial de Ávila termina el verano con con 62 días de espera; el Hospital Santos Reyes, con 95; el Hospital Santiago Apóstol, con 91; el Complejo Asistencial de Palencia, con 32; el de Segovia, con 52; el de Soria, con 71; el de Zamora, con 62, los mismos que el Hospital de Medina del Campo.

21 DÍAS MENOS QUE EN 2024

La perspectiva cambia radicalmente si de los datos se toman con referencia al tercer trimestre de 2024. Este proceder es el que lleva a cabo el departamento dirigido por Alejandro Vázquez, con motivo de los 21 días de disminución en la espera quirúrgica, de 108 a 87.

A pesar de esa notoria mejoría, la situación no trasciende a todos los hospitales de la Comunidad sino que beneficia a nueve complejos. Al que más afecta es al Complejo Asistencial de Salamanca, donde se llega a reducir la demora en más de dos meses frente al mismo período del año pasado, con 63 días menos. Le siguen el Hospital del Bierzo, con una disminución de 48 días; el Complejo Asistencial de León, con 22 menos; el de Zamora, con 19 menos; el Clínico de Valladolid, con 8 menos; el Complejo

Asistencial de Segovia, con cuatro menos; el Río Hortega, con dos menos; y el Hospital de Medina del Campo, con uno menos.

En el revés, son cinco los hospitales que presentan un aumento en los tiempos para acometer cirugías, como es en el caso del Complejo Asistencial de Soria, con once días más, que es donde más sube. Está seguido del Complejo Asistencial de Burgos, con nueve jornadas más; el Hospital Santiago Apóstol, con cuatro más; el de Santos Reyes, con uno más, al igual que en el Complejo Asistencial de Ávila.

En lo que se refiere al número de pacientes, en el conjunto regional suben de 25.107 a 27.179, con subidas generales salvo en dos excepciones: Salamanca y León. En el complejo salmantino se termina septiembre con 6.251 usuarios, lo que suponen 109 usuarios frente al trimestre anterior, mientras que León lo hace con 7.154, que son 91 menos.

Al contrario, la mayor subida de pacientes se fija en Ávila, con 490 pacientes más para tener en espera a 1.559; seguido de Palencia, con 397 más, lo que supone tener a 1.196 pendientes de una intervención quirúrgica; el Clínico de Valladolid, con 344 más y 2.059 de cifra final; Zamora, con 330 y 2.245 en espera; El Bierzo, con 219 más y 3.029 en lista de espera; Segovia, que acaba el mes de septiembre con 1.624 usuarios a la espera de una llamada tras contabilizar 138 más; Burgos, con 129 más y 6.442 en espera; Santiago Apóstol, que cierra el trimestre con 677 pacientes pendientes de una cirugía tras sumar 137; Soria, con 105 usuarios más en espera de una intervención quirúrgica; y Medina del Campo, donde finaliza el tercer trimestre con 653 pacientes en espera, lo que suponen

nueve más.

No obstante, y según reseña la Consejería de Sanidad en su comunicación, los 27.179 pacientes en espera se alejan de los 42.574 de marzo de 2022, con un descenso global desde el inicio de legislatura de un 36,2 % y 15.395 pacientes. «Hay que destacar que en verano se suele reducir siempre la actividad, por lo que estas cifras de demora media y actividad quirúrgica son más reseñables», señalan al respecto, recordando que el organismo de Alejandro Vázquez viene implementando, desde 2022, un plan de choque que gira sobre el eje de un uso eficiente de los recursos propios, sin descartar, en caso de necesidad, el uso de medios adicionales, manteniendo siempre la garantía de calidad en la atención prestada.

Por especialidades, las que más pacientes suman en el tercer trimestre del año para una intervención son traumatología, con 8.665, cirugía general y digestivo, con 4.625, y oftalmología, con 4.556. Las que menos son cirugía cardíaca, con 144, y cirugía torácica, con 133 pacientes.

Por diagnósticos, los cuatro procesos con mayor número de pacientes en espera de intervención a 30 de septiembre de 2025 han sido los siguientes: cataratas (3.475 pacientes), artrosis de rodilla (1.465), hernia inguinal (1.278) y deformaciones adquiridas en dedos de manos y pies (1.020).

En cuanto al criterio de prioridad para ser intervenido —uno de los parámetros más importantes a la hora de analizar las listas de espera—, en el nivel 1, es decir, con indicación clínica de ser operados antes de 30 días dada su patología, hay registrados 910 pacientes, con una demora media de 10 días, y ningún paciente ha superado los 30 días en la fecha de corte.

VÁZQUEZ ACUSA DE «MANIPULACIÓN INDECENTE» A LA MINISTRA

«Nunca se han ocultado los datos, nunca se ha ocultado información y verdaderamente es una manipulación indecente lo que hace la ministra de Sanidad con el Pleno del Consejo Interterritorial». Así de contundente habló el consejero de Sanidad de Castilla y León, Alejandro Vázquez, tras el desplante realizado a Mónica García durante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, abandonado en masa por los representantes sanitarios de las comunidades gobernadas por el PP.

Ese levantamiento se producía a los pocos minutos de haber comenzado la reunión en Zaragoza en la mañana de este viernes, con un plantón generado con la polémica, aún en el aire, de los cribados de cáncer en Andalucía, gobernada por los 'populares', y que se acrecentaba en los últimos días tras informar el Gobierno de España que las comunidades del PP no estén ofreciendo los datos al respecto. Ante ello, minutos antes del encuentro, la ministra de Sanidad reiteró que cambiaran su estrategia.

«Esperamos que la ministra quiera coger la senda de diálogo, de consenso y de trabajo dentro del Pleno del Consejo Interterritorial (...) Hay que venir con este trabajo hecho aquí, discutirlo, aprobarlo, y no imponerlo de modo unilateral y de modo absolutamente partidista e ideologizante», dijo Vázquez tras negar la ocultación de datos en una rueda de prensa posterior a la retirada 'popular' del Consejo Interterritorial.

En prioridad 2 (máximo idóneo de 90 días para pasar por quirófano) había en el plazo analizado un total de 4.237 pacientes, con una demora media de 75 días. En prioridad 3 —plazo hasta 180 días— se han registrado en septiembre un total de 22.032 pacientes, con una demora media de 92 días.

El número total de pruebas pendientes en técnicas diagnósticas en los hospitales de Sacyl, en el período considerado, se ha situado así: el TAC suma 2.686 pruebas pendientes; la resonancia magnética 6.252 pruebas; las ecografías 7.393; y las mamografías pendientes suman 405.

Por lo que se refiere a los datos de demoras para una consulta externa hospitalaria, el balance a final de septiembre de 2025 indica que la espera media estructural se ha situado en 101 días. El registro de listas de espera en los hospitales de Sacyl refleja un total de 184.204 consultas externas en espera estructural a finales de septiembre.

CASTILLA Y LEÓN

Asaja critica que se añada burocracia al viticultor con más requisitos

BURGOS

Asaja criticó que se añada burocracia al viticultor con más requisitos en la declaración de la cosecha de uva. Denunció los problemas que está causando a los más de 7.000 viticultores que entregan uva en la Denominación de Origen Ribera del Duero el cambio en el sistema de declaración de cosecha, que ahora tiene que hacerse a través de la aplicación informática de la Junta.

En un escrito remitido a la Consejería, Asaja señaló que estas organizaciones en Burgos, Valladolid y Soria, provincias en las que asienta el sello vitivinícola, están recogiendo continuas quejas de los viticultores socios porque «es materialmente imposible hacer todas las declaraciones de cosecha mientras no se haga una aplicación adecuada y se dé un plazo más extenso para poder presentarlas».

Asaja señaló que en el programa propio del Consejo Regulador Ribera del Duero, Bacchus, pueden descargarse los datos, supervisados por los técnicos del Consejo, de declaraciones de cosecha de cada viticultor y de la bodega correspondiente.

Prohíben concentraciones de aves de corral para prevenir la gripe aviar

La decisión de la Junta entra hoy en vigor / Se establece un área de vigilancia adicional en la zona de Olmedo para un mayor control

VALLADOLID

La Junta prohíbe desde hoy la celebración de concentraciones de aves de corral y otras aves cautivas en la Comunidad Autónoma para prevenir la difusión de la influenza aviar ante la actual situación epidemiológica con siete focos que han llevado a sacrificar más de dos millones de aves.

Según consta en la Resolución de la Dirección General de Producción Agrícola y Ganadería publicada ayer en el BOCyL, queda prohibida la presencia y concentración de aves de corral y otras aves cautivas en los centros de concentración de animales definidos como tal en la Ley de sanidad animal, incluidos certámenes ganaderos, muestras, exhibiciones, celebraciones culturales y cualquier otro evento que implique la concentración de aves de corral o de aves cautivas al aire libre.

Este documento especifica que no tendrán la consideración de aves cautivas las mantenidas en establecimientos autorizados para su venta a particulares como ave de compañía ni las aves de corral mantenidas en establecimientos comerciales para su poste-

rior venta al por menor a particulares.

Estas medidas entrarán en vigor este sábado y mantendrán su vigencia hasta 21 días naturales después de la declaración de un foco de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad en RAS-VB. La Resolución precisa que estas medidas serán de aplicación tras la declaración de cualquier nuevo foco y hasta el cumplimiento del plazo, «sin perjuicio de su posible prórroga o modificación en función de la evolución de la situación sanitaria».

El BOCyL publica una segunda Resolución de la Dirección General de Producción Agrícola y Ganadería por la que se establece un plan de control y vigilancia intensificada de la gripe aviar de alta patogenicidad en la zona de restricción adicional establecida en Olmedo (Valladolid) tras la detección de diversos focos de este tipo.

El objetivo de esta área de vigilancia adicional es realizar un mayor control de la zona «y evitar cualquier riesgo de propagación de la enfermedad». El plan de vigilancia intensificada afecta a 20 kilómetros de radio alrededor de cada foco declarado o que se declara

en un futuro de influenza aviar de alta patogenicidad en la zona de Olmedo. La Dirección General distingue a su vez la zona de restricción en tres: Zona de Protección (ZP), de 3 kilómetros alrededor de cada foco; Zona de Vigilancia (ZV), de entre 3 y 10 kilómetros alrededor de cada foco, y Zona de Restricción Adicional (ZRA) de entre 10 y 20 kilómetros alrededor del foco.

En el caso de la zona de restricción adicional, mientras haya algún foco activo sólo se realizarán movimientos de aves de corral vivas con destino directo al matadero más cercano posible dentro de esa zona, «salvo situaciones excepcionales y previa autorización de la Autoridad Competente».

Por su parte, los movimientos con destino a matadero, fuera de la ZR, serán comunicados previamente por las empresas a la Unidad Veterinaria correspondiente y a la Sección de Sanidad y Producción Animal de los Servicios Territoriales de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural y al Servicio de Sanidad Animal para que procedan a la ejecución de controles por los Servicios Veterinarios Oficiales.

Cesa a petición propia la jefe de Servicio de Sanidad Animal

VALLADOLID

La jefe de Servicio de Sanidad Animal adscrito a la Dirección General de Producción Agrícola y Ganadería, María Isabel Valdivieco Abad, ha cesado de su puesto a petición propia.

El cese de la jefe de Servicio de Sanidad Animal ha sido publicado en el Boletín Oficial de Castilla y León (BOCyL) de ayer viernes, a través de una Orden en la que la consejera de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, María González Corral, agradece a Valdivieco los servicios prestados.

Tras la publicación de este cese, la consejera de Agricultura y Ganadería, María González Corral, ha manifestado su «respeto» a la decisión personal de Valdivieco, sobre la que, como ha precisado, no tiene «nada que ver» el brote de gripe aviar registrado en la provincia de Valladolid.

«Ha sido un placer poder trabajar con ella durante todo este tiempo», zanjó la consejera González Corral tras la inauguración de la carpeta de Tierra de Sabor instalada con motivo de la Seminci 2025.

EL MUNDO
CASTILLA Y LEÓN

TODOS LOS MARTES
Una Ventana a la Innovación



El alcalde acusa a la Junta de «insultar» a los sorianos con la mesa del Mirón

Martínez recuerda a Mañueco que se comprometió a celebrar este encuentro de planificación del hospital en abril de 2024: «Hay que tener la cara muy dura»

MILAGROS HERVADA SORIA
El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, comprometió la celebración de la mesa de planificación del Hospital Virgen del Mirón en abril de 2024, han pasado 18 meses y sigue pendiente, criticó ayer el alcalde de Soria, Carlos Martínez, quien afirmó que este retraso es «un insulto a la inteligencia de los sorianos», acusando a la Junta de «tomadura de pelo». «Hay que tener la cara muy dura para que una reunión comprometida en noviembre del año pasado y diga que aún tiene tiempo», añadió, en referencia a las declaraciones del consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, el pasado jueves en su visita a Soria.

«Vuelve a mentirosos», lamentó el alcalde, y destacó que los sorianos llevan también 19 años esperando el fin de las obras del Hospital Santa Bárbara. «Una obra que tenía que estar acabada hace muchísimo tiempo porque el comienzo de esta obra de reforma parte del año 2007. Es el año que tomamos posesión de este Ayuntamiento. 19 años después, seguimos arrancando las obras del aparcamiento, o seguimos ajustándonos a unos plazos que para el señor consejero, para el señor Fernández Mañueco, para la Junta de Castilla y León, siempre son válidos», manifestó. El alcalde reclamó una fecha cierta para trabajar en la mesa de planificación del Hospital Virgen del Mirón después de la larga espera.

Por otro lado, la Junta de Gobierno Local dio vía libre a la convocatoria de las becas de movilidad internacional con 32 Erasmus+ para alumnado y personal de Formación Profesional, por más de 160.000 euros. A lo largo del año 2026, 25 estudiantes podrán realizar estancias formativas y profesionales en Europa durante 92 días en Irlanda, Italia, Malta, Portugal y Chequia.



El alcalde de Soria, Carlos Martínez. MARIO TEJEDOR

LICITACIÓN DE LAS ESCALERAS MECÁNICAS DEL CALAVERÓN ESTE AÑO

«Sorpresa» en el Ayuntamiento por que la licitación de la primera (de dos) fases del proyecto de escaleras mecánicas en el barrio del Calaverón haya quedado desierta. Ahora los técnicos están analizando los motivos de que el contrato no haya sido considerado atractivo, después de

consultar con algunas empresas, y busca determinar si la razón de que ninguna haya optado se encuentra en la obra civil que implicaría cambiar servicios municipales. Si fuera así, habría que hacer «las correcciones oportunas», aseguró el alcalde, Carlos Martínez.

En cualquier caso, la nueva licitación se publicaría antes de final de año, y el objetivo ahora es hacerla de las dos fases, la correspondiente al tramo de la Cámara de Comercio y el que enlaza con el parque de Santa Clara. «Vamos a ver si somos capaces de, en vez de sacar la primera fase, sacar las dos fases de forma paralela. Eso hace que sea más atractivo para los licitadores y también para que los dos

tramos los podamos tener en marcha el año 26, que es el objetivo que nos hemos marcado», recalcó el regidor, quien adelantó que una vez otorgada al Ayuntamiento una nueva ayuda europea para el barrio (de momento provisional y que conllevará una modificación presupuestaria) permite incluir la actuación con una nueva licitación incluyendo los dos tramos de escaleras previstos.

La campaña de Soria Bonos vuelve en apoyo del comercio con 250.000 euros

M.H. SORIA

Vía libre desde el Ayuntamiento a una nueva campaña de apoyo al comercio local a través de la campaña Soria Bonos. De nuevo, el Consistorio habilita una partida de 250.000 euros para incentivar las compras en los establecimientos de la ciudad. «El programa no sólo busca reactivar la economía, sino también fortalecer el tejido social y comercial de Soria, hacer ciudad y generar confianza entre quienes mantienen abiertos sus negocios y quienes los eligen para sus compras cotidianas», señaló el alcalde de Soria, Carlos Martínez, quien recordó que en los últimos años se ha hecho un importante esfuerzo para mejorar la imagen de la ciudad en estas fechas para que «Soria sea un destino atractivo, vivo y dinámico durante la Navidad, tanto para la ciudadanía como para quienes nos visitan. Apostamos por una ciudad que combina comercio, cultura y convivencia en sus calles».

En la campaña 2024-2025 participaron 133 establecimientos, se emitieron 89.662 bonos y se canjearon 50.000, generando 1,7 millones de euros en ventas a partir de una inversión municipal de 250.000 euros. En esta ocasión se espera superar el centenar de comercios adheridos como en años precedentes.

Los días de mayor venta la pasada campaña fueron el 30 de diciembre y el 2 y 3 de enero, con más de 4.200 canjes en una sola jornada. Por edad, el 43% de las personas usuarias tienen entre 30 y 60 años, el 10% entre 19 y 30 años, y el 33,5% mayores de 60. En cuanto a los sectores, el comercio textil, calzado y complementos acumula el 32% de los canjes, seguido de ópticas, librerías, joyerías y tiendas de fotografía, con un 10% adicional.

Solicitud de 24 plazas en los talleres de formación

SORIA
El Ayuntamiento de Soria ha presentado tres nuevos proyectos dentro de la convocatoria de los Programas Mixtos de Formación y Empleo (AFE) del Servicio Público de Empleo de Castilla y León, que busca mantener 24 plazas formativas durante los próximos meses y movilizar 771.000 euros. Estas iniciativas se suman a los tres programas actualmente en ejecución, con otros 24 alumnos y una inversión global de 724.000 eu-

ros. Los nuevos talleres propuestos son de formación en construcción y fontanería y confección textil vinculada al Festival de las Ánimas. El primero, (12 meses, ocho alumnos) se centrará en Operaciones Auxiliares de Revestimientos Continuos en Construcción; el segundo formará en Fontanería y Calefacción Climatización Doméstica, y el tercero (nueve meses, ocho alumnos) seguirá formando en Arreglos y confección textil y piel.

LOS EDADES DEL HOMBRE

ESPE RANT

ZAMORA

Iglesia de SAN CIPRIANO | Catedral del SALVADOR

CASTILLA Y LEÓN

Junta de Castilla y León

El 'legado' sanitario que lastra a Montero

Sus recortes como consejera de Salud le dificultan rentabilizar ahora los cribados

CHEMA RODRÍGUEZ SEVILLA
El último Barómetro Andaluz del Centro de Estudios Andaluces (Cenra) —dependiente de la Consejería de Presidencia— otorgaba al PP de Juanma Moreno una intención de voto del 40,7%, con una horquilla de escaños en el Parlamento autonómico de entre 54 y 56 escaños. Por primera vez desde las elecciones de 2022, los populares ven peligrar la mayoría absoluta con la que gobiernan y eso coincide, además, con el estallido de la peor crisis a la que ha tenido que hacer frente en esta legislatura, la que ha sido provocada por los errores en los cribados del cáncer de mama.

Esa misma encuesta le daba al PSOE de María Jesús Montero un 23,3% de los votos que, en escaños, se traduciría entre 26 y 29 diputados, por debajo del resultado que obtuvo ese mismo partido en 2022 con Juan Espadas como líder y cabeza de lista, que ya fue la peor marca histórica del partido.

El barómetro del llamado CIS andaluz se hizo cuando la polémica por los cribados estaba aún en ciernes, pero incluso ahora el PSOE andaluz tiene dificultades evidentes para capitalizar el descontento generado.

El principal obstáculo es, precisamente, su secretaria general o, más exactamente, el pasado de su candidata a la Presidencia de la Junta, una sombra que acompaña a Montero cada vez que arremete contra el ejecutivo de Juanma Moreno y que le sirve de escudo al

PP frente a los ataques socialistas.

Más allá de los vaticinios demoscópicos, lo cierto es que Montero carga con una pesada mochila que se vuelve en su contra cada vez que habla de la sanidad pública andaluza. Su etapa como consejera de Salud (lo fue desde el 25 de abril de 2009 al 9 de septiembre de 2013) estuvo plagada, sobre todo en su recta final, de medidas de recortes y ajustes que debilitaron enormemente el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y dejaron el terreno abonado a la crisis que luego, siendo ella ya consejera de Hacienda, derivó en movilizaciones masivas y una contestación social que muchos relacionan con la debacle electoral de diciembre de 2018, cuando Susana Díaz fue desalojada del Palacio de San Telmo por la coalición que formaron el PP y Ciudadanos con apoyo de Vox.

Los recortes que promovió Montero en la sanidad pública están recogidos con detalle en un informe que en 2013 llevó a cabo la Cámara de Cuentas de Andalucía. La 'fiscalización de determinadas áreas de la gestión de recursos humanos del sector público sanitario en Andalucía' constata no solo recortes de personal y presupuestos, sino también pone de relieve los perjuicios que causó la reordenación del sector hospitalario que impulsó la hoy ministra de Hacienda.

Solo entre los años 2011 y 2013, la plantilla del Servicio Andaluz de Salud se redujo en 7.773 profesiona-

Más de 7.700 sanitarios, despedidos entre 2011 y 2013

Impulsó una reforma del SAS opaca e «inadecuada»



MOVILIZACIONES

EL DOMINGO. El Gobierno del PP andaluz se enfrenta este fin de semana a la que podría ser la mayor movilización en su contra, una concentración convocada por la asociación Amama, sindicatos y las mareas blancas junto al Palacio de San Telmo que se espera que sea multitudinaria.

COMISIÓN. Amama, que es la principal denunciante y promotora de las investigaciones abiertas por los cribados, no acudió ayer a la reunión de la comisión de seguimiento de la crisis. Su presidenta, Ángela Claverol, alegó que «en Amama, hacemos las cosas de manera más organizada, no con un 'aquí te pillo, aquí te mato' y que tenía «la agenda a tope».

María Jesús Montero, junto a Susana Díaz en 2014. J.M. VIDAL / EFE

les, un recorte del 8,2% del total. La entonces consejera de Salud despidió a 1.286 médicos, a 1.919 enfermeros, a 1.609 administrativos, a 700 celadores, 73 fisioterapeutas, 63 matronas y a 1.266 auxiliares de enfermería, entre otros empleados.

El gasto sanitario sufrió un tijeretazo del 7,26% en esta partida.

Pero no fue el único deterioro en el sistema sanitario andaluz. Asimismo, la Cámara de Cuentas ya puso de manifiesto en 2013 cómo en esos años se disparó la precariedad laboral en el SAS con un repunte extraordinario de la eventualidad, con una media mensual de 8.538 profesionales y un aumento del 800% en los contratados por acumulación de tareas.

La fusión hospitalaria, que María Jesús Montero anunció como la panacea para resolver muchos de los males del SAS, no escapó de las críticas de los auditores del órgano de fiscalización andaluz, que pone

de relieve no solo los perjuicios que conllevó, sino también su «inadecuada y poco transparente planificación». Y el objetivo no era otro, puntualiza la Cámara de Cuentas, que «reducir gastos».

Consciente de que la gestión de Montero de la sanidad es más que cuestionable, el PP andaluz recurre al pasado de la secretaria general al PSOE-A a la más mínima oportunidad desde que fue designada por Pedro Sánchez para sustituir a Espadas y, en plena crisis de los cribados, de forma recurrente para desacreditar sus ataques.

Hace solo unos días, el presidente de la Junta de Andalucía afirmó en el Parlamento —en respuesta a las críticas del PSOE— que los profesionales sanitarios con los que hablan le dicen que ahora están mejor que en la etapa de Montero como consejera de Salud y le piden «por Dios que no vuelva» porque les trataba «con la punta del pie».

Las mamografías 'olvidadas' por el SAS son ya 2.317

La Junta rechaza que los historiales médicos puedan manipularse sin dejar rastro

TERESA LÓPEZ PAVÓN SEVILLA
El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha elevado a 2.317 el número de mujeres que no fueron informadas del resultado de sus mamografías pese a que se les había detectado una lesión sospechosa. La cifra la ofreció este viernes el consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias, Antonio Sanz, en el transcurso de la primera reunión de la denominada Comisión de Participación y Seguimiento del Plan de Acción del Cribado del Cáncer de Mama de Andalu-

lucía, creada a raíz de los fallos detectados en el programa de detección precoz de la enfermedad.

Un 90% de esos errores se han dado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, y en todos se había superado el «plazo recomendado por las guías clínicas para el seguimiento de esos hallazgos».

De ese total de 2.317 pacientes que obtuvieron resultados no concluyentes (probablemente benignos), 1.778 ya se han realizado la prueba complementaria indicada por el radiólogo

go mientras que las 539 restantes tienen la cita para su prueba antes del 30 de noviembre.

El SAS no ha precisado, sin embargo, cuánto tiempo ha pasado entre la realización de las mamografías originales y esta información ofrecida ahora a las pacientes, aunque algunos testimonios hablan incluso de pruebas realizadas en el año 2023. Pero sí apunta que a las pacientes «no se les había informado de forma proactiva» y reconoce por primera vez que las mujeres han sufrido una

«demora superior al tiempo recomendado de revisión radiológica».

Durante esa reunión en la comisión de seguimiento, en la que han participado varias asociaciones de pacientes, además de varios responsables del Servicio Andaluz de Salud, también se ha descartado rotundamente que se haya producido algún tipo de manipulación de las historias clínicas de las pacientes.

La Fiscalía de Sevilla investigará las denuncias al respecto presentadas el pasado miércoles por la Asoc-

ciación Amama, que trasladó al Ministerio Público varios casos supuestos de alteración y modificación de la información accesible para los pacientes afectados.

Los documentos que se cuelgan en la plataforma digital del SAS Clic Salud y que forman parte de la historia médica de los pacientes «no se eliminan ni se modifican». Y, de hacerlo, quedaría un rastro que sería perfectamente identificable, han asegurado este viernes dos técnicos del Servicio Andaluz de Salud. La Consejería de Sanidad considera inverosímiles las denuncias realizadas por algunas mujeres que aseguran que han desaparecido de sus perfiles de Clic Salud algunas imágenes o informes.

La relación entre el bruxismo y el abdomen

El bruxismo puede generar sobrecarga muscular más allá del área orofacial, afectando también al cuello, la espalda y el abdomen, según un reciente estudio que muestra que las mujeres que padecen esta afección presentan una menor activación del músculo transversal abdominal, clave para la estabilidad del tronco, durante ejercicios de contracción voluntaria.



55

POR CIENTO de la población mayor de 15 años padece al menos una enfermedad crónica que, por otro lado, generan el 80 por ciento del gasto sanitario público y el 75 por ciento de las consultas de Atención Primaria, según un estudio reciente de Sanidad.

INVESTIGACIÓN | EL ENVEJECIMIENTO COMO FACTOR DETERMINANTE

UN ARMA LETAL EN LA EDAD AVANZADA

Un equipo de científicos logra descubrir por qué las personas mayores tienen un riesgo notablemente más elevado de sufrir complicaciones graves o fallecer a causa de la gripe

AGENCIAS

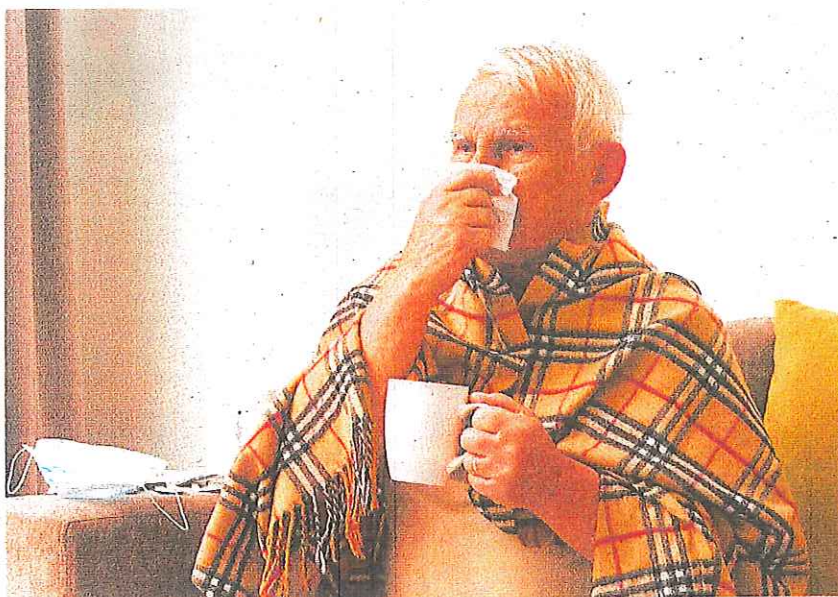
La gripe es una de las infecciones respiratorias más comunes en las épocas de otoño e invierno y también una de las más graves a nivel global, especialmente en las personas mayores, quienes tienen más probabilidades de sufrir complicaciones y de fallecer por esta causa. Por ello, la búsqueda de una explicación que justifique esa vulnerabilidad se ha convertido en una prioridad científica en los últimos tiempos.

La respuesta ha llegado de la mano de un grupo de investigadores de la Universidad de Nottingham (Reino Unido) que han descubierto que las personas de edades avanzadas producen una proteína glicosilada llamada apolipoproteína D (ApoD), que participa en el metabolismo lipídico y la inflamación, en niveles mucho más altos que en los adultos y jóvenes. Esto reduce la capacidad del paciente para resistir la infección viral, lo que resulta en una evolución más complicada de la enfermedad.

El equipo estableció que la producción altamente elevada de ApoD en el pulmón provoca un daño tisular extenso durante la infección que reduce la respuesta protectora del interferón antiviral.

Por ello, concluyeron que la edad es un factor de riesgo importante en las muertes relacionadas con la gripe, y, teniendo en cuenta que la población mundial está envejeciendo a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad, se plantean importantes desafíos para la atención sanitaria.

En este estudio, los científicos indagaron los mecanismos que se esconden detrás del aumento de la gravedad de la infección por el virus de la influenza con la edad utilizando un modelo de ratón envejecido y tejido humano de donantes. De esta forma, identificaron la ApoD como un factor celular relacionado con la edad que altera la activación de la respuesta antiviral



del sistema inmunitario, al causar una degradación extensa de las mitocondrias (mitofagia), lo que resulta en una mayor producción de virus y daño pulmonar.

Las mitocondrias son esenciales para la producción celular de energía y la inducción de interferones protectores, por lo que concluyeron que esta proteína glicosilada se presenta como un objetivo de intervención terapéutica para prote-

Un factor celular altera la respuesta antiviral del sistema inmunitario

ger contra la infección grave por el virus de la gripe en los ancianos, lo que tendría un impacto importante en la reducción de la morbilidad y la mortalidad en la población.

DE BEBÉS A ADOLESCENTES. Si bien la gripe se presenta como una enfermedad más letal para las personas mayores, también entraña riesgos en edades tempranas. Por este motivo, la Asociación Española de Pediatría (AEP), recomienda la vacunación sistemática de todos los niños y adolescentes de entre seis meses y 17 años.

Actualmente en España, la inyección antigripal solo está financiada para quienes tienen entre 6 meses y 5 años. Sin embargo, algunas comunidades autónomas han comenzado a vacunar a niños con más edad. Por ejemplo, en Galicia se ha ampliado hasta los 11 años,

con un suero intranasal y despliegue en colegios (piloto) y centros de salud. Por su parte, la Región de Murcia la ha prolongado hasta los 9 años, mientras que Castilla y León la ha extendido hasta los 8 años.

Por ello, los expertos apuestan por ampliar la cobertura en todo el territorio hasta los 17 años. Según advierten, no se deben subestimar los efectos de la gripe. Este virus afecta, cada temporada, al 30 o 40 por ciento de la población infantil, genera a nivel mundial hasta 4 millones de casos graves en menores de 18 años y provoca hasta 35.000 muertes en los menores de 5 años.

«Se piensan que es un resfriado con fiebre y en realidad hemos visto que, de media, cada temporada mueren entre 10 y 15 niños en España», apuntan los expertos, que inciden en implementar la vacunación a partir de los seis meses.

NUTRICIÓN

Un inesperado y dulce aliado para los deportistas

AGENCIAS

En contra de una opinión notablemente extendida, el chocolate resulta positivo para la salud en diversas facetas, entre las que figura la práctica deportiva.

Así lo señala la profesora de Ciencias de la Salud de la Universitat Oberta de Catalunya Laura Esquiú, que subraya que el chocolate beneficia el flujo sanguíneo y mejora el estado de ánimo, al tiempo que aporta compuestos bioactivos, por lo que puede contribuir a una mejora del rendimiento.

El cacao, además, tiene un efecto antioxidante, y por tanto, ayuda a contrarrestar el estrés oxidativo que produce el ejercicio físico a través de sus compuestos polifenólicos. Eso sí, no todos los tipos valen, ya que aquellos que otorgan los beneficios citados son los que tienen un porcentaje del 70 o más de cacao, y por tanto, los que aportan mayores beneficios por su concentración de flavonoides y su menor contenido de azúcar y grasas añadidas.

TABAQUISMO

El verdadero enemigo de los exfumadores más allá de la abstinencia

EUROPA PRESS / MADRID

Dejar el tabaco es un proceso que va mucho más allá de resistirse a encender un cigarrillo. Para muchos de aquellos que logran dejar atrás esta adicción, la principal dificultad no reside en las ganas momentáneas de fumar sino en la motivación y energía diarias para mantenerse firmes en su determinación.

Según un reciente estudio de la Universidad de Deakin (Australia), el predictor más fiable de la recaída de un exfumador es el cansancio mental por los esfuerzos para no fumar.

Este efecto se denomina fatiga psicológica y su influencia no se ve afectada por el tiempo que se lleva sin fumar ni por si vapea para reducir las ansias.

EL 'Y SI' QUE NOS ENFERMA: "NO DEBEMOS PERMITIR QUE EL MIEDO NOS EMPUJE A DAÑAR A PERSONAS SANAS"

Suzanne O' Sullivan. La neuróloga advierte que la medicina preventiva, impulsada por la falta de tiempo en las consultas y las dudas, convierte a individuos sin síntomas en pacientes: "Un buen médico invierte tiempo, no solo manda pruebas y receta fármacos"

Por Pilar Pérez. Fotografía de Gary Doak (Alamy Stock Photo)

El propósito de la Medicina del siglo XXI es adelantarse a la enfermedad. Curarla antes de que surja. ¿Es posible? «No, ¿cómo vamos a evitar una dolencia que no sabemos si vamos a desarrollar?». La neuróloga irlandesa Suzanne O' Sullivan reflexiona sobre en lo que se ha convertido hoy la ciencia destinada a curar: una rama preventivista. Pero no a través de hábitos que sorteen las enfermedades como alejarse del tabaco, mantenerse activo, tener una dieta sana sin ultraprocesados o con un descanso adecuado. Esto es barato, aunque complicado de llevar en nuestra sociedad. La Medicina de este siglo ha abierto las puertas a los análisis y pruebas capaces de predecir si una persona va a poder desarrollar una enfermedad. «¿Estamos preparados para asumir que podremos tener una patología para la que no hay cura?».

La neuróloga del Hospital Nacional de Neurología y Neurocirugía de Londres aborda en su último libro *La era del diagnóstico* (Ariel) el difícil ejercicio de funambulismo que lleva a cabo la práctica clínica actual. «El sobrediagnóstico es una asistencia médica de escaso valor», afirma. «No implica una detección errónea, sino que apunta a la posibilidad de que los daños superen a los beneficios. A la hora de gestionar nuestras capacidades técnicas y científicas no somos ejemplares».

Esa sensación de vivir en una sociedad enferma se refleja en los datos. En nuestro país, casi el 55% de la

población mayor de 15 años padece una enfermedad crónica, según el último informe del Ministerio de Sanidad. Mire a su alrededor y examine quién no le ha dicho que toma una pastilla para el colesterol, se medica contra la diabetes o contra una alteración de su salud mental, de forma puntual o crónica. Quizá, como apunta O' Sullivan, hoy solo se trata de corregir los errores que se cometían a finales del siglo pasado: «La gente fue al médico demasiado tarde con enfermedades como la diabetes; o los niños que tenían necesidades especiales de aprendizaje no fueron reconocidos. Así que tuvimos un momento en que las personas se descuidaron y no se pudo reconocer que necesitaban ayuda».

Y como el ser humano es de extremos, nos inclinamos demasiado hacia el lado de los cribados, de las pruebas *por si acaso*. ¿Son realmente útiles? ¿Convertimos en enfermos a personas sanas? «Entiendo que el progreso científico a veces necesita que hagamos cosas que no entendemos por un tiempo», asume la neuróloga. «Al mismo tiempo siento que deberíamos concentrarnos más en las personas que están enfermas y menos en hacer pacientes a las personas sanas».

Nombre ficticio, situación real. A la madre de Rubén le recomendaron que le hicieran una ecografía al poco de nacer porque «sería bueno ver si tiene las caderas bien», dijo la pediatra. Le hacen las pruebas



demasiados tratamientos», sentencia la neuróloga. En esta era del sobrediagnóstico y la sobremedicalización con la que lidia la sociedad, el tiempo verbal que impera es el condicional y *si*. En la tesis de O'Sullivan se suma otro factor: las mejoras de las técnicas hoy sirven para reconocer con mayor facilidad síndromes, trastornos y enfermedades para las que hay posibles tratamientos en la mayoría de los casos.

Y a eso se une la falta de tiempo en la consulta. «Los médicos no tienen tiempo para establecer relaciones con las personas y saber si son o van a ser pacientes, con qué están lidiando en su vida, qué le causa malestar y detectar si van a necesitar una prueba o un medicamento», acusa la neuróloga. Con solo siete minutos que tiene de media un médico en Atención Primaria no se puede hacer una buena anamnesis o entrevista clínica. Y delante hay una persona que ha tardado de media poco más de una semana en conseguir que un clínico la atienda. Si después de los primeros minutos hay sospechas de que hay algo grave, el facultativo se dice: «No seré yo quien diga que no a un test». «Si alguien viene a mí y piensa que tiene un tumor cerebral, no quiero ser el médico que dice que no, así que le remite a una prueba especial», asume la neuróloga. Al tiempo, espeta que «no debemos permitir que ese miedo nos empuje a dañar la salud de las personas con demasiados diagnósticos y demasiados tratamientos».

En diciembre de 2024, había 3.899.828 españoles esperando una cita con un especialista médico y 846.583 aguardaban para una cirugía en la sanidad pública. ¿Primera cita? ¿Revisión de diagnóstico? El sistema no lo contempla. No hay detalles. «Tenemos un gran volumen de personas en este extremo: esperando tratamientos inequívocamente útiles y científicamente probados, mientras gastamos dinero en hacer pruebas especulativas que no entendemos completamente».

O'Sullivan advierte: «Tenemos que corregir eso y hemos de trabajar mucho para ello». Sus tesis las refrendan los datos y las tendencias actuales. Y no es la única que ha puesto las cartas sobre la mesa. Joan Ramon Laporte, a través de *Crónica de una sociedad intoxicada* (Península), hace un exhaustivo análisis de la sobremedicalización. En España, hace solo tres años se hicieron más de 1.100 millones de recetas a cargo del sistema sanitario público (23 recetas por habitante). A esto hay que sumar unos 270 millones de envases dispensados en las farmacias y no financiados por el erario.

El ex catedrático en Farmacología de la Autònoma de Barcelona alerta del elevado consumo de fármacos, muchos innecesarios para paliar

«Tenemos personas esperando tratamientos útiles, mientras gastamos dinero en pruebas especulativas»

Las mejoras de las técnicas hoy sirven para reconocer con mayor facilidad síndromes, trastornos y enfermedades

malestares psíquicos derivados de problemas sociales. «Hemos medicalizado la vida», decía en estas páginas hace un año. «Un médico necesita hablar y mirar a los ojos del paciente para entender el contexto en que sucede la enfermedad», sostenía. Tener tiempo para atender al paciente hoy se ve como un lujo o un extra. De hecho, en nuestro país esta carencia se ha empleado para retener y atraer profesionales cuando finalizan los especialistas MIR: «Cupos de pacientes reducidos, agendas ajustadas y autogestionada», rezaba la oferta de algunas autonomías esta primavera.

Dejando a un lado el tiempo en las consultas, cierto es que hay enfermedades y síndromes que han adquirido fama debido a un mayor diagnóstico. Unos han sufrido un bum reciente, otros han crecido de forma progresiva. O'Sullivan hace una lista en su obra de los que, a su juicio, merecen una radiografía en detalle: Huntington, Lyme, Covid persistente, autismo, cáncer, trastorno por déficit de atención con

hiperactividad (TDAH), depresión, neurodiversidad y síndrome sin nombre. Seguro que de la lista podría usted señalar conocidos con alguna de estas etiquetas. Aunque antes de los que sí saben lo que tienen y cómo tratarlo, abordemos los últimos: las enfermedades raras en las que genes, mutaciones o algún tipo de fallo del sistema provoca que la persona sufra múltiples síntomas, muchos incapacitantes e incluso incompatibles con la vida, en los que no hay forma de hallar un porqué al que sucede un nombre.

«En estos casos, las respuestas son necesarias», esgrime la neuróloga. Aquí también tenemos un

“Si alguien viene a mí y piensa que tiene un tumor cerebral, no quiero ser el médico que dice que no, así que le mandas una prueba”

“Entiendo que el progreso científico a veces necesita hacer cosas que no entendemos, pero deberíamos fijarnos en los enfermos”

ejemplo reciente dentro de nuestras fronteras. En Murcia, hace apenas un par de semanas tuvo lugar el primer *hackathon* orientado al diagnóstico de pacientes pediátricos con enfermedades raras de España y América Latina. Allí la familia de César Guillén encontró su diagnóstico después de 16 años: síndrome de Lenz-Majewski, un extraño trastorno del que apenas hay 12 casos documentados en la literatura científica. «El diagnóstico lo cambia todo», contaba la madre a este medio.

O'Sullivan ha sido testigo en su consulta de que saber qué pasa, aunque no haya una pastilla que lo cure o evite, también es terapéutico. «Es positivo porque aporta tranquilidad, y hay personas que ante un sufrimiento manifiesto necesitan claridad». Pero, en el otro lado, están las enfermedades que tienen etiqueta, pero no cura. «Si acepto un diagnóstico como explicación y no hay cura ni tratamiento, podría reforzar los síntomas». La neuróloga aquí se refiere a las patologías neurodegenerativas, como Huntington y demencias como el Alzheimer (aunque aquí empieza a haber algunas opciones). «Hay que pactar con la persona que recibe el diagnóstico y se convierte en paciente cómo lo va a sobrellevar».

En cáncer también hay formas de conocer si uno lleva o no genes predispuestos al desarrollo de células malignas que colonicen el organismo. «En este caso hay que dejar claro que se trata de un porcentaje de posibilidades que muestran determinados genes, no se trata de una vinculación directa», subraya. No a todo el mundo que compra lotería le toca. Pero hay tumores que sí se manifiestan físicamente: bultos, cansancio, dolores... «Me preocupa que la gente no entienda la diferencia entre la predisposición y esto», advierte O'Sullivan. «Aquí uno debe ir directo al médico, de forma urgente».

Entre esos dos puntos hay un espacio para las detecciones precoces. «Se buscan los primeros signos posibles de cáncer en personas sanas. Así se salvan algunas vidas e inevitablemente se tratará a algunas personas que no necesitaban ser tratadas». Y bajo esta premisa hay que lidiar con la incertidumbre si no se hace, pero con el coste-beneficio si se ejecuta.

O'Sullivan no se olvida de las enfermedades asociadas al envejecimiento, los achaques de la edad. «A medida que envejecemos hay un problema real cuando ligamos un cuerpo envejecido a una enfermedad. No siempre es así, se llama deterioro. Hay que asumirlo». Ella misma defiende sus despistes. «sé que las personas mayores se olvidan de las cosas».

—Entonces, llegados a este punto, ¿cómo se ejerce la buena medicina?

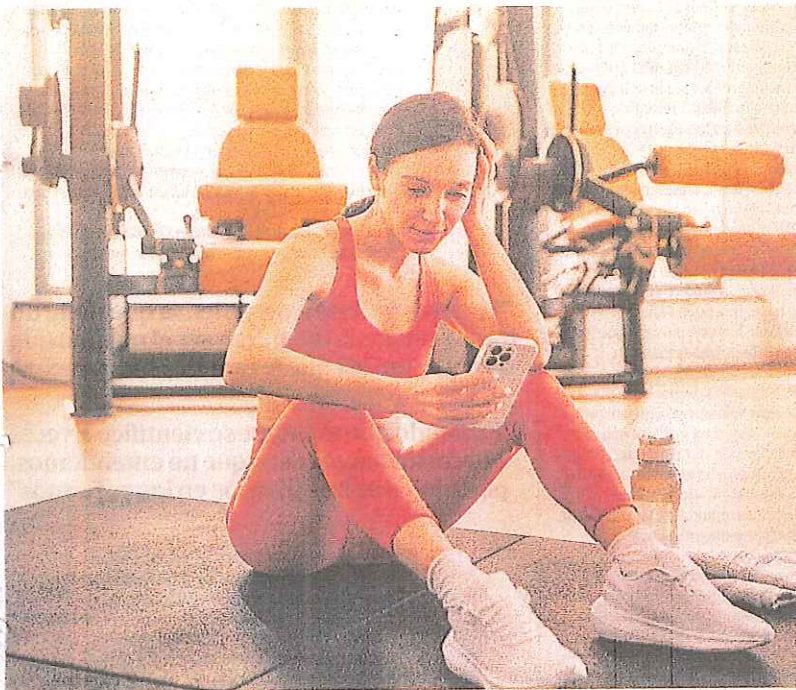
—La gente tiene la impresión de que un médico que hace muchas pruebas y receta fármacos lo hace bien. «Se ha preocupado por saber qué tengo», dicen. Y no. Un buen médico es el que invierte en ti con su tiempo: lo ves muchas veces, te escucha adecuadamente y a veces te manda una prueba o un tratamiento. La consulta de buena calidad es muy valiosa.

Suzanne O'Sullivan intercala historias de su consulta con los análisis en su último libro.

en la sanidad privada y encuentran dos quistes en el hígado. «Te recomiendo que vayas a este médico en este hospital público y se lo revisen». Durante cinco años a Rubén se le somete a una ecografía anual junto a una analítica hasta que llega el diagnóstico definitivo: malformación congénita, benigna y asintomática que va reduciendo su tamaño.

¿Fue necesario someter a ese niño, que ahora ni se acuerda, a todo ese estrés? ¿Y a los padres a lidiar con un posible diagnóstico negativo para su bebé? La disyuntiva está servida si se considera que en caso de haber habido algo se hubiera salvado la vida del niño. «El miedo al diagnóstico nos empuja hacia demasiadas pruebas, demasiadas etiquetas y

20 | SALUD



TECNOLOGÍA QUE MOTIVA... Y TAMBIÉN HIERE: LA OTRA CARA DE LAS APLICACIONES DEL FITNESS

Bienestar. Un estudio muestra cómo la obsesión por medir pasos, calorías o sueño convierte el bienestar en una forma de control y comparación constante

Por María Toldrá

Lleva un reloj inteligente. Vibra. Le sale una notificación: «Muévase. Lleva mucho rato parado». ¿Cómo se va a levantar si lleva postrado tres horas en su sitio de trabajo y el tiempo corre a contrarreloj? Se frustra. También siente desazón cuando no le cuadran las calorías que registra minuciosamente en otra aplicación.

Escenas como ésta son el punto de partida del estudio publicado en el *British Journal of Health Psychology* que analiza casi 14.000 publicaciones negativas en X (antes Twitter) sobre cinco de las aplicaciones de fitness más populares del mundo: MyFitnessPal, Strava, WW, FitCoach y Muscle Booster. El objetivo: escuchar qué sienten realmente los usuarios cuando su salud se mide en números.

«Si esto fuera un medicamento, estaría regulado. Pero como se considera bienestar, llevan más de 15 años sin supervisión seria», explica a EL MUNDO Paulina Bondaronek, investigadora principal del estudio. «Como psicóloga de la salud y científica del comportamiento, siempre me ha resultado preocupante lo poco que sabemos sobre el impacto psicológico a largo plazo de estas herramientas, que existen desde 2008, cuando se lanzó la App Store».

Para llegar a estas conclusiones, los investigadores no hicieron encuestas ni entrevistas tradicionales. Utilizaron lo que llaman *social listening*: recopilaron 58.881 publicaciones públicas en X que mencionaban

estas aplicaciones y, tras filtrar solo los mensajes con tono negativo, analizaron en profundidad 13.799. Una inteligencia artificial agrupó los temas recurrentes y, después, psicólogos de la salud interpretaron manualmente esos mensajes para entender qué emociones, problemas y patrones se repetían.

El análisis revela la obsesión por cuantificar todo. Calorías ingeridas, pasos, horas de sueño. Lo que nació como ayuda acaba siendo una tiranía del control. Algunos usuarios incluso publican situaciones «absurdas»: introducir en MyFitnessPal que han comido «media cigala y un pedazo de pan» o justificar por qué no registran la cena al ser «pizza y helado», cuenta Bondaronek.

Esto se relaciona con otro problema: las metas poco realistas o incluso peligrosas. «Había algunos algoritmos que recomiendan consumir 700 calorías al día o que no saben contar actividades reales como amamantar o trabajar de pie», señala. Por no hablar de los fallos técnicos: datos que se borran, entrenamientos no registrados, rachas perdidas por un olvido o por un móvil sin batería. Y con los fallos, llega la frustración.

«Lo más preocupante es la carga emocional. Gente que se siente fracasada por romper una racha, por no alcanzar los 10.000 pasos o por comer algo fuera del plan. Bajo el humor de muchos posts hay cansancio, culpa y vergüenza», desarrolla la investigadora.

Muchos usuarios se sienten mal por comer algo que consideran «malo» y les «avergüenza» tener que anotarlo. Otros se sienten presionados por notificaciones constantes del tipo «de falta actividad hoy» o «hace horas que no se mueve». Cuando no cumplen lo que la aplicación pide, sienten fracaso, desmotivación o incluso acaban abandonando el ejercicio por completo.

Según la autora, el problema no está solo en las apps, sino en la cultura que las rodea: «Vivimos en una sociedad que nos empuja a medirlo todo, a mejorar siempre, a no fallar. Las aplicaciones no inventan esa presión, pero la convierten en números, gráficos y alertas constantes». Así, el bienestar se convierte en una tarea individual y moral: si no adelgazaras, si no mejoras, parece que es culpa suya, aunque estén mal diseñadas.

Para la investigadora, una aplicación realmente saludable sería otra cosa: no centrada en el peso ni en las rachas, sino en la autonomía, la motivación y el bienestar emocional. «Nunca incluiría funciones que hagan a alguien sentirse un fracaso», dice. Porque, aunque la tecnología puede motivar, también puede herir: cuando pasa de ser una guía a convertirse en juez, daña. «Las personas no somos máquinas y la salud no se reduce a calorías, momentos ni gráficos», remacha.

ENFERMERA SATURADA

LEXATIN, ASÍ FUNCIONA EL ANSIOLÍTICO MÁS VENDIDO EN NUESTRO PAÍS

Habitual en el botiquín. Cuatro de cada 10 españoles toma benzodiacepinas para tratar la ansiedad o dormir mejor. Solo un médico debe prescribirlo y ajustar las dosis para que no genere dependencia

Se encuentra entre los medicamentos más recetados en España y aunque su principio activo se llama bromazepam, la realidad es que este fármaco no es ninguna broma aunque esté en boca de todos. No es raro escuchar recomendaciones sobre su uso en grupos de amigos, conversaciones en el trabajo o redes sociales, donde hemos pasado de sacar del bolso un ibuprofeno para dárselo a alguien que le duele la espalda, a hacerlo con un Lexatin porque dice que tiene ansiedad. Hemos acabado viviendo en un país en el que sale más barato quitar la angustia con una pastilla que abordar sus causas en terapia.

¿Para qué sirve?

Lo más habitual es que un médico lo prescriba para tratar cuadros y estados de ansiedad severa. Es decir, este fármaco logrará cortar ese estado de angustia y nerviosismo durante unas horas. Siempre se ha de recurrir a él de forma extraordinaria y no como si de un tratamiento crónico se tratase. A pesar de esto los datos nos revelan todo lo contrario: cuatro de cada 10 españoles toma benzodiacepinas para tratar la ansiedad o dormir mejor.

Orfidal y Lexatin, ¿iguales?

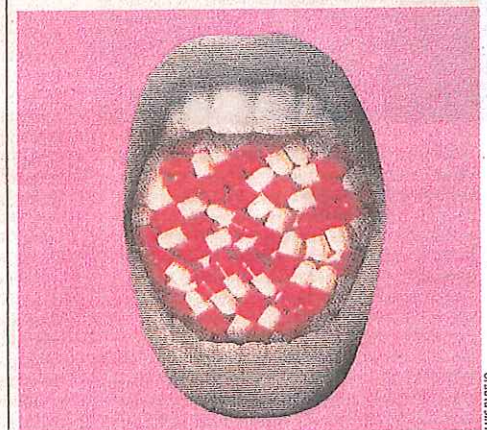
Ambos son benzodiacepinas: el primero tiene como nombre genérico lorazepam y el segundo bromazepam. Ambos se prescriben para la ansiedad, pero hay pequeñas diferencias. Si lo que tenemos es insomnio asociado a un cuadro ansioso, entonces la mejor elección es el Orfidal. Si lo que buscamos es tratar la ansiedad leve o es la primera vez que tomamos algo para tratar este cuadro, el Lexatin será mejor elección. En cualquier caso, siempre será el especialista quien decida el mejor tratamiento en función del paciente, su estado, sus necesidades, otros tratamientos que esté tomando o sus alergias.

¿Se necesita receta?

Sí. Es un fármaco de venta controlada. Es un médico quien debe decidir qué dosis necesita el paciente, cuánto tiempo durará el tratamiento y cómo será el inicio y la retirada del fármaco para evitar rebotes de ansiedad por la dependencia que genera. La Agencia Española del Medicamento está advirtiendo de que existen problemas de suministro.

¿Es la cura para la ansiedad?

Es una ayuda temporal mientras trabajamos en terapia para conseguir las herramientas que nos ayuden a gestionar ese estado.



CASTILLA Y LEÓN

Plástica, ginecología y 'otorrino' lideran la subida de la espera para operarse

La cirugía de reconstrucción encabeza con traumatología la demora para pasar por quirófano con cuatro meses / Las mamografías se demoran 5 días más hasta los 49

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

La demora quirúrgica, el tiempo que tardan los pacientes en pasar por quirófano, es uno de los indicadores que la sanidad pública de Castilla y León se ha esperado en reducir en los últimos años. Sin embargo, las distintas actuaciones para lograr este objetivo impulsadas por el consejero del ramo, Alejandro Vázquez, no han podido contener el ligero aumento que se produjo durante el verano, y más concretamente a lo largo del tercer trimestre del año, que deja a las especialidades de cirugía plástica, ginecología y otorrinolaringología como aquellas en las que más aumentaron los tiempos.

Los datos de las listas de espera actualizados por Sanidad el viernes no dejan lugar a dudas: el verano se ha elevado la demora media de manera generalizada, salvo en algunas y contadas excepciones. En este caso, la especialidad en la que más creció la espera fue cirugía plástica, donde aumentó en treinta días. De esta forma, la demora media en Castilla y León se situó en los 123 días, lo que a su vez supone que plástica sea la única especialidad del sistema autonómico en superar los cuatro meses de demora.

El caso de cirugía plástica es especialmente llamativo por el aumento de la espera a lo largo del tercer trimestre del año, más aún cuando se observa que el segundo incremento más acusado lo registra ginecología y que es de la mitad, con catorce días más. En este caso, la espera quirúrgica para esta especialidad se sitúa ahora en las 58 jornadas.

A partir de aquí, las diferencias entre los aumentos de unos y otros servicios comienzan a acortarse. En esta ocasión el tercer puesto lo ocupa otorrinolaringología, que alcanza una demora media de 90 días tras haberla incrementado en doce. Sin embargo, cirugía cardíaca y angiología y cirugía vascular se sitúan muy cerca con ascenso de once y diez días, respectivamente, para situarse con una espera media en la Comunidad de 79 y 59 jornadas.

En este contexto de incremento leve pero generalizado, destaca también el caso de traumatología, no tanto por el aumento de su espera, de siete días más que en el trimestre anterior, sino porque alcanza una demora media de 116 jornadas, acercándose también a los cuatro meses para pasar por quirófano que supera cirugía plástica. Además, urología también aumenta la demora en siete jornadas, aunque en este caso la media se queda en 89.

Los incrementos de la espera qui-



Equipo médico durante una intervención quirúrgica. PIQSELS

rúrgica más tenues son los que anotan cirugía general y del aparato digestivo, donde sume en seis días; cirugía torácica, con cinco jornadas más; cirugía maxilofacial y dermatología, con una demora que crece cuatro días en cada caso; y oftalmología, donde la demora media se elevó el tercer trimestre en 48 horas. No obstante, estos aumentos similares no suponen necesariamente tiempos para pasar por quirófano equivalentes, ya que cirugía general anota 75; torácica, 85; maxilofacial, 82; dermatología, 29; y oftalmología, 48.

Finalmente, tampoco se pueden pasar por alto las dos excepciones que en esta ocasión escapan a la tendencia generalizada. Tanto cirugía pediátrica como neurocirugía reducen su lista de espera en tres y seis días, respectivamente, para situarse en 50 y 84 jornadas.

Más allá de la espera media de las especialidades, hay algunos hospitales en los que estos servicios presentan una tardanza muy superior. En el conjunto de la Comunidad, y por encima de todas las demás, destaca traumatología en el hospital universitario de Burgos, con 166 días. Igualmente, también superan la barrera de los cuatro meses cirugía plástica en el complejo asistencial de Salamanca (125 días), urología en el hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro (147 días), cirugía plástica en el hospital universitario Río Hortega de Valladolid (128 días) y otorrinolaringología en el complejo asistencial de

León (149 días) y en el hospital El Bierzo de Ponferrada (140 días). Asimismo, se quedan cerca de esa barrera urología en el hospital Santos Reyes de Aranda de Duero y traumatología en el complejo asistencia de Soria, ambas con 118 días.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Por otra parte, otro de los indicadores que se recogen para analizar la evolución de la lista de espera en Castilla y León es la demora para la realización de pruebas diagnósticas. Tras el tercer trimestre del año, marcado por el verano, son tres las pruebas que aumentan sus tiempos, los TAC, las ecografías y las mamografías; mientras que solo las resonancias magnéticas los disminuyen, aunque solo en una jornada.

En lo que respecta a las mamografías, pruebas que están de actualidad debido a la polémica surgida en Andalucía, se tardan en realizar en Castilla y León 49 días, cinco jornadas más que en el segundo trimestre del año. En este caso destacan por lo elevado los plazos que registran los hospitales de León y Salamanca, con 84 y 87 días, respectivamente. Ambos centros son los más 'tardones' dentro de la lista de los más grandes de la Comunidad, ya que para el conjunto total en que encabeza la tabla es el hospital Santos Reyes con 90 jornadas.

Igualmente, conviene señalar que el hospital salmantino también es el que más ha aumentado la demora a la hora de realizar este tipo de

pruebas, ya que ahora tarda 49 días más que en el trimestre anterior.

Por el contrario, los hospitales de Castilla y León que menos tardan en realizar una mamografía son el complejo asistencial de Ávila, que lo hace en seis días; y el hospital Clínico de Valladolid, que lo hace en siete.

En lo que respecta a los TAC, la espera se elevó, también de manera discreta, en seis jornadas, hasta un total de 64. En este caso es el hospital de Ávila el que se sitúa en cabeza, con una demora de 156 días. Algo más contenida, aunque también elevada, es la lista de espera para estas pruebas en el hospital de Burgos, donde se demoran una media de 121 días.

Por su parte, las ecografías fueron las pruebas que más aumentaron la tardanza, doce días, para situarse a la cabeza con 103. En este caso destacan los tiempos del hospital de Salamanca, que alcanza las 200 jornadas para la realización de una de ellas, y que no se alejan demasiado de las 175 del complejo asistencial universitario de Palencia o las 167 del hospital El Bierzo.

Finalmente las resonancias magnéticas, al haber reducido su espera en una jornada, se sitúan en las 98. En este caso los tiempos que destacan son los del hospital de Ávila, con 144 días, y los del hospital Clínico de Valladolid, que alcanza las 135 jornadas. Además, también sobrepasan la barrera de los cien días los hospitales de Salamanca y Burgos, con 115 y 111, respectivamente.

SORIA



El Camino por Soria contra el Cáncer celebró su XIII edición con una alta participación. La buena climatología animó la inscripciones de última hora para participar en una cita ya obligada en el calendario de los sorianos. El recorrido, el habitual, llevó a la marea color butano por la ribera del Duero para regresar por la calle El Collado y retornar a la plaza Mariano Granados. Medio centenar de voluntarios ayudaron a la organización.

MONTESGUROFOTO

La Marcha contra el Cáncer supera los 6.000 inscritos

«Una culebrilla de color butano» recorre Soria por un fin solidario, financiar proyectos de investigación para combatir la enfermedad

MILAGROS HERVADA SORIA
La Asociación Española contra el Cáncer de Soria lo volvió a conseguir. Congregó a más de 6.000 personas en una marcha solidaria cuyos fondos se destinarán a proyectos de investigación. El XIII Camino por Soria de nuevo fue un éxito de convocatoria -con los 'marchantes sin camiseta' se habrían superado los 6.500-, aunque lejos todavía del récord de 2019 cuando fueron nada menos que 11.000 los inscritos y 9.500 los participantes en la caminata.

Es ya una cita obligada en la ciudad, a la que los sorianos responden, también los visitantes que visitan la ciudad y no dudan en colaborar, como comentó el presidente de la AECC en Soria, Jesús Aguaron, «turistas que se encuentran con esto y deciden colaborar». Se trata, matizó Aguaron, de «recordar que existimos y que podemos ayudar, y que cuando nos necesiten aquí nos tienen de forma totalmente gratuita a su disposición».

«La culebrilla color butano» que conformó la marcha realizó el recorrido habitual por la ribera del Duero, con una imagen de unidad en la calle El Collado ya en el último tramo hasta retornar a Mariano Granados, donde esperaba el avituallamiento de agua y el sorteo de regalos al que daba derecho la inscripción. La buena climatología y un sol brillante animaron la participación de última hora, pues las inscripciones se cerraron a última hora. El medio centenar de voluntarios veló por el buen de-

sarrollo de la actividad.

Aguaron explicó que los fondos obtenidos -10 euros por persona-, después de liquidar los gastos, se destinarán a investigación, «a algún proyecto, no en exclusiva, pero el proyecto es de todos», en referencia a que lo obtenido en Soria se suma a lo que llega del conjunto de España. En ese sentido, destacó el presidente de la AECC, «para la investigación se tienen que comprometer los gobiernos, las instituciones y aportar más dinero. Sería necesario duplicar la cantidad que ahora mismo se dedica».

RADIOTERAPIA

Aguaron también se refirió a la nueva unidad de radioterapia en Soria y

aseguró que cuando se puso en marcha «se hizo de una manera muy optimista». «Hay que explicar a la gente que un aparato de radioterapia no es sólo encender un interruptor, necesita unos ajustes, unas comprobaciones, controles, y en eso están ahora», puntualizó. Los pacientes ya están recibiendo tratamientos, aunque de momento no es una cifra significativa. «Una fecha que puede ser aceptable para sacar pecho de que está funcionando sería después de Navidad», afirmó el presidente de AECC Soria, quien añadió que «hay personal suficiente y están recibiendo formación en otros hospitales para poder hacer su trabajo aquí sin ningún problema. La cosa marcha».



CASTILLA Y LEÓN



Enfermeras y médicos investigan cómo reducir la estancia hospitalaria. ICAL

Cardiólogos de Valladolid examinan la debilidad para reducir los ingresos

El equipo de médicos y enfermeras analizó los datos de 144 pacientes ingresados en el Clínico entre 2022 y 2024, uno de cada tres permanece más tiempo en el hospital

VALLADOLID
La debilidad y el peligro de caídas alargan la hospitalización en pacientes mayores con problemas cardíacos, lo que requiere la identificación temprana de estas circunstancias para optimizar la seguridad, la rehabilitación y la calidad de vida de los pacientes mayores admitidos por enfermedades del corazón. Esta es la conclusión más destacada de un estudio recientemente publicado por la revista Nursing Reports, realizado por un grupo de enfermeros y médicos de cardiología e investigación del Hospital Clínico Universitario y de la Universidad de Valladolid.

«La cronificación de las enfermedades ha cambiado las prioridades del sistema sanitario. Nuestros pacientes viven más, pero también con más enfermedades y más vulnerabilidad», lo que obliga a adaptar el modelo sanitario a estos pacientes, explica a ICAL el jefe de la Unidad de Enfermería de Formación del Clínico y coordinador de formación del Área de Enfermería, Noel Rivas González, uno de los autores principales del estudio, junto a María López Vallecillo, Belén Martín Gil, Mercedes Fernández Castro, María José Castro Alija, y al jefe del Servicio de Cardiología, Alberto San Román Calvar, bajo el marco de colaboración entre el Hospital Clínico Universitario y la Universidad de Valladolid.

El equipo analizó los datos de 144 pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología entre 2022 y 2024, en lo que constituye uno de los prime-

ros estudios españoles centrados específicamente en la relación entre fragilidad, riesgo de caída y hospitalización prolongada en personas mayores con cardiopatía.

Los resultados muestran que uno de cada tres pacientes (33%) presentaba fragilidad, un síndrome caracterizado por pérdida de fuerza y resistencia, que disminuye la capacidad del cuerpo para recuperarse ante una enfermedad o una intervención. Además, el 97% de los participantes presentaban algún grado de riesgo de caída, y más de un tercio de ellos mostraban un riesgo alto o muy alto, a lo que se une que el entorno hospitalario puede ser un 'ambiente hostil' que agrava estas condiciones, precisa Rivas, quien destaca la importancia de la observación clínica enfermera para detectar estos riesgos desde los primeros días de ingreso.

ESTANCIAS MÁS LARGAS

La fragilidad tuvo un efecto claro en la duración de las hospitalizaciones. Los pacientes frágiles permanecieron ingresados una media de 10,6 días, frente a siete días en quienes no presentaban esta condición, es decir, tres más. Entre los factores asociados que aumentaron la probabilidad de fragilidad se identificaron la edad avanzada, un perímetro abdominal mayor, presión diastólica baja y un mayor nivel de dependencia funcional.

Esa prolongación de la estancia no solo repercute en el sistema sa-

nitario, también afecta al propio paciente, puesto que el encamamiento prolongado, la pérdida de movilidad o la inmovilización agravan el deterioro físico y dificultan la recuperación posterior. Es un círculo que, a juicio de Rivas, hay que romper con una atención preventiva y personalizada.

PLANES DE CUIDADOS

El estudio defiende que detectar la fragilidad en los primeros días de ingreso permitiría implementar planes de cuidados individualizados, prevenir caídas y reducir estancias hospitalarias. «Existen escalas de cribado bien validadas en la literatura científica, y el reto es adaptarlas al ritmo asistencial y a la realidad de cada unidad hospitalaria», explica el investigador.

Actualmente, las sociedades científicas recomiendan valorar la fragilidad en pacientes con cardiopatía, aunque esta práctica está más extendida en atención primaria que en hospitalización aguda. Por ello, los autores abogan por incorporar sistemáticamente estas herramientas de valoración en las unidades de cardiología y en otros servicios que atienden a población mayor.

La investigación subraya el papel clave de los enfermeros en este proceso. «Los cuidados enfermeros son fundamentales en el manejo de los pacientes mayores, no solo por el seguimiento clínico, sino porque somos quienes más tiempo pasamos con ellos y podemos detectar esos

pequeños signos de pérdida de fuerza o de equilibrio que preceden a una caída», destaca Rivas.

Añade que la atención «debe ser multidisciplinar»: «Hoy no se puede entender la atención sanitaria sin ese trabajo en equipo. El paciente tiene que estar en el centro, y todos los profesionales debemos acompañarle en el proceso, no de forma individualizada, sino coordinada».

REPERCUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

El envejecimiento demográfico, especialmente acusado en comunidades como Castilla y León, hace prever un aumento de pacientes mayores y frágiles en los hospitales, advierte el investigador, de ahí que detectar y abordar esta condición de manera precoz será crucial para mantener la calidad asistencial y optimizar los recursos sanitarios.

Este estudio es un punto de partida, no un punto final. El equipo continúa investigando cómo la composición corporal, la diabetes o la obesidad influyen en la fragilidad de los pacientes cardíacos, así como la relación entre esta condición y el consumo de recursos sanitarios tras el alta hospitalaria. «Lo que buscamos», concluye, «es que cada paciente reciba la atención más adecuada, basada en su situación real. Si conseguimos detectar la fragilidad a tiempo, podemos prevenir complicaciones, mejorar la recuperación y, en definitiva, humanizar la asistencia hospitalaria».

Trabajadores sociales piden incluir sus plazas en la nueva orden

VALLADOLID

Un grupo de trabajadoras sociales de la sanidad de Castilla y León exige a la Gerencia Regional de Salud (Sacyl) que incluya todas las plazas elegibles, que cumplen las condiciones legales, en la modificación de la orden que convocó en 2022 el proceso de estabilización en esta categoría profesional, ya sea mediante un concurso como a través de un concurso-oposición, garantizando no obstante el principio de «igualdad de trato».

Así lo recoge un escrito al que tuvo acceso ICAL, dirigido al Consejo General de Trabajo Social, al Consejo Autonómico de Castilla y León, los colegios profesionales de varias provincias de la Comunidad, la Asociación de Trabajo Social y Salud y el sindicato CCOO, con el fin de que intervengan tras la reciente publicación de las listas provisionales del proceso de estabilización.

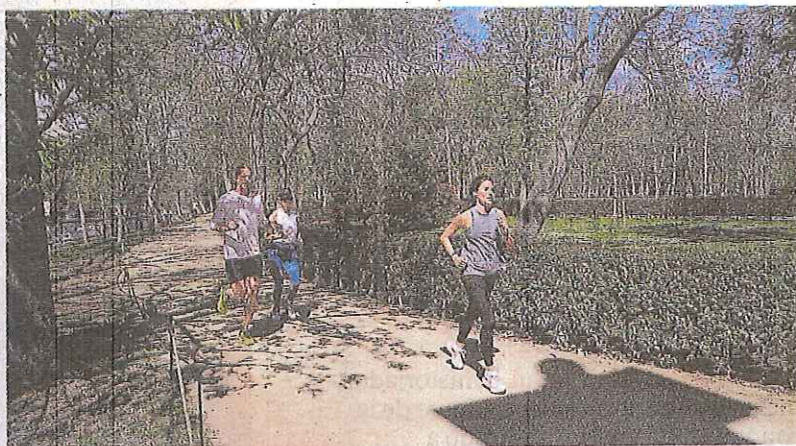
También solicitan su actuación ante la sentencia del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Castilla y León que anula «parcialmente» un acuerdo de la Junta y por extensión la orden de la Consejería de Sanidad de diciembre de 2022 porque no se han incluido las 37 plazas sujetas a estabilización de la categoría de Trabajador Social por el sistema de concurso. Por ello, condena a la Administración autonómica a que las oferten a través de un concurso.

En ese sentido, las afectadas sostienen que la «aplicación desigual» de los procesos de estabilización en las plazas de concurso y concurso oposición de las trabajadoras sociales ha provocado que sea «imprescindible» que aquellas que cumplan los mismos requisitos legales sean objeto de «idéntico tratamiento», aplicando un criterio «homogéneo y equitativo» en todos los procesos de estabilización.

De esta forma, instan al Consejo General de Trabajo Social, así como al de Castilla y León, los de varias provincias de la Comunidad, la Asociación de Trabajo Social y Salud y el sindicato CCOO a que actúen como interlocutores con la Consejería de Sanidad y Sacyl en este asunto.

Finalmente, defienden que se refuerce el reconocimiento del papel «esencial» del trabajo social sanitario en la atención «integral y humanizada» al paciente. Y demandan que se impulse un análisis «riguroso» de la ratio de trabajadoras sociales en los centros sanitarios.

Un grupo
de corredores
en el madrileño
Parque del
Retiro.
JAVIER
BARBANCHO



CON MENOS ESFUERZO, ELLAS PROTEGEN MÁS SU SALUD CARDÍACA

Estudio. Las mujeres pueden reducir hasta tres veces el riesgo de mortalidad por enfermedad cardíaca con menos ejercicio que los hombres. "La enfermedad cardiovascular es más frecuente en la mujer y ellas no lo saben"

Por Pilar Pérez (Madrid)

Las mujeres pueden reducir hasta tres veces el riesgo de mortalidad por enfermedad cardíaca con menos esfuerzo que los hombres. Un estudio publicado en la revista *Nature Cardiovascular Research* señala que ellas podrían tener menor riesgo frente a un problema de corazón si hicieran cierta actividad física de forma rutinaria. Entre las conclusiones destaca que, en comparación con los hombres, las mujeres obtienen beneficios de salud equivalentes con solo la mitad del tiempo de ejercicio.

Para llegar a esta conclusión, los científicos de la Universidad de Xiamen y de la Facultad de Medicina de la Universidad Jiao Tong en Shanghai analizaron datos del Biobanco del Reino Unido. Recopilaron información a partir de monitores de actividad de pulsera de más de 85.000 participantes para examinar las diferencias de género en la asociación entre la actividad física y los resultados de la enfermedad coronaria. A partir de estos hallazgos, los investigadores sugieren que las recomendaciones específicas para cada sexo podrían mejorar la prevención y el manejo de la enfermedad coronaria. «Se trata de un estudio sólido que subraya una de las premisas

que llevamos tiempo insistiendo los cardiólogos: lo que más mata a las mujeres son las enfermedades del corazón y no el cáncer, como se piensa». El recién nombrado presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), Ignacio Fernández Lozano, insiste en que «la enfermedad cardiovascular es más frecuente en la mujer y ellas no lo saben». Y también pone el foco en los sanitarios: «No son conscientes de que esto ocurre».

En España, 63.291 mujeres fallecieron por enfermedades cardiovasculares en 2021, lo que equivale a una muerte cada ocho minutos, según la SEC. Estas patologías a menudo son infradiagnosticadas e infratratadas debido a síntomas atípicos y a una menor concienciación general sobre su gravedad. En 2024, el 60% de las muertes por insuficiencia cardíaca (18.574 en total) corresponden a mujeres. Fernández Lozano pone en contexto las cifras, que son el resultado de que «se llega tarde».

«Las mujeres posponen más la visita al hospital cuando tienen un infarto, consultan tarde cuando sufren insuficiencia cardíaca y muchas veces retrasan la atención del médico o la piden más tarde que ellos. Todo eso justifica también que los resultados en algunas patologías sean peores», resume el cardiólogo, que también es jefe de

la Sección de Arritmias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

Los datos que publica la revista *Nature* son contundentes: las mujeres que cumplieron con el objetivo de las directrices de 150 minutos de ejercicio a la semana presentaron un 22% menos de riesgo de enfermedad coronaria, en comparación con el 17% de los hombres. Análisis posteriores mostraron que ellas lograron una reducción del 30% en el riesgo de enfermedad coronaria con 250 minutos de actividad a la semana, mientras que ellos necesitarían 530 para una reducción comparable. En participantes con enfermedad coronaria, la adherencia a las directrices se relacionó con una reducción tres veces mayor del riesgo de mortalidad por cualquier causa en ellas en comparación con los varones. Aunque los investigadores señalan algunas limitaciones, aseguran que los hallazgos resaltan que las directrices actuales pasan por alto las diferencias de sexo y que las estrategias específicas para cada sexo podrían mejorar la prevención de la enfermedad coronaria. Asimismo, subrayan que se necesitan más investigaciones en poblaciones más diversas.

Las directrices actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras entidades recomiendan al menos 150 minutos de actividad física moderada a vigorosa por semana para todos los adultos. Sin embargo, estas directrices adoptan un enfoque uniforme a pesar de la evidencia de una «brecha de género» en la capacidad de ejercicio. «Las mujeres no necesitan hacer tanto como los hombres para recoger los frutos», indica el presidente de la SEC.

«Este trabajo es una reflexión para todos, asegura. «Nos sirve para animar a las mujeres a hacer ejercicio porque les es muy efectivo para prevenir la enfermedad cardiovascular y a nosotros como médicos, probablemente, para adaptar nuestras recomendaciones a unos o a otras».



Mónica Pico, profesora del grado de fisioterapia e investigadora de la UEMC. PHOTOGRAPH

> VALLADOLID

Una ayuda contra el dolor crónico

Una profesora de fisioterapia de la UEMC ha desarrollado un estudio centrado en la educación en neurociencia del dolor y actividad física en adolescentes con dolor crónico y sus familias. Por **María Bausela**

En España un 25,9% de la población adulta, o más de 9 millones de personas, conviven cada día con algún tipo de dolor crónico, una situación que cada vez se da con mayor frecuencia en edades más tempranas. «El dolor crónico no es solo un problema de adultos. Valladolid es pionera en el afrontamiento activo del dolor crónico adulto, pero en el caso de niños y adolescentes está aumentando el número de casos y no se tienen los mismos mecanismos para afrontarlo», explica la profesora de fisioterapia de la Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC), Mónica Pico.

La docente asegura que actualmente se estima que uno de cada cinco niños padece alguna forma de dolor de manera recurrente, con mayor incidencia en niñas y adolescentes. Algo que tiene un impacto «enorme» en sus vidas. «Afecta al sueño, la actividad física, la asistencia escolar y la autoestima. También tiene un impacto en el núcleo familiar. Y, si no se aborda adecuadamente, puede persistir en la edad adulta. Intervenir a tiempo es prevenir sufrimiento y costes económicos en el futuro».

Debido a esta situación decidió

poner en marcha en colaboración con SACYL un ensayo de viabilidad que integra educación en neurociencia del dolor, y actividad física graduada en adolescentes con dolor crónico y sus familias con un enfoque participativo. Este nace de una necesidad puesta en manifiesto desde la práctica clínica, de los pediatras de Valladolid, «que cada vez tienen más niños con dolor recurrente sin una causa clara».

«Muchos niños con dolor persistente pasan por tratamientos largos y derivaciones a especialistas sin encontrar mejoras. La evidencia científica recomienda un enfoque multidisciplinar, donde el movimiento y la educación son pilares clave. Queríamos trasladar esas recomendaciones internacionales a la realidad de Castilla y León, ofreciendo una intervención viable, segura y adaptada al contexto sanitario público. Nuestra propuesta pone el foco en lo que los chicos pueden entender y hacer, comprender el dolor para perder miedo al movimiento y volver a participar en su vida diaria», remarca.

Así, con este estudio han evaluado la viabilidad y los efectos preliminares de un programa grupal de educación en neurociencia

del dolor y actividad física adaptada, dirigido a adolescentes con dolor crónico y a sus familias. El objetivo de la investigación es doble, por un lado, conseguir que «dos adolescentes entiendan cómo funciona el dolor y aprendan a manejarlo de manera activa, recuperando su participación en la escuela, el deporte o la vida social». Y por otro, quieren que los padres reciban formación paralela para poder acompañarlos «desde el conocimiento y no desde el miedo o la preocupación».

Gracias a la participación de estos jóvenes y su entorno cercano durante 15 semanas con sesiones presenciales semanales en grupos pequeños impartidas por fisioterapeutas especializados, han podido comprobar si este programa es «factible, seguro y aceptado por las familias», y explorar su efecto sobre el dolor, la función física y la participación.

«Queremos que los adolescentes recuperen el control de su cuerpo y de su vida, y que los padres comprendan que el dolor no siempre significa daño, sino que puede ser una respuesta del sistema nervioso que se ha vuelto demasiado protector. Nuestro objetivo es que recuperen la confianza, el movimiento y su

participación plena en la vida cotidiana».

Actualmente, ya han completado esta fase de viabilidad, en la que participaron siete familias, y ahora están preparando un ensayo clínico controlado con un número mayor de participantes para confirmar los resultados que han obtenido, los cuales «han sido muy alentadores. El programa logró una adherencia y satisfacción muy buenas y ningún efecto adverso».

Tras finalizar el ensayo los adolescentes mostraron reducciones significativas en el dolor, la fatiga y los problemas de sueño, junto con mejoras en la función física y la participación en actividades diarias. «Y los padres, por su parte, aumentaron sus conocimientos sobre el dolor y redujeron pensamientos catastrofistas».

Pico considera que este estudio «demuestra» que la ciencia y la empatía pueden ir de la mano. «En muchos casos, el dolor crónico no se debe a una lesión, sino a que el sistema nervioso se ha vuelto hipersensible y reacciona con más intensidad de la necesaria, un fenómeno conocido como sensibilización central. Comprender esto permite a los adolescentes y a sus familias dejar de sen-

tirse culpables o incomprendidos. No se trata de que 'todo esté en su cabeza', sino de que su sistema nervioso necesita reaprender».

De esta manera, su iniciativa aporta «esperanza» y herramientas prácticas. «Muchos padres sienten frustración e impotencia ante el dolor de sus hijos. Este programa les enseña cómo actuar, cómo acompañar y cómo fomentar la autonomía. Para los adolescentes, supone romper el ciclo de inactividad y miedo al movimiento, ayudándoles a volver al deporte, a sus amistades y a la escuela. Además, valoran especialmente sentirse escuchados y comprendidos, algo que no siempre es fácil en sistemas educativos y sanitarios muy exigentes, donde el dolor sin causa puede pasar desapercibido».

Para continuar con el proyecto van a iniciar un ensayo clínico piloto controlado, con seguimiento a medio plazo, para confirmar esos efectos observados y ajustar la intensidad de la actividad física. También están trabajando para que el programa pueda extenderse a entornos escolares y comunitarios, y que forme parte de las estrategias públicas de salud infantil en Castilla y León.

> SALAMANCA

La proteína clave en la progresión tumoral

El CIC desarrolla una estrategia que podría ser clave para frenar el crecimiento del colangiocarcinoma, un tipo de cáncer de mal pronóstico debido a su alta resistencia a las terapias. Por **María Bausela**

El colangiocarcinoma se sitúa como una de las mayores preocupaciones en el mundo oncológico relacionado con el hígado. Este tipo de tumor, que se desarrolla en las vías del sistema biliar, representa el 2% de los casos oncológicos en España y estiman que es responsable del 3% de las muertes por cáncer, dado que cuenta con un muy mal pronóstico debido a que tiende a darse un diagnóstico tardío y su alta resistencia a las terapias. Dentro de este tumor hay diferentes subtipos en función de su localización dentro del árbol biliar, uno de ellos es el colangiocarcinoma intrahepático que lleva años siendo objeto de estudio del doctor en Biología y Bioquímica y científico del Centro de Investigación del Cáncer, Javier Vaquero, el cual ha dado con la que podría ser la proteína clave en su progresión tumoral.

En un nuevo proyecto, realizado en colaboración con Isabel Fabregat del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL) de Barcelona, ha presentado una estrategia que podría resultar clave para frenar el crecimiento de estos tumores.

Tras formarse en la Universidad de Salamanca (Usal) el investigador terminó incorporándose al IDIBELL donde abrió ciertas líneas de estudio que continúa ahora en Salamanca con su grupo de investigación 'Hepatobiliary Tumours Lab'. Es en esa es-

tancia en la ciudad catalana que surgieron las bases bajo las que se sienta esta investigación.

«Fabregat me informó de la posibilidad de pedir un proyecto de la convocatoria del Plan Nacional de Generación de Conocimiento de la Agencia Estatal de Investigación. Dentro de esa convocatoria hay un tipo especial de proyectos para jóvenes investigadores», explica Vaquero. Dado que el grupo en el que se integró investiga la vía de señalización del TGF-beta implicada en procesos celulares como la proliferación o la migración- en diferentes enfermedades hepáticas, como la fibrosis, «decidimos que sería interesante abrir una nueva línea de investigación en el laboratorio sobre colangiocarcinoma».

«Hubo suerte» y le concedieron el proyecto, que se centraba en investigar el potencial terapéutico de la proteína NOX4, un mediador de la vía del TGF-beta, en colangiocarcinoma intrahepático. Adicionalmente, poco después a Fabregat le concedieron un Proyecto General de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) para estudiar el potencial de los inhibidores del TGF-beta en carcinoma hepatocelular y en el colangiocarcinoma intrahepático. «Así nació esta colaboración, en la que yo me encargo de la parte del colangiocarcinoma, y las dos partes del estudio que al final convergen y conectan bien que se han fusionado en un

solo artículo», remarca.

En primer lugar, su proyecto proponía el estudio de la proteína NOX4, que es un mediador de la vía del TGF-beta en múltiples tipos celulares. «Hay mucha información en otras enfermedades y tipos tumorales, incluyendo el carcinoma hepatocelular, pero no había ningún antecedente de estudio en colangiocarcinoma intrahepático», algo en lo que vio una posible línea de investigación.

Debido a estos antecedentes, se sabe que esta proteína participa en la activación de los fibroblastos asociados al cáncer, un tipo celular del microambiente tumoral muy abundante en colangiocarcinoma intrahepático, «de ahí su potencial interés terapéutico».

En cuanto al proyecto de la AECC este se centró en el estudio del potencial terapéutico de los inhibidores del receptor de TGF-beta en combinación con inmunoterapia, ya que esta última se ha aprobado recientemente para el uso en pacientes tanto con carcinoma hepatocelular como con colangiocarcinoma intrahepático; pero la respuesta de los pacientes que se ha visto a este tratamiento «sigue siendo escasa». Debido a esto se propusieron tratar de inhibir otras vías de señalización con el objetivo de tratar de mejorar sus efectos.

«El TGF-beta ejerce un potente papel inmunosupresor sobre el



Javier Vaquero y Ester González-Sánchez. ENRIQUE CARRASCAL

microambiente tumoral, por ello hay interés en utilizarlo como diana terapéutica y se han creado multitud de moléculas inhibido-

ras. Algunas se han probado en ensayos clínicos en pacientes, pero no han funcionado. En concreto los ensayos clínicos en colan-

BLOC OPINIÓN

Carreteras inteligentes

ESTEFANIA ONDICOL

La digitalización está transformando la red viaria en un sistema inteligente capaz de anticipar riesgos y optimizar recursos. Castilla y León se posiciona como un territorio de referencia en innovación en infraestructuras, con la mirada puesta en una movilidad más segura y sostenible. La carretera del futuro no solo conectará territorios, sino también información. En plena transformación digital, el dato se ha convertido en el nuevo asfalto sobre el que se construye una movilidad más segura, eficiente y sostenible. La revolución tecnológica ya no

se mide solo en kilómetros de red viaria, sino en la capacidad de convertir la información en decisiones que salvan vidas, reducen emisiones y optimizan recursos.

El Foro de Innovación en Carreteras, que se celebrará el 29 de octubre en el Auditorio Miguel Delibes de Valladolid, aspira a ser el punto de encuentro de esta nueva visión. Impulsado por la Junta de Castilla y León y AEICE, Clúster de Hábitat Eficiente, reunirá a responsables públicos, empresas, universidades y centros tecnológicos en torno a un objetivo común: redefinir el

papel de las infraestructuras viarias en la movilidad del siglo XXI.

Cada metro de carretera puede convertirse en una fuente de información. La sensorización de la red mediante dispositivos IoT, estaciones meteorológicas o sistemas de conteo permite conocer en tiempo real el estado del tráfico, del firme o las condiciones ambientales. Con el apoyo de la inteligencia artificial, esta información se traduce en modelos predictivos capaces de anticipar incidencias, planificar mantenimientos o ajustar la gestión energética. En este nuevo escenario, el dato no solo ayuda a mejorar la eficiencia: permite prevenir riesgos y diseñar políticas de movilidad más seguras y sostenibles, reduciendo los tiempos de respuesta y el impacto ambiental de cada actuación.

Castilla y León cuenta con una red viaria extensa y diversa, un territorio ideal para experimentar con nuevos modelos de gestión y digitalización. En este contexto, AEICE impulsa proyectos que combinan sen-

sozación, análisis de datos y economía circular, demostrando que la innovación no es solo una cuestión de tecnología, sino también de colaboración. El clúster trabaja junto a la Dirección General de Carreteras e Infraestructuras y un amplio ecosistema de agentes para hacer la región un referente en innovación viaria. El Foro de Innovación en Carreteras se presenta así como un espacio para debatir, compartir conocimiento y anticipar el futuro de la movilidad, con la mirada puesta en las personas, la sostenibilidad y el desarrollo territorial. En la era del dato, las carreteras inteligentes no son una utopía tecnológica, sino una necesidad colectiva. Convertir información en conocimiento e innovación en servicio público será la clave para que cada kilómetro recorrido sea un paso hacia una sociedad más segura, conectada y sostenible.

Estefanía Ondicol es Coordinadora del Área 4.0 del Clúster AEICE.

JAVIER VAQUERO, CIENTÍFICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL CÁNCER DE SALAMANCA

«Responder a preguntas clave a nivel clínico y proponer alternativas terapéuticas»

«Todavía queda mucho trabajo por hacer», remarca el científico del CIC, Javier Vaquero. Por ahora ya han conseguido crear avances en el conocimiento del comportamiento de estos tumores y la proteína en la que se ha centrado su estudio. «Cuando empezamos a investigar existía cierta confusión sobre el papel real de NOX4 sobre la activación de los CAF, ya que algunos artículos muestran que la inhibición de esta proteína en tumores los inhibe, pero otros muestran lo contrario. Nuestro trabajo da una potencial explicación a este fenómeno. Hemos conseguido responder a preguntas clave a nivel clínico y proponer alternativas terapéuticas».

«Cuando realizamos experimentos de progresión tumoral en ratones para NOX4 vemos que

los CAF funcionan exactamente igual que los controles. Tras estudiarlo más a fondo encontramos que lo que ocurre es que NOX4 actúa de forma coordinada con otra proteína de su misma familia, la NOX1, para permitir la activación de los fibroblastos. Esto nos indica que ambas proteínas deben ser inhibidas simultáneamente. Por suerte, existe un inhibidor dual de ambas proteínas que, cuando lo utilizamos de forma terapéutica, es capaz de inhibirlos y reducir la progresión tumoral». Pese a esto, incide que, «aunque esta inhibición de los CAF reduzca la progresión tumoral, sigue siendo insuficiente para detener el tumor y su combinación con terapias que ataquen directamente a la célula tumoral o que promuevan la activación

del sistema inmune puede mejorar los resultados significativamente. Por eso queremos explorar su potencial combinación con otras terapias actualmente utilizadas en colangiocarcinoma, como la quimioterapia, la inmunoterapia o algunas terapias dirigidas contra mutaciones específicas que ya se han aprobado en este tumor. Esta sería la continuación directa del proyecto».

«Este estudio ha sido muy importante en mi desarrollo como científico, ya que es la primera vez que estoy al frente de una línea de investigación independiente y de un laboratorio propio. Además, es probable que tenga un gran impacto para el laboratorio que permita consolidarlo y seguir profundizando en esta línea de investigación».

resantes que resaltan con lo que se conoce en otros tipos tumorales». Gracias a trabajos anteriores se conoce que el TGF-beta en fases tempranas del desarrollo tumoral actúa como supresor del crecimiento tumoral, mientras que en fases tardías las células son capaces de evitar ese efecto supresor y aprovechan su potencial protumorigénico, por el que promueve la activación de los CAF y potencia la inmunosupresión. Esta es la primera diferencia que observaron al estudiar el colangiocarcinoma, ya que el TGF-beta «actúa fundamentalmente como supresor sobre la célula tumoral, independientemente del estadio tumoral».

Ese efecto supresor es dependiente de que la vía canónica de las SMAD, que transmite los efectos del TGF-beta, sea funcional,

pero adicionalmente sus análisis muestran que en colangiocarcinoma intrahepático el porcentaje de pacientes con mutaciones que puedan inactivar la vía es bajísimo.

«Esto quiere decir que en la mayoría de pacientes el TGF-beta actúa como supresor de la célula tumoral. En este contexto nos preguntamos si los inhibidores serán entonces contraproducentes y promoverían el crecimiento tumoral, algo que comprobamos al observar los modelos in vitro».

Por otro lado, con este estudio han podido ver que la proteína NOX4 se sobreexpresa en pacientes de colangiocarcinoma intrahepático. Esta expresión es indetectable en las células tumorales, lo que «permite jugar con su inhibición sin preocuparnos de potenciales efectos indeseables sobre

las células tumorales, como otros inhibidores». Estos resultados suponen la posibilidad del uso de un inhibidor que impacta el crecimiento del tumor y que tiene potencial de combinación y mejora.

«Ya se está utilizando a nivel clínico en ensayos avanzados en pacientes con otras enfermedades del árbol biliar y en otros tumores. Esto facilitaría la aplicación en otras enfermedades como nuestro tumor con la combinación de Setanaxib con inmunoterapia, que al parecer muestra resultados prometedores. Este sería el camino a seguir para nosotros, primero probar en estudios preclínicos la eficacia en combinación con otras terapias, y si todo funciona intentar que llegue a la clínica», incide el científico del Centro de Investigación del Cáncer.

giocarcinoma se han parado antes de tiempo porque los pacientes no mostraron beneficios, sino que respondían peor que los que

no tomaban el inhibidor».

En este marco su estudio ha obtenido unos resultados que demuestran ciertos aspectos «inte-

BLOG OPINIÓN

Otra forma de ver el arte

CRISTINA PÁRBOLE MARTÍN

La primera vez que tuve la oportunidad de ver un videomapping fue en la iglesia de San Clemente de Tahull, icono del románico catalán, y reconozco que fue una experiencia difícil de olvidar. La proyección permite contemplar, en todo su esplendor, las pinturas románicas que fueron arrancadas a principios del siglo XX y trasladadas al Museo Nacional de Arte de Cataluña (MNAC). El espectador se queda maravillado, ante el alarde de color y ante la posibilidad de ver algo, que de otra forma, se-

ría imposible. Esto es lo que se pretende con esta técnica audiovisual, proyectar imágenes sobre superficies reales, ajustando la proyección para que se adapte perfectamente, casi siempre, a fachadas, esculturas o partes arquitectónicas de un edificio histórico.

Los primeros pinitos en esta técnica comenzaron en Estados Unidos, concretamente en 1969, en Disneyland, cuando se utilizaron proyecciones sobre superficies tridimensionales para crear ilusiones en movimiento. Sin em-

bargo, no será hasta los años 80, cuando comiencen los primeros experimentos en museos, llegando el videomapping, tal y como lo conocemos hoy, en el año 2004 en la proyección sobre la catedral de San Pablo en Londres. En España, los primeros ensayos no llegan hasta el año 2000 en eventos tecnológicos y artísticos de Madrid y Barcelona. En las navidades del año 2010, el videomapping sobre la fachada del Ayuntamiento de Madrid se convirtió en uno de los espectáculos con mayor afluencia de público del país.

Con el paso de los años, su presencia se fue consolidando y mejorando notablemente su calidad, considerándose parte imprescindible de eventos y conmemoraciones. Así ocurrió en la Catedral de Santiago de Compostela que celebró su restauración con un videomapping, donde no sólo las imágenes fueron protagonistas, sino también la historia, la música y la luz. Durante la

pandemia, el videomapping ocupó un lugar importante, pues su retransmisión en streaming permitía seguir disfrutando de la cultura, el arte y la historia.

En la actualidad, no hay ciudad que no haya sucumbido a los encantos de esta técnica audiovisual. Muchos monumentos lo han incorporado en su parte expositiva y se ha convertido en una herramienta fundamental en la divulgación patrimonial. No solo potencia el aprendizaje histórico y artístico, sino que también fomenta la conservación y respeto por el patrimonio, mejora la comunicación y la experiencia del visitante, impulsa el turismo cultural sostenible, facilita la accesibilidad y la inclusión y devuelve 'a la vida' monumentos profundamente transformados por el paso irremediable del tiempo.

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



Bartolomé García y Carmen Ruiz, con imágenes de su hijo Aitor, en su domicilio de Navalcarnero, donde todo sucedió, en 2021. ÁNGEL NAVARRETE

Dos años de cárcel para el médico del 112 que negó atención a Aitor en 2018

QUICO ALSEDO MADRID
Carmen consigue al fin hablar por teléfono con un médico del Summa 112. Su único hijo, Aitor, que acaba de derrumbarse desmayado, está tirado en el suelo de su habitación junto a ella, «de color amarillito»: no puede respirar y está «sudando profusamente». Son las 11.54 horas del 14 de enero de 2018. Carmen, que cree ver a su hijo morir ante sus ojos, se lo cuenta atropelladamente al médico. Este, con un tono displicente, como con desgana, le contesta que quiere que Aitor se ponga al teléfono. «Si estuviera en un hospital tendría que hablar con el médico, ¿no?», le lanza. «Pero si se está ahogando», se desespera ella, según los audios.

Acerca el auricular al chaval, que apenas puede exhalar algo parecido a un angustioso «me ahogooo». «Yo no escucho que te ahogues», le devuelve el sanitario con un evidente deje de pasotismo, «a ver, ponme otra vez a tu mamá». Carmen, con su hijo asfixiándose a su lado en la casa familiar de Navalcarnero (Madrid), escucha al médico: «Señora, su hijo no tiene nada, respira perfectamente... ¿No habrá tomado algo, alguna cosa? Yo creo que igual está un poco tocado», dice el sanitario, sugiriendo consumo de alcohol o drogas: es domingo por la

«SEÑORA, ÉL DIRÁ LO QUE QUIERA, PERO NO SE AHOGA», LE DIJO A LA MADRE. Y EL CHICO SE AHOGÓ

La Justicia condena a cuatro años de inhabilitación al médico, y certifica que se inventó datos que grabó en el expediente. La Comunidad de Madrid les envió a los padres los audios troceados y negó el error

mañana. «No, no», llega a contestar ella, «el no...». El médico casi la deja con la palabra en la boca. Cuelga tras musitar un «hasta luego», y sin explicarles a los padres nada más. A las 11.57 horas el galeno registra en la base del Summa 112: «Dificultad respiratoria. Puede hablar normalmente. Dos horas de evolución».

El juez dirá, ahora, siete años después, que el médico, Juan Antonio Martín, no sólo «no prestó la atención debida» a Aitor, ni le hizo las preguntas «relevantes» para valorar su estado, sino que se inventó esas «dos horas» que supuestamente el chico llevaba mal: «Nadie le había dicho eso», zanja el magistrado.

Sólo dos minutos después de que Martín escriba eso en los registros

del Summa, Aitor entra en parada cardiorrespiratoria. Como Martín había asignado el riesgo más bajo, lo primero que llega a casa de Carmen y de su marido, Bartolomé, es una ambulancia sin médico, a las 12.17 h. El corazón de Aitor lleva casi 20 minutos parado.

Minutos después llega una UVI, porque cuando Aitor ha comenzado a irse de este mundo Bartolomé ha llamado de nuevo y otro doctor del 112, éste con la diligencia debida, la ha enviado. Aitor muere, tras una larga agonía de cuatro días, de anoxia cerebral causada por el trombo cuya posible existencia Juan Antonio Martín ni siquiera valoró, «vulnerando los protocolos y sin emplear la mínima diligencia», dice la Justicia.

Errores fatales de este tipo suelen quedar judicialmente en la vía civil, sin responsabilidad penal para el doctor de turno, en apenas una indemnización para la familia. Sin embargo, Carmen Ruiz y Bartolomé García se empeñaron en que la muerte de su único hijo, un chico «muy bueno» que estudiaba Ingeniería del Automóvil y no había roto un plato en su vida, no quedara impune. El Juzgado de lo Penal 1 de Móstoles acaba de condenar al médico a dos años de cárcel —que no cumpliría, por no tener antecedentes penales—, y a indemnizar a la fa-



Aitor García Ruiz. A. NAVARRETE

milia García Ruiz, por un delito de homicidio por imprudencia profesional grave.

Además, Martín no podrá ejercer como médico durante cuatro años. La sentencia es recurrible, y Carmen y Bartolomé ya han mostrado su intención de recurrirla. El tope de condena es de cuatro años. En aquellos minutos, que a los padres se les están convirtiendo en años, Martín llegó a decirle a Carmen, según los audios: «Él dirá lo que quiera, pero respira perfectamente porque habla perfectamente, ¿vale?». Antes de dejar a los padres aterrizados y solo, viendo a su hijo irse ante sus ojos, el médico les dijo: «Sí, respira. Venga. Hasta luego. Parece más bien que está tocado de algo. Nosé. Vamos a ir a verlo. Venga, hasta ahora». Y colgó.

Si Martín hubiese preguntado, le habrían dicho que Aitor había ido dos veces en las semanas previas al Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles (a apenas 10 minutos en ambulancia desde su casa, por cierto), con dolor intercostal: el trombo empezaba a asomar.

Pero el médico, en cambio, varió el riesgo de la llamada de los García, que había sido catalogado de o por la teleoperadora que hizo el primer triaje, y lo pasó la llamada, a: lo primero que llega a casa de los García es una ambulancia sin médico. «Cuando subieron a ver a Aitor, nuestro hijo estaba ya azul, así de claro», cuenta Carmen. «Salieron corriendo, ni siquiera lo reanimaron».

En cuanto llegó la UVI móvil y recogieron a Aitor, Carmen, desgarrada, le preguntó al médico por qué habían tardado tanto mientras su hijo se moría: «¿Y a mí me dice: Nosotros no queremos incompetentes en el Summa, y se llevan a Aitor?».

Tras la muerte del chico, la familia reclamó a la Comunidad de Madrid, paso obligado antes de ir a los tribunales. La Comunidad negó responsabilidad alguna o vulneración ninguna de la lex artis médica —la presidenta Ayuso lo hizo públicamente—, y lo repitió también cuando EL MUNDO publicó los audios de las conversaciones de los padres con el 112. Sin embargo, el letrado de ese momento de la familia, Carlos Sardinero, denunció públicamente que los audios enviados a Carmen y Bartolomé había sido recortados.

Los padres decidieron denunciar por lo penal después de que la Comunidad de Madrid les ofreciera finalmente 10.000 euros de indemnización en 2021, pero sin admitir error alguno en la operativa de asistencia a su hijo. «Es una completa vergüenza», explicaba entonces Carmen. Sardinero enfocó entonces el procedimiento penal y la condena ha sido conseguida por otro abogado, Felipe Holgado.

¿Cómo se sienten ahora los padres de Aitor, que se murió en sus brazos? «No se si se podrá decir de esta manera, y es la más suave», dice Carmen a EL MUNDO, «pero nos sentimos decepcionados con la Justicia después de ocho años con todas las pruebas a nuestro favor: a un médico dejar morir a un paciente le sale gratis. Está demostrado».

LA HUELLA DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN ESPAÑA: CASI 6.000 MUERTES

'The Lancet Countdown'. El impacto de las temperaturas elevadas es global y se cobra ya 546.000 vidas al año en el mundo, según el informe anual. 'Revertir el calentamiento es una utopía y es difícil pensar en la adaptación'

Por C. G. Lucio (Madrid)

El cambio climático avanza cobrándose vidas y dañando el bienestar de la gente. Así lo pone de manifiesto un nuevo informe de *The Lancet Countdown*, una colaboración de 128 expertos de 71 instituciones mundiales que, desde hace nueve ediciones, analiza el impacto del calentamiento global sobre la salud de las personas. Los datos de la nueva entrega son demoledores. Según su análisis, 12 de los 20 indicadores que miden las amenazas para la salud han alcanzado niveles sin precedentes.

«El balance sanitario de este año presenta un panorama sombrío e innegable de los devastadores daños para la salud que llegan a todos los rincones del mundo, con amenazas nunca vistas para la salud provocadas por el calor, los fenómenos meteorológicos extremos y el humo de los incendios forestales que están matando a millones de personas. La destrucción de vidas y medios de subsistencia continuará escalando hasta que pongamos fin a nuestra adicción a los combustibles fósiles y mejoremos drásticamente nuestros esfuerzos para adaptarnos», ha señalado en

un comunicado Marina Romanello, directora ejecutiva de *The Lancet Countdown* e investigadora del University College de Londres.

El año 2024 fue el más caluroso desde que hay registros, recuerda el documento, que desgana las consecuencias que ese aumento de las temperaturas acarrea para la salud de las personas. Las muertes relacionadas con el calor se han disparado un 63% desde la década de los 90, alcanzando los 546.000 fallecimientos globales al año. Solo en España, aclara el informe, las estimaciones muestran unas 5.800 muertes anuales atribuibles al calor, una cifra que supera en más de dos veces la media alcanzada entre 1990 y 1999. En el periodo 2020-2024, el 61% del territorio español tuvo, al menos un mes de sequía extrema al año, una cifra que es seis veces mayor que el promedio durante el periodo 1951-1960.

Para Joan Ballester, investigador del centro impulsado por 'La Caixa' ISGlobal y uno de los firmantes del trabajo, «hay muchas medidas en muchos ámbitos que se podrían desarrollar para mitigar el impacto de las altas temperaturas sobre la salud». Entre ellas, el científico cita la utilización de «mejores sistemas de alerta temprana que incluyan

alertas personalizadas basándose en el impacto que tiene el calor sobre cada segmento de la población». También sería clave una «mejor coordinación entre los distintos agentes (meteorólogos, epidemiólogos, gestores de salud pública, servicios hospitalarios y de emergencias, servicios sociales y asistenciales, patronales y sindicatos...), así como modificaciones en la jornada laboral, un aumento del espacio verde en las ciudades, bonos energéticos durante las olas de calor (con la consiguiente mejora en la red eléctrica), planes de rehabilitación de viviendas o un impulso de las energías renovables», entre otras intervenciones.

«Revertir el calentamiento ya observado es una utopía, y, por lo tanto, no podemos volver al clima preindustrial donde los eventos extremos (calor, sequías, inundaciones) eran menos intensos», continúa Ballester. «En este contexto es muy difícil pensar que algún día desarrollaremos métodos de adaptación que nos harán inmunes a los cada vez más intensos eventos extremos. Es por esto que la estrategia más inteligente para nuestra autoprotección es limitar el calentamiento».

El informe también muestra que alrededor de 2,5 millones de muertes anuales en el mundo son atribuibles a la contaminación atmosférica provocada por la quema continua de combustibles fósiles. En España, las estimaciones del informe hablan de 22.000 muertes anuales ligadas a la contaminación antropogénica del aire. Los combustibles fósiles estarían detrás del 44% de esas muertes en 2022. Además, las condiciones climáticas también han propiciado los incendios forestales, que contribuyen a la contaminación por partículas finas (PM_{2.5}), que se ha asociado a la cifra récord de 154.000 muertes globales en 2024, lo que supone un aumento del 36% con respecto al promedio anual registrado entre 2003 y 2012. En España, esta cifra de defunciones ronda las 1.000 muertes anuales.

El cambio climático también está aumentando las amenazas infecciosas. Según los datos del informe, el potencial de transmisión del dengue ha aumentado, de media, un 49% desde la década de los 50. Suben asimismo los riesgos globales de enfermedades transmitidas por garrapatas y otros vectores que ganan terreno gracias al aumento de las temperaturas. «La cruda realidad es que una de las mayores amenazas a la prosperidad humana proviene de líderes y empresas que están dando marcha atrás en los compromisos climáticos», ha señalado en un comunicado Nadia Ameli.

Un persona se refresca en una fuente durante las altas temperaturas sufridas este verano.
SANTI VILLEGAS





ORIENTE El chef indio Satish Sridhar junto a Manon Gingold y Naveen Patwal mostraron a los asistentes las propiedades y características de varias especies de setas que todavía no son tan conocidas en Occidente y que, además de medicinales, también tienen su aplicación en los fogones. /V.R.A.

Las setas medicinales llegan con sabor a India

La ponencia de Satish Sridhar mostró interesantes especies como la seta de la inmortalidad o la seta de la belleza mientras incidía en la importancia del reino fungi para la humanidad Por V.R.A.

El Aula Magna Tirso de Molina, sede central del congreso sobre cocina micológica y turismo, se llenó de aromas y sabores de la India con el taller de 'Cocina de la India y setas' de la mano de Satish Sridhar y Manon Gingold junto al experto micológico Naveen Patwal que mostraron a los asistentes algunas especies medicinales que pueden ser utilizadas, también, en los fogones. Sridhar indicó que al viajar a Soria y conocer la importancia de este recurso para la provincia le había «llegado al corazón cómo habéis sabido mantener las tradiciones micológicas», apuntó.

Y es que, evidenció, «el mundo de los hongos es la razón por la que existe la vida. Preservar las setas es fundamental para el futuro en una situación complicada como la actual con recursos limitados en el mundo». En su opinión, «las setas son uno de los recursos sostenibles más importantes en el planeta seguido de los insectos y las algas y muy eficientes como fuente de ali-

mentación humana» a la vez que mostraba algunas setas silvestres, otras cultivadas y otras medicinales. Entre ellas, la llamada melena de león, «una seta muy carnosa que

históricamente se ha usado para tratar demencias». También habló de la chaga, procedente del Himalaya, y conocida «como la seta de la inmortalidad porque es muy efi-

ciente para reducir inflamaciones». Además, Sridhar nombró «otra seta puramente medicinal, el reishi, que mejora el sueño y relaja» así como el Shiitake o seta de la belleza porque «mejora la elasticidad y la hidratación de la piel».

Mientras explicaba algunas de las propiedades de estas setas utilizadas en Oriente el chef cocinaba unas albóndigas con setas de cardo de Soria con pasta de cebolla caramelizada y salsa de anacardo así como un ramen (sopa) «que tiene mucho valor para la gente de mi comunidad» con un masala casero «muy especial». Sridhar dejó claro, por otra parte, que «la cocina india no se preocupa del emplatado sino de alimentar y de curar. La foto hay que hacerla con las papilas gustativas».

Uno de los consejos que puso encima de la mesa fue «hervir la seta ya que es un paso que solemos saltarnos y al hervirla primero le añadimos un toque de agua para que per- mee en la pared de la seta ensalzan-



Sobre estas líneas, Samy Benabed, de Québec, Canadá. /MONTESEGUROFOTO

UNA CITA ÚNICA A NIVEL MUNDIAL

Soria Gastronómica es el único Congreso Internacional de Cocina y Turismo Micológico, que cada dos años organiza la Junta de Castilla y León y reúne en la ciudad de Soria a un gran número de expertos relacionados con los distintos campos de las setas y los hongos, con el objetivo de tratar y debatir sobre diversos aspectos como el turístico (micoturismo), el culinario (técnicas de conservación, sus características, sabores, armonía con otros alimentos y con vinos...), la investigación y la ciencia... Este congreso es un referente en el mundo de la gastronomía y la micología a nivel internacional, pues edición tras edición convoca a los mejores y más insignes cocineros nacionales e internacionales junto a expertos del turismo, la ciencia y la nutrición este año bajo el paraguas 'Del monte a la vanguardia'.

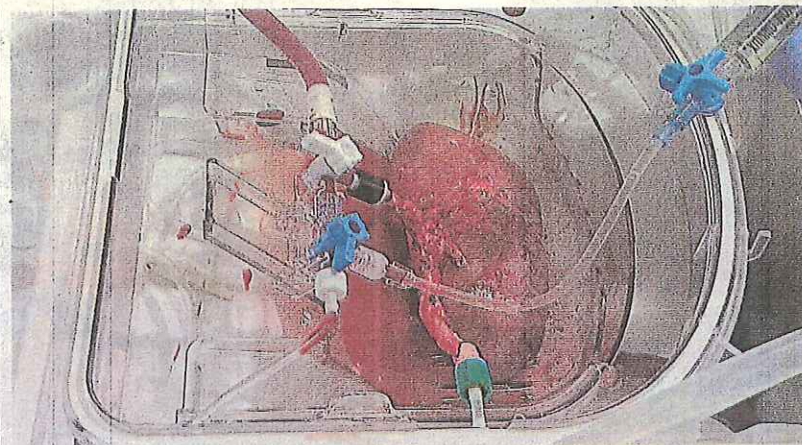
do su sabor». Por último, quiso apostar por «un mundo que sea más sostenible y que haya una mayor conciencia en el futuro intentando conseguir que todos tengáis curiosidad por las setas». Y es que, concluyó, «el cultivo de las setas requiere muy poca agua y poca electricidad. Es muy eficiente».

COCINA DE SAMY

El mismo escenario acogió la ponencia de Samy Benabed titulada 'Los hongos y el producto silvestre de la cocina de Samy', chef del restaurante Aubergue Saint-Marthieu, en Canadá con una Estrella Verde Michelin. Benabed encarna una nueva generación de chefs quebequeses profundamente arraigados a su territorio. Formado en establecimientos de renombre en Quebec y en el extranjero, notablemente en el restaurante Reloe en Copenhague, ha desarrollado un enfoque culinario donde la naturaleza, la curiosidad y la sostenibilidad convergen.

Su cocina, a la vez instintiva y reflexiva, celebra los productos locales, silvestres y de temporada, bajo un espíritu de innovación y respeto por la vida. Este compromiso le valió la obtención en 2025 de una Estrella Verde en la Guía Michelin, un galardón que recompensa su labor en favor de una gastronomía responsable. Para Samy, cada plato es un diálogo entre el territorio, la creatividad y la emoción, una invitación a redescubrir lo que realmente significa comer local, tal y como recogen fuentes regionales.

Monitorización de riñones porcinos tras la perfusión de organoides renales humanos mediante máquinas. IBEC



PRUEBAN CON ÉXITO ORGANOIDES HUMANOS PARA REPARAR RIÑONES

Avance. Científicos españoles demuestran la viabilidad de una tecnología celular con la que abordar las complicaciones en los trasplantes. El experimento ha demostrado que "la producción es escalable y segura"

Por Sonia Moreno (Madrid)

Los organoides, estructuras celulares diminutas que se asemejan a órganos humanos, es lo más cercano que hoy está la ciencia de fabricar un órgano en el laboratorio. Sin embargo, todavía no pueden considerarse un órgano completo y, por tanto, un recurso realista para poder solventar la escasez de órganos necesarios para el trasplante. Según datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), los injertos que se realizan a nivel global en el mundo apenas cubren un 10% de las necesidades de trasplante global.

Ahora un equipo internacional de científicos, liderado por el Instituto de Bioingeniería de Cataluña (IBEC), en colaboración con el Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), propone una original estrategia para aplicar la tecnología de los organoides como una vía con la que aumentar los órganos disponibles, viables para el trasplante e, incluso, como una potencial terapia celular.

El experimento, publicado en *Nature Biomedical Engineering*, ha consistido en producir organoides renales humanos por primera vez de manera escalable, en un núme-

ro suficiente para un eventual uso terapéutico, y combinarlos con riñones de cerdo. Los riñones porcinos se extrajeron de los animales y se mantuvieron vivos conectados a una máquina de perfusión normotérmica, para después ser reinsertados en los cerdos. Esta prueba de concepto es fruto de una línea de investigación que inició en 2018 Núria Montserrat, investigadora ICREA en el IBEC en el momento del estudio y actual consejera del Departamento de Investigación y Universidades de la Generalidad de Cataluña, y que refleja el potencial de la medicina regenerativa y la bioingeniería de órganos.

Elena Garreta, investigadora senior del grupo de Pluripotencia para la regeneración de órganos del IBEC y co-primer autora del estudio, explica a este medio que el experimento demuestra por primera vez «la viabilidad de producir los organoides de manera escalable y segura. Hemos utilizado células de pluripotencia inducida humanas (iPS) que han sido sometidas a un proceso de diferenciación de 16 días, al cabo de los cuales conseguimos que se formaran los organoides renales humanos».

La investigadora destaca que las técnicas de microagregación e

ingeniería genética empleadas permiten generar más de 30.000 organoides por cada placa de cultivo. «Con otros métodos solo se obtenían unas decenas, de 20 a 50, en cada experimento», justifica.

Esas cifras dan idea de la gran ventaja que aporta este hallazgo, pues acerca más la posibilidad de que en un futuro, se puedan incrementar los órganos viables para trasplante en las cantidades necesarias. «Los organoides son estructuras de tamaño micrométrico», recuerda Elena Garreta, y carecen de vasos sanguíneos, por lo que no están listos para ser utilizados tal cual en un trasplante. Sin embargo, los investigadores buscan que «puedan ser usados para acondicionar y reparar órganos que ahora se descartan en los trasplantes. Acondicionar esos órganos antes del injerto ofrece la ventaja de poder aumentar el número de órganos viables y disminuir así la espera de pacientes crónicos para el trasplante», explica.

Para demostrarlo, han introducido organoides renales humanos en siete riñones de cerdo que se mantuvieron vivos fuera del organismo gracias a las máquinas de perfusión, con las que se mantienen los órganos oxigenados y condiciones fisiológicas adecuadas. «Aproximadamente se inyectaron 20.000 organoides por riñón. El número de organoides que se inyectaron se calculó sobre la base del peso del órgano», detalla Garreta.

El equipo constató que después de 24 y 48 horas del trasplante, los organoides humanos persistían integrados en el tejido renal porcino, mantenían su viabilidad y no desencadenaban ninguna respuesta inmune significativa. El riñón trasplantado continuaba funcionando con normalidad, y no se detectaron signos de daño ni toxicidad. El experimento es un primer paso exitoso, «al que deben seguir otros estudios», remacha Garreta.

OFRECIDO POR JAZZ PHARMACEUTICALS

Sostenibilidad y salud: cuidar hoy para crecer mañana

Vivimos en una era de transformación constante, donde la eficiencia por sí sola ya no garantiza el éxito. Con un 60% de los empleados considerando cambiar de empleo, según un reciente informe de AON, y muchos buscando activamente nuevas oportunidades en los próximos 12 meses, entender qué les motiva a elegir una empresa y a dar lo mejor de sí mismos, se ha convertido en una prioridad estratégica.

MAQUETADO POR  Studio

El desarrollo, la atracción y la retención del talento son hoy más críticos que nunca. La salud, el bienestar y el crecimiento profesional de las personas han dejado de ser temas periféricos: son palancas directas de productividad, reputación y cultura organizacional.

Estas dimensiones están desplazando a los indicadores puramente económicos como el PIB, y ganan protagonismo en políticas públicas, estrategias empresariales y estudios académicos. La sostenibilidad en las organizaciones ya no se mide solo por su impacto ambiental o financiero, sino también por su capacidad de cuidar y desarrollar a las personas.

Integrar la salud y el bienestar en el propósito corporativo es apostar por una **sostenibilidad humana**: una visión que genera equipos más comprometidos, resilientes y preparados para afrontar los retos del futuro. Esta mirada no solo mejora el clima laboral, sino que se convierte en una ventaja competitiva y una palanca de crecimiento sostenido.

No se trata de ofrecer salud como un beneficio adicional, sino de entenderla como una forma de hacer empresa. Además, no existe una única solu-



Inés Perea del Pino, Directora General de Jazz Pharmaceuticals Iberia.

ción que satisfaga a todos los equipos. Por eso, el reto está en identificar elementos comunes que nos unan y, al mismo tiempo, ser lo suficientemente flexibles para ofrecer propuestas personalizadas que generen valor real para cada persona.

“La sostenibilidad humana es cuidar hoy para seguir creciendo mañana.” Cuando la promoción de la salud en sus varias dimensiones (física, mental, social, ...) se integra en el propósito corporativo, se convierte en motor de cre-

cimiento. Permite desarrollar y retener equipos altamente competitivos, y transforma la cultura empresarial.

Este enfoque implica un cambio de paradigma: pasar de la lógica de “extracción de valor” —¿qué aporta el empleado?— a una lógica de “creación de valor” —¿qué le doy como organización?—. Es una evolución que exige liderazgo, coherencia y visión a largo plazo.

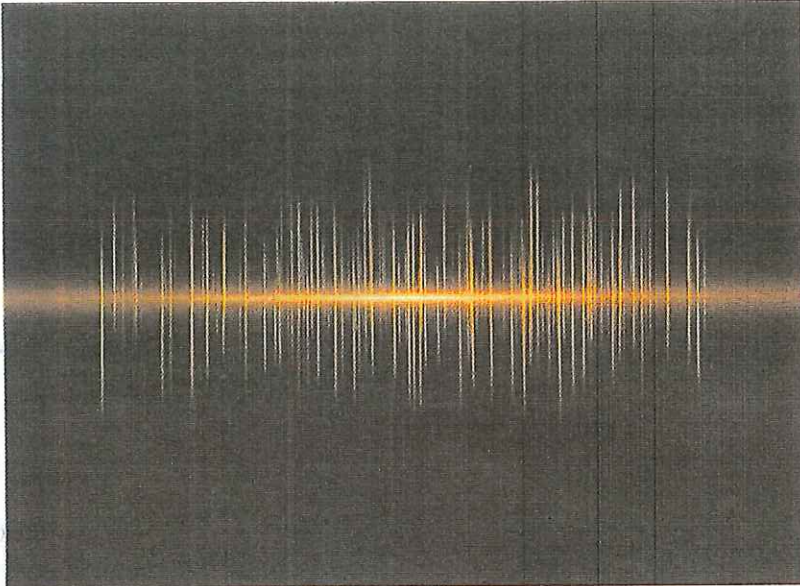
Desde mi incorporación a Jazz Pharmaceuticals Iberia, tuve claro que nuestro mayor activo son las personas. Con el propósito —**innovar para transformar la vida de los pacientes y sus familias**— como guía, la sostenibilidad y la promoción de la salud de los empleados han estado en nuestro ADN desde el primer día.

Los datos nos avalan: Jazz Pharmaceuticals Iberia es reconocida entre los mejores empleadores de España, con índices de rotación muy bajos, alta atracción de talento externo, excelentes resultados en las encuestas internas y, lo más importante, un reconocimiento creciente por parte de nuestros clientes, medido de forma continua.

Esta combinación de propósito, valores, cultura, espacios de trabajo saludables, programas de bienestar y medición rigurosa se traduce en crecimiento sostenido y sostenible. Con buenos resultados financieros en el presente y una organización preparada para el futuro.

Y para que esta transformación sea real, el papel de los líderes es clave. La sostenibilidad humana empieza en la alta dirección. Requiere convicción, coherencia y compromiso.

La promoción de la salud vinculada a la estrategia de sostenibilidad no es una tendencia. Es una evolución necesaria hacia culturas más sólidas, marcas más atractivas y negocios más competitivos.



¿REDUCE LA MÚSICA LENTA EL DELIRIO EN PACIENTES MAYORES EN UCI?

Humanización. Un ensayo evaluó si escuchar melodías suaves dos veces al día podía disminuir la desorientación en personas conectadas a ventilación mecánica

Por M. Toldrá

Está estresado. Se pone música lenta, clásica, para relajarse. Respira. Uno, dos y tres. Se encuentra algo mejor. Los sonidos se utilizan para calmar y regular emociones. Por eso, durante años se ha pensado que la música podría ayudar también en uno de los entornos hospitalarios más duros: la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). ¿Ayuda realmente a pacientes mayores a no desorientarse tras un ingreso?

El ensayo clínico, publicado en *JAMA Internal Medicine*, evaluó si escuchar melodías suaves dos veces al día podría disminuir la aparición o la duración del delirio —un estado de confusión aguda que sufren cerca del 75% de los pacientes mayores ingresados en UCI— y que se asocia con estancias más largas, secuelas cognitivas y mayor riesgo de demencia tras el alta. Ante la falta de tratamientos farmacológicos eficaces, las estrategias alternativas, como la musicoterapia, han recibido creciente atención en los últimos años.

El ensayo, denominado DDM (*Decreasing Delirium through Music*), se llevó a cabo en hospitales afiliados a la Indiana University School of Medicine y en la Mayo Clinic de Rochester (Estados Unidos). Participaron 158 pacientes de 50 años o más, todos ellos conectados a ventilación mecánica.

Durante un máximo de siete días, un grupo escuchó música de tempo lento (entre 60 y 80

pulsaciones por minuto) durante dos sesiones diarias, a través auriculares con cancelación de ruido. El grupo control recibió sesiones idénticas en horario y duración, pero con una pista de silencio, de placebo.

El ensayo puso la música de forma centralizada gracias a una aplicación desarrollada para tal fin (Soundese), lo que permite conocer con precisión la «dosis» de intervención administrada, un aspecto poco controlado en los estudios de musicoterapia.

Los investigadores midieron los días libres de delirio, así como su intensidad, el dolor y la ansiedad. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Quienes escucharon música tuvieron una mediana de 2,5 días libres de delirio en la primera semana, frente a tres días en otro grupo.

«Pese a la aparente lógica de utilizar música calmante en el entorno de la UCI, nuestra investigación muestra que una lista de reproducción prescrita no reduce el delirio, ni el dolor, ni la ansiedad», explica el doctor Babar A. Khan, coautor principal, en un comunicado. «Estos datos ayudan a ajustar expectativas y señalan que futuras intervenciones deberían considerar la personalización y el acompañamiento terapéutico».

La doctora Linda L. Chlan, coinvestigadora y profesora en Mayo Clinic, añade: «La música es un estímulo complejo que requiere conexión emocional. Es posible que una selección uniforme para todos los pacientes no resultara lo suficientemente significativa. Los gustos y la historia musical de cada persona pueden ser elementos determinantes».

Aunque el resultado principal fue negativo, el estudio detectó tendencias interesantes: los pacientes que recibieron al menos siete sesiones completas experimentaron algo más de días libres de delirio o coma. Esta señal, aunque no alcanzó significación estadística, podrían orientar investigaciones futuras.

Los autores coinciden en que los resultados no descartan el papel de la música en el tratamiento del delirio, sino que indican que su eficacia podría depender de cuándo se aplica, durante cuánto tiempo y, sobre todo, de si la selección musical responde a la identidad y preferencias del paciente.

En un entorno en el que los tratamientos farmacológicos disponibles no han demostrado eficacia clara contra el delirio, esta investigación contribuye a refinar la práctica clínica y a definir nuevas preguntas que aún necesitan respuesta. El desafío de aliviar la confusión aguda en los pacientes mayores de UCI continúa abierto.

ENFERMERA SATURADA

MOCOS Y FLEMAS, ESE ESCUDO DEFENSIVO FRENTE A LOS PATÓGENOS

Parte del organismo. Cada día el cuerpo fabrica unos 30 mililitros de flemas. El organismo en formación de los más pequeños es el que más produce por su mayor vulnerabilidad virus y bacterias

Sí le digo que los mocos y las flemas son buenas, que les debemos mucho y que son nuestras aliadas es posible que no esté muy de acuerdo, especialmente si tiene niños en casa y ya han empezado a producirlos de forma exagerada, pero es la realidad. Todos los días fabricamos de forma constante mocos y flemas, pero cuando esa producción se dispara o cambia de consistencia es porque suele haber un problema de salud y es entonces cuando resultan molestos. Saquemos la lupa y analicemos nuestras mucosidades.

¿Siempre tenemos mocos?
Las zonas mucosas del cuerpo humano están siempre recubiertas de esta sustancia, hablamos por ejemplo de los pulmones, los senos nasales o la faringe. Gracias a esta secreción pegajosa, elementos como el polvo, los alérgenos o los microorganismos se quedan atrapados y no nos dañan. Cada día el cuerpo fabrica unos 30 mililitros de flemas que gracias a unos pelillos suben por la tráquea, pasan a la faringe y de ahí al estómago. Y todo sin ser conscientes de ello.

¿Por qué tienen tanto moco los niños?
Es un escudo del cuerpo de proteger y defender el sistema

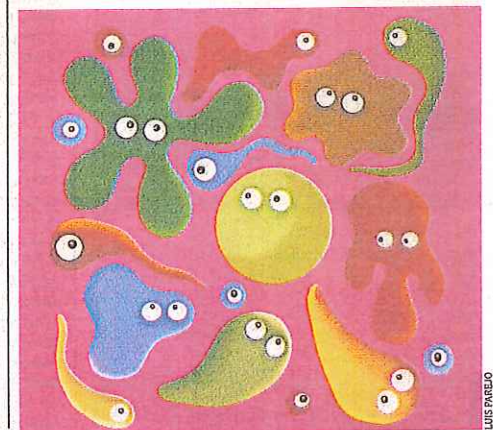
respiratorio de las agresiones externas: virus, bacterias, frío, aire seco, polvo... Como los niños no tienen todavía su sistema inmunitario totalmente desarrollado, los microorganismos patógenos campan a sus anchas por las vías aéreas y su cuerpo trata de expulsarlos de este modo. Es por ello que son bebés y niños pequeños quienes más los fabrican, especialmente en forma de la clásica vela nasal amarilla verdosa, pero a medida que crecen y se acercan a la preadolescencia ya es menos frecuente.

¿Qué diferencia hay entre moco y flema?

Son lo mismo, pero hablamos de moco cuando procede de las vías aéreas altas (nariz y garganta) y de flema cuando llega desde la vía aérea baja (el pulmón). En ambos casos se trata de una sustancia que es un 95% agua y un 5% mucina, anticuerpos, proteínas, sal y alguna otra sustancia.

¿Puede ayudarme algún jarabe?

No es aconsejable comprar en la farmacia jarabes para cortar la tos si tenemos flemas, ya que precisamente su función es ayudarnos a expulsarlas. Si nos cuesta sacarlas, podemos probar con expectorantes mucolíticos.



16 | SALUD

Como muchas grandes ideas, el proyecto pionero que lidera el científico Francisco Lorenzo nació de la frustración, de la constatación de un obstáculo en el camino. «Uno de los desafíos más importantes en la investigación del cáncer sigue siendo el de poder recrear en el laboratorio lo que ocurre en el organismo cuando se desarrolla un tumor», explica.

Los modelos animales o los cultivos celulares disponibles pueden ayudar, pero siguen sin proporcionar una representación precisa de lo que está pasando en el interior del paciente. En vez de conformarse, Lorenzo se planteó el reto de solucionar el problema y crear un modelo experimental que permita estudiar con precisión el cáncer; en concreto, el colorrectal.

Ahora, acaba de recibir una BRC Starting Grant, una de las becas europeas más prestigiosas—dotada con 1,5 millones de euros—para que estos «avatares», como él mismo denomina el prototipo, sean cuanto antes una realidad en las consultas de oncología.

«Nuestro modelo pretende obtener una representación mucho más fiel del tumor del paciente en el laboratorio», apunta Lorenzo, investigador Ramón y Cajal del Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca y de la Universidad de Salamanca.

La meta del proyecto, denominado NEXT-CRC, es la creación de un «órgano en un chip, una miniatura del propio tejido del paciente que se puede crear mediante ingeniería de tejidos», señala el investigador. La peculiaridad de estos complejos *dobles* de laboratorio es que pueden diseñarse de forma que incluyan todos los componentes que forman parte del tumor y su entorno. «No solo es importante contar con las células tumorales y con sus mutaciones particulares, sino también con todo el microambiente tumoral, las células sanas que rodean el tumor y ejercen una importante influencia sobre cómo se comporta el cáncer», aclara.

Por ejemplo, continúa, es importante reproducir las células del sistema inmunitario que están presentes en el microambiente tumoral, así como las células de la microbiota intestinal. «El colon está lleno de microorganismos, como las bacterias, y es

importante tener en cuenta su acción», resume. «La idea principal es disponer de una versión en miniatura que refleje bien tanto la arquitectura como la biología del tumor y el microambiente del paciente», continúa Lorenzo, quien subraya que contar con estos avatares abre la puerta a estudiar el cáncer colorrectal con una precisión inédita. Además, añade, también permitirá profundizar en la búsqueda de nuevos tratamientos efectivos y personalizados.

Estos avatares suponen un salto cualitativo con respecto a otros organoides que ya se emplean en el laboratorio. «Los modelos celulares en tres dimensiones actuales tienen limitaciones importantes a la hora de reflejar las interacciones que se dan en el microambiente tumoral así como desde el punto de vista de la arquitectura de los tejidos», señala Lorenzo. Por otro lado, añade, estas estructuras tampoco permiten seguir la evolución del tumor ni evaluar la respuesta a tratamientos personalizados, algo que sí permitiría su modelo.

Una de las cuestiones que los investigadores quieren averiguar es por qué, a día de hoy, la gran mayoría de los pacientes con cáncer colorrectal no pueden beneficiarse de los tratamientos de inmunoterapia, un abordaje que sí está resultando muy efectivo en otros tipos de cáncer, como el melanoma. «Queremos entender por qué ocurre esto y, sobre todo, cómo solucionarlo. Y esperamos que este modelo nos aporte respuestas en ese sentido», insiste.

La principal hipótesis que manejan los científicos es que la composición de la microbiota intestinal—el universo de microorganismos que está presente en nuestras tripas—, ejerce una influencia clave en la respuesta a la inmunoterapia. «Hay evidencias de que la microbiota puede modular la respuesta inmunitaria», explica Lorenzo. Sin embargo, continúa, esta influencia no ha podido estudiarse a fondo debido a la falta de modelos experimentales adecuados. «Con este modelo queremos construir avatares específicos del paciente que nos permitan conocer, con una precisión inédita hasta este momento, los mecanismos que afectan al desarrollo del tumor y estudiar su respuesta ante tratamientos. En última instancia, esto nos permitirá dar soluciones terapéuticas personalizadas para cada

paciente», subraya el científico. Y pone un ejemplo: conociendo el impacto de la microbiota es posible plantear una herramienta que permita mejorar su acción para que estimule en mayor medida el sistema inmunitario y haga más efectivos tratamientos como el de la inmunoterapia.

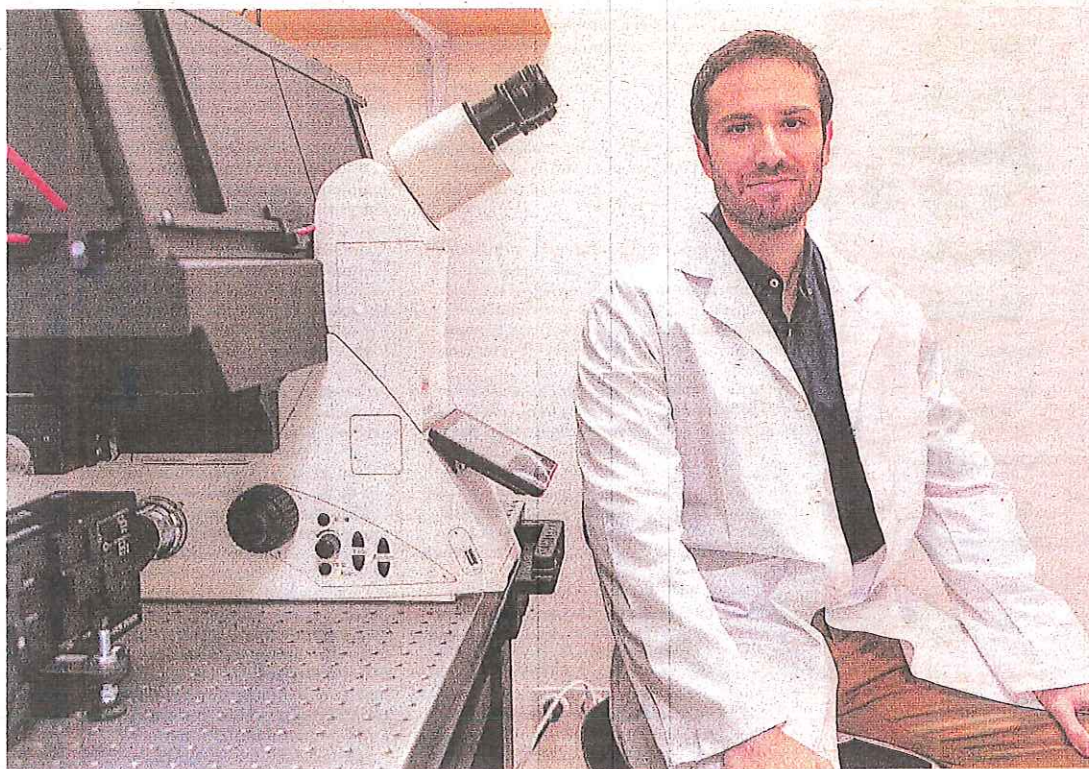
La meta final es que en el futuro, cada paciente que lo necesite pueda beneficiarse, de forma personalizada, de uno de estos avatares; y que pueda estudiarse en ellos la evolución de ese tumor en particular y la respuesta a las distintas medicaciones disponibles. «Ese es nuestro sueño, aunque somos conscientes de que por delante tenemos distintos retos, no solo científicos y técnicos, sino también logísticos», reconoce Lorenzo.

A día de hoy, cita, estos modelos no se pueden hacer en masa. «Estamos todavía en fase de prototipo en el que sí somos capaces de generarlos y de crear versiones preliminares que ya hemos visto que funcionan bastante bien, pero la elaboración todavía es un poco artesanal en el sentido de que no podemos crearlos de forma

UN AVATAR DE CADA PACIENTE: “VAMOS A OPTIMIZAR LAS TERAPIAS CONTRA EL CÁNCER”

Investigación. El científico Francisco Lorenzo lidera un proyecto pionero para recrear en el laboratorio miniaturas personalizadas de tumores de colon. “Permitirán estudiarlo con una precisión hasta ahora inédita”

Por Cristina G. Lucio. Fotografías de David Arranz / ICAL Stock



masiva», expone el científico. «Somos conscientes de que este proyecto tiene aún un camino por delante hasta ser capaces de que estos avatares personalizados estén disponibles para cada paciente que los necesite con la mayor brevedad posible», admite.

“Queremos entender por qué motivo la inmunoterapia no funciona en la mayoría de pacientes con cáncer de colon”

La concesión de la ERC Starting Grant supone un importante balón de oxígeno para seguir trabajando durante al menos los próximos cinco años. «Supone un tiempo más que razonable para tener versiones preliminares de estos modelos e iniciar la investigación más traslacional, dirigida a obtener respuestas sobre cuestiones como de qué forma se puede mejorar la inmunoterapia», explica el investigador.

A la beca europea se ha unido también este mes de octubre la concesión de la VI Ayuda para Talento Joven en Cáncer que concede la Fundación FBRO y la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA). El galardón, que tiene como objetivo impulsar líneas de investigación disruptivas y con capacidad de traslación biomédica y está dotado con 80.000 euros, destacó la trayectoria emergente del investigador y su desarrollo de proyectos altamente innovadores que abren nuevas fronteras en la investigación oncológica.

Licenciado en Biotecnología por la Universidad de Salamanca, Francisco Lorenzo comenzó a investigar la posibilidad de crear avatares del paciente ya durante su tesis doctoral. «Empecé a experimentar con algunos modelos básicos que ya tenían componentes tridimensionales y enseguida me di cuenta de que los resultados que obtenía con esos modelos eran más fiables que los que proporcionaban los modelos de dos dimensiones convencionales», recuerda. Esa constatación le empujó a realizar un *post-doc* en Lausana (Suiza), donde se gestó el germen del proyecto y arrancó la creación de los primeros minitejidos.

El investigador demostró así la viabilidad de crear tejidos funcionales en miniatura con células humanas y la posibilidad de desarrollar modelos avanzados de tejido colorrectal. Volvió a España con un programa de repatriación de talento y se afincó en Salamanca. Se trata de una ciudad que Lorenzo considera «un enclave estratégico» para hacer investigación en cáncer. «Tanto por los recursos que tiene el Centro de Investigación del Cáncer y la Universidad de Salamanca, como por el hospital, que es referente nacional en este tipo de investigaciones», detalla.

El abordaje del cáncer de colon es el primer paso en un proyecto con vocación de ampliación. «El cáncer colorrectal nos resultaba particularmente interesante porque muchos pacientes no responden a tratamientos como la inmunoterapia sin que

TEJIDOS.
Sobre estas líneas, una prueba de imagen que muestra un intestino.

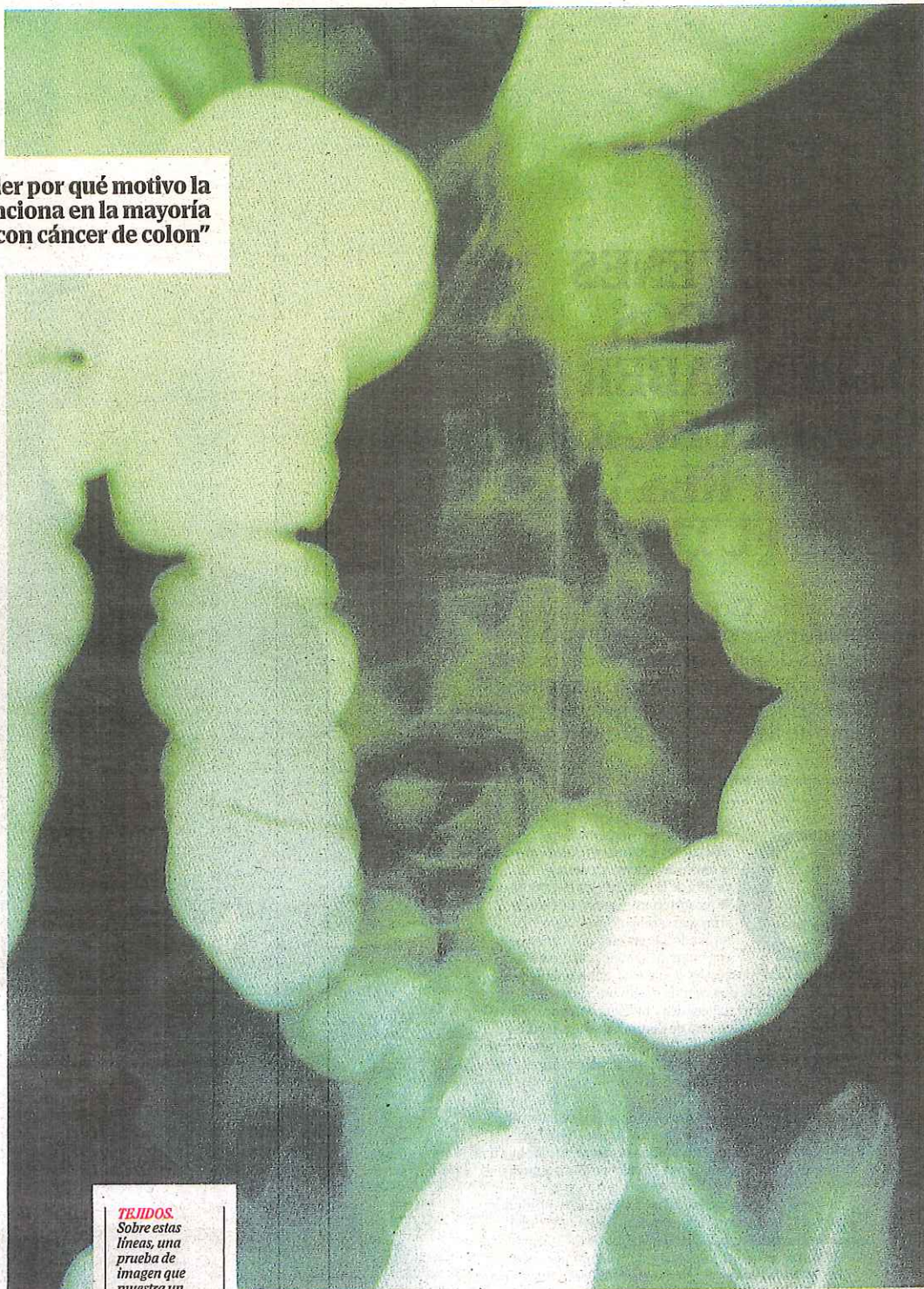
TALENTO.
A la derecha, el investigador y biotecnólogo Francisco Lorenzo.

sepamos el por qué y, además, es muy común», señala Lorenzo.

Este tipo de cáncer es el que con más frecuencia se diagnostica en España y el segundo tumor que más muertes provoca (unas 11.000 al año). La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) estima que en 2025 se detectarán 44.573 nuevos casos en nuestro país.

Con la *receta* del avatar de cáncer colorrectal en la mano, el equipo de Francisco Lorenzo pretende adentrarse también en el desarrollo de otros tejidos. «El primer paso, porque creemos que es más

sencillo, será la transferencia de la tecnología a otros tejidos del tracto digestivo, pero más adelante queremos intentarlo también con otros órganos, como el hígado o el pulmón», señala el científico, que destaca la multidisciplinariedad del grupo que dirige. Además de especialistas en biología celular y biología molecular, también hay expertos en ingeniería tisular, genetistas, bioinformáticos... «La ciencia del cáncer hoy en día tiene que ser lo más transversal posible», remarca. «Es la única manera de afrontar los complejos retos que se nos plantean».



“LOS JÓVENES CIENTÍFICOS DEBEN SABER QUE LA CREACIÓN DE EMPRESAS ES EL FUTURO”

Tony Kouzarides. El científico de la Universidad de Cambridge y fundador del Instituto Milner Therapeutics defiende un cambio de modelo en la traslación de la ciencia: solo las ‘spinouts’ pueden acelerar la creación de terapias. “Sin dinero no hay investigación”, subraya

Por Pilar Pérez Fotografía de Elena Iribas

Del laboratorio al paciente. Tony Kouzarides (Chipre, 1958) tiene claro que la revolución científica del siglo XXI vendrá de la mano de los científicos que se reconvirtan en emprendedores. «Hay que cambiar el paradigma: los resultados de las probetas tienen que encontrar un sentido práctico en la sociedad. Debemos perder el miedo al emprendimiento». Este es el credo de este científico que compagina sus investigaciones en epigenética y biología del cáncer con la docencia en la Universidad de Cambridge y la puesta en marcha del Instituto Milner Therapeutics. Desde este centro anima a los clínicos e investigadores a compaginar su carrera científica con una empresarial. «Es nuevo, sí, pero necesario».

El chipriota, formado y afincado en Reino Unido, tiene un propósito profesional: «Convencer a los jóvenes científicos de que la creación de empresas es el futuro». Y ello sin descuidar la parte académica: «Son las empresas las que dan forma a los conocimientos que se convierten en terapias para los pacientes».

Kouzarides visitó Madrid hace una semana para impartir una charla en el primer encuentro Leading Science, una nueva iniciativa impulsada junto al Club de Científicos Rafael del Pino con el objetivo de fortalecer la comunidad científica vinculada a la Fundación y fomentar el diálogo entre ciencia, empresa y sociedad. En su intervención apuntó el impacto de la investigación biomédica en el desarrollo de nuevas terapias y destacó la importancia de los ecosistemas de innovación que conectan la ciencia básica con la aplicación empresarial y el progreso social.

Su experiencia personal le ha impulsado a romper con los cánones que colocan en compartimentos estancos a la academia y las empresas. «Sabemos que hay una brecha entre los conocimientos de las universidades y las compañías. Mi intención es cerrarla», dice con determinación. «Esto va a abrir nuevas oportunidades terapéuticas y también va a acelerar el tiempo de desarrollo y traslación de las soluciones a los pacientes, a la sociedad».



Kouzarides lidera un grupo de investigación en el Instituto Gurdon de la Universidad de Cambridge, donde lleva décadas estudiando las modificaciones epigenéticas. Fue pionero en la identificación de las primeras enzimas humanas que modifican la cromatina en 1996. Lo que tiene entre manos en el laboratorio es una molécula de primera clase, que ha dado forma a través de su empresa Storm Therapeutics. Se trata del STC-15; el primer inhibidor de enzimas modificadoras del ARN. «Ya hemos completado el estudio *basket* de fase I en pacientes

“Conseguí un acuerdo para obtener una molécula en solo dos semanas. De ahí nació un consorcio que hoy es Milner”

con tumores sólidos avanzados. Tenemos un 9% con neoplasias reducidas y un 58% de ellos vive más tiempo, algunos más de dos años».

Para entender este avance, el investigador se detiene en explicar el largo camino previo que le llevó a esta nueva herramienta para corregir una alteración que desarrolla tumores. «La epigenética es la influencia del medio ambiente en nuestro ADN. Esto implica un conjunto de enzimas que depositan ciertas marcas en las proteínas que están alrededor del ADN o en el ADN mismo. Así que los señalan de cierta manera para optimizar las relaciones que luego se dan en el entorno de la célula o fuera de ella. Por lo tanto, es muy importante que se coloquen correctamente, porque si salen mal, entonces llega el cáncer».

Su laboratorio trabaja para conocer a las enzimas que controlan estas marcas. «Descubrimos que muchas de ellas están afectadas por el cáncer ya que están mutadas», afirma. «Y, por lo tanto, existe la oportunidad de atacarlas con moléculas de síntesis química para evitar que hagan algo mal».

A través de la empresa directamente conectada con su laboratorio, conduce la investigación con la finalidad de llevarla a la clínica, a los pacientes. «Storm Therapeutics cogió la enzima identificada y desarrolló la forma de inhibirla, *matar* su actividad. Luego comenzamos con los ensayos clínicos... Es el primer medicamento de este tipo que se administra a los pacientes, por lo que no sabíamos qué iba a hacer, pero ha funcionado muy bien», cuenta con orgullo.

Cómo llegó hasta aquí demuestra el valor del paradigma institucional que defiende. «Tardamos seis años en pasar de la identificación de la diana (la enzima implicada) a que un paciente tomara un fármaco. Fue rápido. Si no lo hubiéramos hecho así, si Storm no lo hubiera hecho, nadie habría cogido esta idea durante años. Las compañías farmacéuticas te exigen que justifiques y valides tu objetivo. No dan un paso hasta que lo hagas», justifica.

¿Estamos ante un nuevo concepto revolucionario en oncología? Aunque desde la universidad en la que trabaja la señalan como una de las spinouts más potentes, Kouzarides contiene las expectativas. «No sabíamos si las enzimas podían ser farmacológicas, así que era un riesgo», matiza, al tiempo que afirma que los resultados de esa primera fase «abre la posibilidad de que otras enzimas u otras categorías que trabajan con ARN puedan ser dianas para el hallazgo de fármacos... Sí, se abre un área grande de investigación», admite.

Antes de esto, cuenta cómo las trabas que ha sufrido en su carrera y su experiencia con las compañías farmacéuticas le llevaron a dar forma al Instituto Milner Therapeutics. «Pienso mucho en esto, la verdad».

P. ¿En qué momento decide dar el paso?

R. En el campo de la epigenética, teníamos los primeros ensayos clínicos de un medicamento. Ese fármaco nos lo proporcionó el laboratorio GSK. Investigamos con ella y se realizaron diferentes ensayos clínicos. Sin embargo, tardé un año en obtener el medicamento de la compañía farmacéutica. Un año. No quería que nadie tuviera que pasar más por estos retrasos. Me comprometí a reducir esa barrera que hay entre la academia y la industria.

P. ¿Cómo?

R. Reuní a un grupo de abogados alrededor de una mesa durante dos años para asegurarme de que todos firmaran un acuerdo que me aseguraba obtener una molécula en dos semanas; que todos en la universidad pudieran. Ese acuerdo es oro.

P. ¿Cuáles son las repercusiones?

R. Nadie tiene nada igual en ninguna parte del mundo. Esto me ha permitido establecer este consorcio con 10 compañías farmacéuticas. Ahora todas querían entrar. Es el consorcio más grande del mundo, y por eso generé un instituto a su alrededor. Convencí a la universidad de que deberíamos tener un centro en torno a eso. Hoy, tenemos una incubadora para empresas, desarrollamos empresas y formamos emprendedores, investigamos sobre organoides y creamos, en asociación con compañías farmacéuticas, modelos de enfermedades en ellos. Y ahora estamos desarrollando un centro de computación cuántica.

El lema que encabeza el instituto ya muestra el propósito: «Conectamos la investigación académica con la industria para impulsar los descubrimientos terapéuticos». Del otro lado del Atlántico han puesto sus ojos en esta iniciativa pionera desde potentes universidades como Harvard y Stanford. «Me piden que establezca un instituto Milner allí, porque cada universidad necesita una conexión entre la industria y la academia», cuenta. «Se trata de un ente orquestado, más organizado. Todo es más efectivo si tienes un instituto que hace eso. Así que todas las universidades están ahí».

Ahora, una vez atraídas a las compañías, su empeño está en convencer a los científicos de que «deben monetizar lo que hacen, no solo centrarse en publicar y publicar los logros». Kouzarides insiste mucho en ello: «Sin dinero no hay investigación». Pero en hacerlo de forma proactiva: «Hay que persuadirlos para que constituyan empresas porque es la mejor forma de hacer ciencia».

Toda su carrera está avalada por diferentes distinciones, incluida la primera medalla a la Excelencia en la Ciencia otorgada por el presidente de Chipre, meritoria teniendo en cuenta que llegó a las islas británicas como refugiado de guerra en 1974. Kouzarides es miembro de la Royal Society y de la Academia Británica de Ciencias Médicas, así como de la homóloga en EEUU y la chipriota. Recientemente obtuvo el título de Caballero en la Lista de Honores del Cumpleaños del Rey Carlos III del Reino Unido. «Estoy encantado de recibir este honor».

En este tiempo, sus vínculos personales con nuestro país, le ha llevado a fundar Vencer contra el cáncer. «Aquí había una brecha entre los recursos económicos en investigación y los científicos», explica al tiempo que avala la calidad de la ciencia española.

Tony Kouzarides posa antes del encuentro Leading Science en la Fundación Rafael del Pino.

“Lo que va a cambiar el mundo es la IA. No soy médico ni oncólogo, pero hay mucho interés en predecir el cáncer”

P. Si tuviera que quedarse con un avance clave en la próxima década, ¿cuál sería?

R. Lo que va a cambiar el mundo es la inteligencia artificial (IA). Yo no soy médico ni oncólogo, pero sé que hay mucho interés en predecir el cáncer. Aún no hay marcadores fiables, solo indican un riesgo (probabilidad). Hay muchos datos que nos servirían para tal fin, pero los servicios nacionales de salud no los prestan y liberarlos en una base de datos pública es un problema.

P. Todo hoy se fía a la inteligencia artificial...

R. Es importante, sí. Estamos estableciendo un centro de computación cuántica en el Instituto Milner, porque ese es el futuro. Las máquinas aún no están listas, se están entrenando con los científicos, diseñando cómo encontrar las soluciones terapéuticas. En tres años lo tendremos listo, por eso necesitamos ahora el conjunto de los datos para desarrollar los cálculos.

P. ¿Qué espera obtener con todo esto?

R. La satisfacción de convencer a los buenos investigadores de que redirijan sus carreras.

CASTILLA Y LEÓN

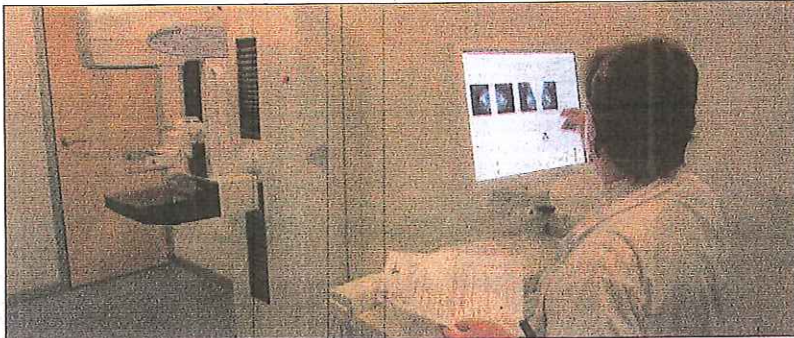
El Gobierno fiscaliza a las regiones del PP por los cribados de cáncer

Vázquez carga contra la ministra de Sanidad, Mónica García, por la utilización de los cribados como «polémica estéril»: «Castilla y León no ha negado datos»

VALLADOLID

La ministra de Sanidad, Mónica García, anunció ayer que su departamento ha enviado un requerimiento formal a las comunidades autónomas gobernadas por el PP para que, en el plazo de un mes, remitan los datos sobre los cribados de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix. «El requerimiento formal que hemos remitido exige la remisión inmediata de estos datos, de los indicadores del programa poblacional del cribado de cáncer, unos indicadores que han sido pactados con todas las comunidades autónomas, y lo hacemos por una razón muy sencilla, la ley se cumple», señaló García durante la rueda de prensa posterior al Consejo de Ministros.

En este requerimiento, el Ministerio de Sanidad reitera la solicitud realizada previamente por el secretario de Estado de Sanidad para que las comunidades remitan los indicadores establecidos en el Documento de consenso del sistema de infor-



Servicio de mamografía del hospital Río Hortega de Valladolid. ICAL

mación del programa poblacional de cribado de cáncer del Sistema Nacional de Salud. En caso de no disponer aún de todos los indicadores, se solicita que se remita, al menos, la información disponible hasta la fecha, o bien aquellos indicadores que se emplean actualmente en la

evaluación de los programas autonómicos de cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix.

El requerimiento se realiza al amparo del artículo 44 de la Ley 29/1998, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, como paso previo ante posibles incumplimientos en el suministro de información esencial para la vigilancia en salud pública, informa Europa Press.

El siguiente paso, si no se recibe la información, será llevar el caso a los tribunales y presentar un recurso contencioso-administrativo: «Y

esto lo hacemos amparándonos en diferentes leyes», aseguró, «que obligan a las administraciones a cooperar y a facilitar la información necesaria para poder ejercer la vigilancia y la coordinación en materia de salud pública».

En este punto, García informó de que el resto de comunidades autónomas han enviado los datos o están en proceso: «Han mostrado la voluntad de poner transparencia, y poner luz y taquígrafos en un programa que ahora mismo está puesto en cuestión por el Gobierno de Moreno Bonilla», añadió.

Al respecto, el consejero de Sanidad acusó a la ministra del ramo de utilizar el asunto de los cribados de cáncer para «levantar una polémica absolutamente estéril» y recordó que Castilla y León nunca ha negado los datos.

El consejero consideró que esta polémica «estéril» no beneficia «para nada» al Sistema Nacional de Salud (SNS) y crea un «alarmismo injustificado» en las mujeres, por lo que ha pedido «trabajar con rigor y con lealtad institucional» para mejorar el SNS y no «servirse» del mismo «para hacer política».

Además, en el caso concreto de los cribados, explicó que Castilla y León participa en la red nacional constituida por varias comunidades autónomas y envía datos de modo voluntario desde hace años, con los últimos publicados del año 2022.

Somos tu familia más lejana

No tenemos los mismos apellidos. Pero si lo que te mueve es salvar vidas y ayudar a los demás, somos parte de la misma familia. Incluye a Médicos Sin Fronteras en tu testamento para seguir siempre a nuestro lado.



Infórmate sobre el testamento solidario. Contacta con Maite Alzueta:



900 494 275
herencias@msf.org

testamentoMSF.org



Alejandro Vázquez y los rectores de las universidades de Burgos, León, Salamanca y Valladolid, ayer. ICAL

Sanidad aspira a superar el centenar de ensayos clínicos en terapias avanzadas

La Consejería de Sanidad aspira a superar el centenar de ensayos clínicos en medicamentos de terapias avanzadas en los próximos años, de la mano de la Estrategia de Investigación e Innovación en Terapias Avanzadas de Castilla y León 2025-2030. Entre 2019 y 2024 se realizaron 47 estudios. Así se puso de manifiesto ayer durante la firma de un convenio de colaboración entre el consejero de Sanidad,

Alejandro Vázquez, y los rectores de las universidades públicas de Salamanca, Valladolid, León y Burgos, para la puesta en marcha del documento, según recogió ICAL.

Así se refuerza y consolida también la labor del Centro en Red de Terapias Avanzadas de Castilla y León (Cretacyl), entidad que integra capacidades científicas, clínicas y tecnológicas, liderando la coordinación de esfuerzos en toda la Comunidad. El trabajo de sus grupos

de investigación ha sido financiado ya con un presupuesto de 600.000 euros.

Esta iniciativa busca posicionar a la Comunidad como referente nacional e internacional en el desarrollo, acceso y aplicación de tratamientos clínicos innovadores, así como la consolidación del Cretacyl. Al acto de firma del convenio acudieron también la consejera de Educación, Rocío Lucas, y representantes de fundaciones.

OPINIÓN

La irresponsabilidad inconsciente e indecente de la ministra de Sanidad

HAY POCAS COSAS peores que un irresponsable en política. Una de ellas es un inconsciente. Un inconsciente carece de medida sobre las consecuencias de su irresponsabilidad. Pues al frente del Ministerio de Sanidad hay una inconsciente de tomo y lomo. Sólo que esta tiene un agravante, que es médico y carece del más mínimo decoro y responsabilidad para no usar un tema tan grave como es la salud de los ciudadanos para intentar sacar rédito político. Su miseria, la de Mónica García, del ala de Sumar, llega a tal extremo que trata de instrumentalizar el escándalo ocurrido en la sanidad de Andalucía como arma arrojada contra casi todas las comunidades autónomas, donde fundamentalmente gobierna el PP.

Su exigencia sobre los cribados de las mamografías al calor del escándalo indecente que padece la sanidad andaluza no tiene más recorrido que poner bajo sospecha a todos los sistemas sanitarios autonómicos. Y eso no es lo peor, siendo indecente. Lo peor es la alarma social innecesaria que va a ocasionar en todo el territorio.

Pero Mónica García, víctima de su desmedida vanidad, esa que dejó de alimentarse cuando se diluyó en un ministerio en el que sólo se saca la cabeza si hay un pandemia mundial, sólo

busca rédito personal y tener protagonismo para no perderse en la amalgama montada a la izquierda del PSOE. Antes vivía del protagonismo que indirectamente le proporcionaba la presidenta madrileña, Isabel Díaz Ayuso. Pero eso lo perdió el día que decidió cambiar Madrid por una cartera en el ejecutivo de Pedro Sánchez como parte de las cuotas de la amalgama.

Su estrategia consiste en intentar un enfrentamiento constante con los consejeros del ramo, que ya se le han plantado varias veces en el órgano de coordinación, hartos de sus imposiciones y caprichos. Pero ahora ha ido demasiado lejos. Lealtad institucional no es posible pedirle a quien no es leal ni con su juramento hipocrático, ese que certifica como médico. Pobre del paciente que caiga en sus manos si es capaz de politizar, instrumentalizar y tratar de manipular a su antojo un asunto tan delicado como el de la crisis de los cribados de Andalucía para tratar de extender la duda y la sospecha sobre todas las comunidades.

Las comunidades darán cuenta de los datos en tiempo y forma tal y como han reconocido los consejeros, con el de Castilla y León al frente. Esto, en palabras del propio gobierno, sería lo que se considera, en términos judiciales, una instrucción prospectiva en toda regla, en la que primero se dispara y luego se pregunta.

EL MUNDO. Viernes, 24 de octubre 2025

17

ANDALUCÍA ESPAÑA

La Fiscalía investigará los cribados

El plan de choque de la Junta no logra frenar la polémica por los errores en el sistema

TERESA LÓPEZ PAVÓN A SEVILLA
La Fiscalía de Andalucía ha decidido finalmente abrir diligencias sobre los errores detectados en el programa de detección precoz del cáncer de mama denunciado en las últimas semanas y ha pedido a la Consejería de Sanidad un informe sobre lo ocurrido. El Ministerio Público ha reclamado a la Junta que informe sobre los hechos y sobre las medidas que ha tomado para reparar los mismos y evitar que vuelvan a producirse.

La incoación de diligencias se produce, explica la Fiscalía, tras haber recibido «diversas denuncias relacionadas con los defectos en la prestación sanitaria de Andalucía en relación con los cribados de cáncer de mama y que pudieran corresponder a un defectuoso funcionamiento o aplicación del proceso asistencial integrado del cáncer de mama».

Los denunciantes que han trasladado los hechos ante la Fiscalía han sido la Asociación Defensor del Paciente, que ha ido ampliando su primera denuncia con varios casos particulares de afectadas, y las organizaciones políticas Izquierda Unida y Adelante Andalucía.

La decisión de la Fiscalía coincidió con la celebración de un pleno en el Parlamento andaluz en el que la crisis de los cribados se convirtió casi en protagonista absoluto. Si en la sesión del miércoles el nuevo con-



La portavoz de Por Andalucía, Inma Nieto, muestra unas mamografías en el Parlamento. F.J. OLMO / EUROPA PRESS

sejero de Sanidad, Antonio Sanz, respondía en un debate monográfico, el jueves, el asunto copó las preguntas al presidente de la Junta, Juanma Moreno, durante la sesión de control. En el transcurso de la misma, la portavoz de Por Andalucía/Sumar,

Inma Nieto, exhibió dos imágenes de una misma mamografía que demostraría que, tal y como han denunciado algunas pacientes, en los últimos días se habrían eliminado de las historias médicas información que podría resultar relevante para

analizar si ha habido o no retrasos en la atención a las mujeres.

«Esta es la teta de Anabel», señaló Inma Nieto mostrando una primera imagen en la que aparece señalada con un círculo una lesión sospechosa en la mama. En una segun-

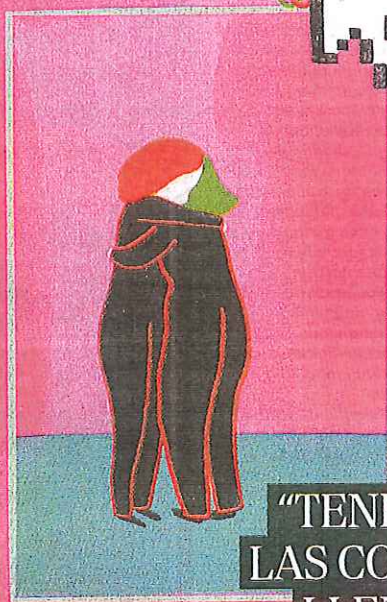
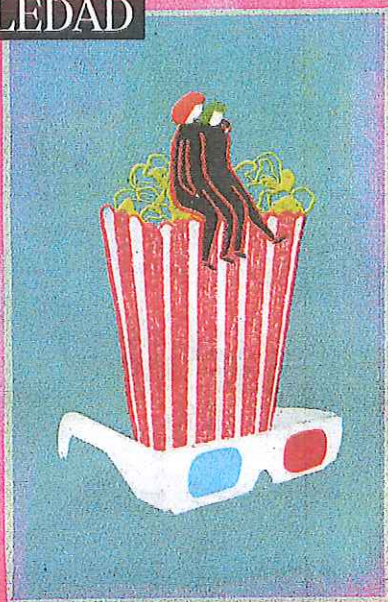
da versión de la misma prueba ya no está señalada esa lesión y ha desaparecido el nombre del médico radiólogo que ha analizado la imagen, según la explicación ofrecida por la portavoz de Por Andalucía.

La asociación Amama, que fue la que destapó los retrasos en los cribados, asegura que en las últimas semanas han desaparecido y vuelto a aparecer documentos de sus historias médicas. La Consejería de Sanidad asegura que se han producido problemas puntuales en las plataformas Diraya y Clic Salud que alojan toda la información de los pacientes. Además, en la tarde del miércoles se produjo un fallo general del sistema que impidió a los usuarios del SAS acceder a sus historiales. «¿Está usted acusando en sede parlamentaria a un profesional de alterar los resultados de una prueba?», le preguntó muy ofuscado Moreno a Inmaculada Nieto durante el debate.

Posteriormente, la Consejería explicó que las dos imágenes mostradas por Nieto se corresponden con una misma mamografía y que es habitual que los dos radiólogos que valoran la prueba intercambien información antes de hacer un informe definitivo para el paciente. No aclaró, sin embargo, por qué la imagen con la lesión subrayada ha desaparecido de la carpeta de la usuaria. Ni por qué la paciente tuvo acceso a la misma a través de su historia digital si era un documento «interno» de los radiólogos. «El SAS reitera que todas las pruebas diagnósticas quedan siempre conservadas en la historia clínica de la paciente, garantizando su trazabilidad y seguridad», insistió.

PAPÉL

EL NEGOCIO
MULTIMILLONARIO
DE LA
SOLEDAD



"TENEMOS
LAS CONSULTAS
LLENAS
DE GENTE"



Cenas con desconocidos,
alquiler de amigos,
'chatbots', robots que fingen ser
tu familia... Así se reinventa
el mercado para sobrevivir
a la pandemia silenciosa
del siglo XXI, que causa
depresión, ansiedad, problemas
cardíacos y demencia

Por Ricardo E. Colmenero. Ilustración Marina Bonilla

PAPEL EN PORTADA

Por Ricardo F. Colmenero
Ilustración de Marina Bonilla

Estamos solos. No ya en el universo, que también, sino en el planeta Tierra. La amistad está en recesión. Una de cada seis personas en el mundo no tiene amigos. Ir a la taquilla del cine y pedir una sola entrada o entrar a un restaurante y pedir mesa sólo para uno pronto dejará de ser la excepción para convertirse en la nueva normalidad. La soledad acaba de sumarse a la obesidad y al estrés como las principales epidemias del siglo XXI. Y como toda desgracia que se precie, que no tengas amigos también se ha convertido en un negocio multimillonario.

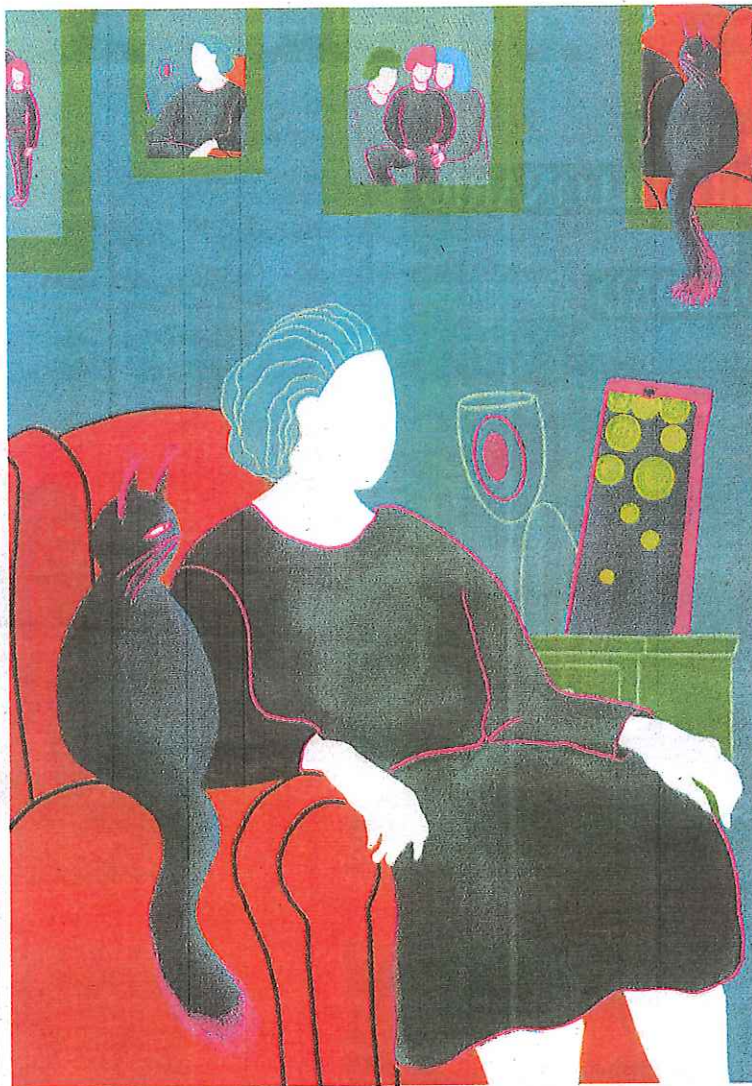
Cenas con desconocidos, viviendas con desconocidos, empresas que alquilan amigos, *chatbots* que fingen ser tu amigo, robots con forma de lámpara que se hacen pasar por tu familia, *coaches* y terapias para aprender a hacer amigos. «Se ha convertido en uno de los grandes males de la vida en las grandes ciudades y de las civilizaciones más desarrolladas, que a pesar de encontrarnos en la era de la comunicación, el ser humano se encuentra cada día más aislado y más solo», diagnostica la reconocida psicóloga María Jesús Álava Reyes.

Que no tengas amigos se ha convertido en un tema de Estado. De muchos estados. En 2023, el entonces director general de Salud Pública de Estados Unidos, el doctor Vivek Murthy, equiparó los efectos nocivos de la soledad a los de fumar 15 cigarrillos al día. Las personas que se encuentran en situación de soledad no deseada presentan una mayor incidencia de depresión (39,3%), ansiedad crónica (37,8%), enfermedades del corazón, demencia y diabetes. En España se la relaciona con casi un millar de muertes prematuras.

Japón, tras una encuesta gubernamental de la que resultó que el 40% de sus ciudadanos mayores de 16 años se sentían solos, ha creado un Ministerio de Soledad. El Reino Unido también. Suecia ha declarado la soledad problema nacional, con medidas extraordinarias como las del ayuntamiento de Luleå, una ciudad de 75.000 habitantes, que hizo una campaña para que sus residentes se saludaran por la calle. En Baviera (Alemania) y Países Bajos han creado colas especiales en los supermercados para quien quiera conversar con el cajero. Y han diseñado unas cestas verdes para llevar la compra, que indican que el cliente está abierto a conversar con desconocidos.

España cuenta con un Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada (SoledadES), creado por la Fundación ONCE, que elabora barómetros que aseguran que, en contra de lo que se pudiera pensar, la sensación de soledad es mucho más elevada entre los jóvenes de 16 a 24 (21,9%) que entre los mayores de 75 años (12,2%). ¿Las causas? Las conexiones digitales y la dependencia tecnológica están reemplazando las interacciones personales, y la vida comunitaria tradicional se está erosionando. Las personas tienen menos tiempo para interactuar, y es menos probable que participen en actividades que les permitan estar en contacto con otras personas. Y además nos hemos vuelto más sensibles al rechazo social, de modo que nos aventuramos todavía menos a establecer nuevas relaciones.

Sin embargo, los españoles que dicen sentirse solos culpan a tener que estar lejos de la familia, a falta de comprensión de su entorno, exceso de trabajo o pérdida del trabajo donde había cultivado su núcleo de amistades. Tan sólo dos de cada diez afectados alude a causas internas, como su propia dificultad para relacionarse con los demás (12,7%) y problemas de salud física y mental (4,9%). «Tenemos las consultas llenas de gente que no se sienten queridas ni escuchadas, que piensan que si ellos no existieran a nadie le importaría, o que habría personas que estarían mejor, pero si analizamos los dos momentos vitales más extremos, el del nacimiento y el de la muerte, se viven en soledad, aunque uno se encuentre rodeado de gente», reflexiona Álava Reyes.



En 2018, el programador gaditano Jesús Sánchez, se mudó a Málaga en busca de trabajo, y como no conocía a nadie acabó matando dos pájaros de un tiro creando AlquiFriend, una web para alquilar amigos para charlar, ir al cine, a un restaurante, a una fiesta. «Hay gente dispuesta a pagar para que le acompañen al médico o a una misa», cuenta Jesús.

Siete años después, AlquiFriend se ha expandido a 17 países de habla hispana. Y aunque el lema de la aplicación es que «una buena amistad no tiene precio», la tarifa va de cinco hasta 50 euros la hora. Sin embargo, muchos de los casi 100.000 amigos de alquiler que tienen en cartera lo hacen gratis. «Muchos llegan a una ciudad y la usan para empezar a conocer gente y luego la dejan», explica Jesús.

“Tenemos las consultas llenas de gente que no se sienten queridas y piensan que si no existieran a nadie le importaría”

Lo de Maxime Barbier también nace de una experiencia personal. Tras casi una década montando eventos de ocio nocturno, y observando muy bien a sus participantes, descubrió que había un nicho de negocio en «la soledad urbana». Ahora su empresa, Timeleft, monta cenas para desconocidos en más de 80 países. Lo mismo que The First Round, y que Meetup, o que Eatwith para los más atrevidos, ya que a veces las cenas son en un domicilio particular en el que cocina el usuario, u ofrece

la tuya. Casi todas funcionan más o menos igual. Entrás en su web, haces un test de personalidad, te engrupan con otros desconocidos a través de un algoritmo, y te llega una citación privada con la ubicación del domicilio o el restaurante.

Pero tampoco hace falta cenar, con Madrid Urban Vibes o con la app Bumble for Friends puedes acabar metido en un grupo con desconocidos para hacer senderismo, salir de copas o leer el mismo libro. Speedfriending es lo mismo pero rápido. Todos quedan en el mismo sitio a la misma hora y que sea lo que Dios quiera. En las Palmas de Gran Canaria se montó para los jóvenes, con encuentros de tres minutos, lo que provocó en las redes sociales la queja del algún vecino más talludito. «Es decir, que la gente que no somos jóvenes no tenemos derecho a hacer amistades... Cada vez lo hacen peor. Sigán, menos votos para ustedes inútiles». A lo que otro vecino le contestó: «Con esa actitud no hace usted amigos ni queriendo».

Según el Instituto Nacional de Estadística,

a 1 de enero de 2024, los hogares unipersonales (una sola persona viviendo en un hogar) representaban en España el 28,1% del total, pero se estima que para el 2039 supongan el 33,5%. Por eso también han surgido alternativas para fomentar el coliving entre personas mayores como Trabensol o Convivir, «cuyo propósito es crear un espacio para el envejecimiento activo y pasar los últimos años de su vida en comunidad». O que mezclan a usuarios de distintas generaciones.

De otra experiencia personal, la de la programadora rusa Eugenia Kuyda, nace Replika, uno de los amigos chatbot más conocidos del mercado. «El compañero de IA al que le importas. Siempre aquí para escuchar y hablar. Siempre a tu lado», te recibe su web.

Kuyda la creó para encontrar consuelo por la muerte en un accidente de tráfico de su amigo Roman Mazurenko. Aprovechando sus conocimientos informáticos y su especialización en IA alimentó una red neuronal con los mensajes de texto de Mazurenko, y la usó para crear un bot que escribiera mensajes de texto como él, lo que acabó convirtiéndolo en el mejor amigo virtual de millones de personas. Ahora, por 20 euros al mes, puedes diseñarte el tuyo, aunque según la compañía el 60% de usuarios opta por el modo romántico, buscando algo más que una amistad de un bot.

Pero Replika no es el único. También están Nomi, Kindroid o Plai, y últimamente la gente está tan desesperada que se pone a tener conversaciones intrascendentes con ChatGPT. La soledad es lo que ha permitido a startups de kits emocionales como Mr. Wonderful o Pedrita Parker hacer su agosto vendiendo

CIENCIA | PAPEL

LLEGA EL PRIMER 'MAPA' DEL CEREBRO EN FORMACIÓN

Proyecto BRAIN. El nuevo atlas registra el viaje de las células a lo largo del tiempo mediante una serie de 'instantáneas genéticas' y ayuda a entender el origen de males como el autismo, la esquizofrenia o el cáncer

Por Pilar Pérez (Madrid)

El cerebro es la caja negra de nuestro organismo, sobre la que la ciencia se empeña en sacar a la luz todos sus secretos.

Hace ya tiempo, se dieron los primeros pasos a través del proyecto BRAIN. De aquella iniciativa han ido surgiendo novedades sobre cómo funciona nuestro centro de mando y quiénes lo forman. Y, más importante aún, qué pasa cuando las cosas no salen bien y surgen las enfermedades.

La última novedad es un conjunto de publicaciones que vieron ayer la luz en la revista *Nature* y que suponen un hito: conocer la evolución de los protagonistas del cerebro desde su formación hasta su consolidación en la edad adulta. Se considera un primer borrador de atlas del cerebro en desarrollo de los seres humanos y otros mamíferos. «Este trabajo destaca la naturaleza dinámica de la expresión génica y la identidad celular a lo largo del desarrollo de un solo animal o la evolución de una especie», subraya Emily Sylvestrak en un artículo adjunto de *News & Views*.

Son seis trabajos que permiten pasar de una foto fija —el inventario previo publicado en 2023— a una especie de consecución de fotogramas que nos permiten observar la formación y los cambios de cada una de las células neuronales. Se trata de una cartografía realizada por un grupo internacional de científicos que cuenta con el factor tiempo: esto es, la evolución de los componentes cerebrales durante su desarrollo.

Cada uno de los avances presentados tiene un potencial enorme en la práctica clínica. Se centran principalmente en la detección temprana, el diagnóstico de precisión y el desarrollo de tratamientos más efectivos para enfermedades neurológicas y psiquiátricas.

Rafael Yuste valora este trabajo nacido del proyecto que él inició

en 2013: «Este atlas de tipos celulares en el desarrollo es imprescindible no sólo para entender científicamente cómo se desarrolla el cerebro, algo absolutamente fascinante si uno tiene en cuenta que se ensambla por sí mismo y autoorganiza sin instrucciones externas, sino que además es una información fundamental para entender las alteraciones y patologías que ocurren durante el embarazo y en las primeras etapas de la vida», concluye el profesor de Ciencias Biológicas y director del Centro de NeuroTecnología de la Universidad de Columbia.

Desde el Instituto Cajal-CSIC, Laura López-Mascaraque apunta que «estos mapas del desarrollo cerebral en mamíferos ofrecen una visión extraordinariamente detallada de cómo el cerebro se construye célula a célula, desde sus primeras etapas hasta la madurez. Nos ayudan a entender los periodos críticos del desarrollo, esas ventanas temporales en las que el cerebro es especialmente sensible a los estímulos y también a las alteraciones genéticas o ambientales».

Este retrato dinámico se traducirá «en el diseño de estrategias de

neurodesarrollo, desde el autismo hasta la esquizofrenia», insiste.

Para conseguir esto han empleado herramientas genéticas y computacionales avanzadas. Gracias a ellas, los investigadores de la BICAN han rastreado cómo las células madre se convierten en neuronas y células gliales especializadas, cómo se regula la actividad génica durante el desarrollo y cómo las experiencias sensoriales y los factores ambientales influyen en la identidad de las células cerebrales.

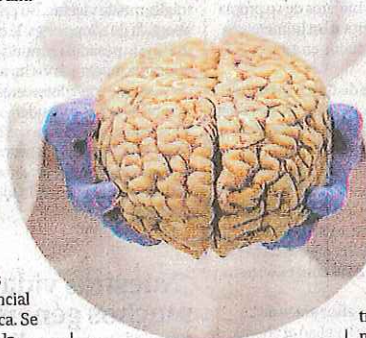
Al tiempo, han desvelado que los tipos de células surgen en oleadas superpuestas, no en etapas fijas, y que algunos de estos procesos de desarrollo pueden reactivarse en la edad adulta o en caso de enfermedad. Entre los hallazgos clave más significativos se encuentra la identificación de una célula progenitora humana que podría estar relacionada con el glioblastoma, un tipo de cáncer cerebral. Y también el establecimiento de ventanas de tiempo específicas en las que se concentran los riesgos genéticos de trastornos psiquiátricos. Ambos avances servirán para construir abordajes curativos o preventivos frente a estos trastornos patológicos.

«Los artículos de esta colección representan una fase apasionante de los datos que están surgiendo del BICAN, centrada en la comprensión profunda de todos los procesos celulares que establecen la identidad de los tipos de células durante el desarrollo», apunta Sylvestrak.

Yuste recuerda cómo se ha podido llegar hasta aquí. «Esta remesa de *papers* es otro de los resultados de la Iniciativa BRAIN, lanzada por el presidente Obama en el 2013 y que se espera continuará hasta el 2030». Al tiempo, el profesor de la Universidad de Columbia subraya que esta iniciativa, con un presupuesto total estimado de más de 6.000 millones de dólares, «provee fondos a más de 550 laboratorios agrupados en consorcios, incluidos los firmantes de estos artículos del Instituto Allen de Seattle».

El objetivo de BRAIN es el desarrollo y la aplicación de la neurotecnología, definida como métodos para mapear y modular el cerebro, y entre los métodos más avanzados utilizados por el BRAIN se encuentran los transcriptómicos, que permiten mapear los tipos celulares presentes en el cerebro.

«Estos resultados demuestran cómo la inversión sostenida en el desarrollo y aplicación de nuevos métodos tiene una importancia fundamental para la ciencia y la medicina», concluye Yuste.



En la imagen, un cerebro humano que se conserva en el Banco de Cerebros de la Fundación CIEN Reina Sofía. A. DI LOLLU

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

Economía y Hacienda y portavoz de la Junta, Carlos Fernández Carriedo, replicó a las declaraciones de Hierro en las que exigió elegir entre negociar con la «banda criminal de Cerdán» o con quienes sientan a los socialistas «en los banquillos». Además, insistió en la disposición al diálogo con todas las formaciones políticas, pese a las discrepancias encontradas.

«Nosotros hemos tendido la mano a todos los partidos políticos para poder dialogar, para poder hablar, para intentar aprobar este presupuesto», explicó, reconociendo posiciones divergentes. «Algunos prefieren negociar antes de las comparecencias de los consejeros la próxima semana, otros después; unos rechazan hablar si se dialoga con el rival, y viceversa». El consejero subrayó que la Junta cumplió con sus obligaciones al presentar y aprobar un «buen techo de gasto» en las Cortes, el cuarto consecutivo en esta legislatura, y al remitir ya el proyecto de presupuestos para su tramitación parlamentaria.

Además, señaló que ciertos partidos proponen debatir temas ajenos al presupuesto. «Nosotros queremos dialogar con todos. Y luego hay quien nos dice que hay que hablar de cosas distintas del presupuesto. Nosotros invitamos a todos los partidos políticos a hacer el esfuerzo de intentar llegar a posiciones de encuentro, a posiciones de diálogo», añadió, apelando a priorizar «cosas positivas para nuestra comunidad autónoma» y a «olvidarnos en este contexto del escenario electoral» y de las «prioridades de los partidos» para centrarse en «aquello que es bueno para los ciudadanos».

Castilla y León combatirá la soledad no deseada con una nueva plataforma

La aplicación Enac llegará antes de fin de año e integrará recursos para los castellanos y leoneses que vivan esta realidad, mayoritariamente personas mayores

MARTA GAMAZO VALLADOLID

La soledad no deseada continúa siendo una de las principales preocupaciones de la sociedad en el siglo XXI. Con este motivo, la Junta de Castilla y León lanzará antes de final de año 'Enac', una plataforma informática en la que se integrarán, en tiempo real, todas las ayudas, recursos y apoyos para los ciudadanos castellanos y leoneses que vivan en un contexto de soledad no deseada o aislamiento social, así como todas las actividades de envejecimiento activo y saludable de todo el territorio que desarrolle cualquier administración pública o entidad del Tercer Sector.

Así lo anunció ayer la vicepresidenta del Gobierno autonómico y consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, Isabel Blanco, durante la jornada de 'Miradas de la soledad', del Grupo Senda Castilla y León. Esta soledad no deseada, que afecta especialmente a personas mayores, provoca consecuencias derivadas de la salud mental como la depresión o la ansiedad, pero también favorece a la aparición de problemas cardiovasculares o la disminución de la esperanza de vida.

Este complejo problema se extiende exponencialmente entre una población envejecida como es la castellana y leonesa, donde el 26,3 % de las personas mayores de 65 años viven solas. Dos de cada tres, además, son mujeres. Todo ello en una Comunidad en la que el 47,3 % de la población vive en un medio rural al-

tamente disperso, según informa la nota de prensa remitida a los medios.

Blanco explicó durante el acto la línea estratégica que aborda esta problemática, que es el llamado 'Plan de acción contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025', y para el que se destinan 100 millones de euros distribuidos en un amplio catálogo de recursos y servicios como la 'Red Amiga', el teléfono 'Cerca de ti', los podcast del 'Club de los 60', la iniciativa 'Cerca de ti Navidad' u otras acciones como el 'Programa Interuniversitario de la Experiencia'.

La vicepresidenta realizó un balance de Plan, que cumple vigencia este año y que ha arrojado «resultados altamente positivos». También ha destacado el sistema de información, detección precoz, valoración y atención a este colectivo, además del avance del Plan de Acción, que dota a todos los servicios de atención a las personas mayores de una perspectiva de detección y atención a las personas que viven en estos contextos.

De acuerdo con los datos de la Junta, el sistema cuenta con 35 equipos que en 2024 atendieron a 1.868 personas, siendo la mayoría mujeres con una media de 62 años y de las que el 40 % ha recibido una intervención específica por soledad. También se adecuaron servicios como la Teleasistencia Avanzada, el de ayuda a domicilio, la prestación del asistente personal y el resto de

las actividades destinadas al fomento del envejecimiento activo, con la creación, en este caso, de los 'Espacios de encuentro' en los entornos rurales.

En cuanto a la Red Amiga, se trata de un instrumento impulsado por la Junta para la detección precoz, identificación, análisis y acompañamiento de personas en situación de soledad no deseada y a la que ya se han sumado 81 organizaciones, además de la propia Consejería y la Red de Federaciones Provinciales de Jubilados y Pensionistas, que aglutina alrededor de 1.500 asociaciones y cuenta con más de 135.000 socios, la mayoría residentes en municipios de menos de 5.000. Esta iniciativa, que ya tiene dos años de vida, también trata de facilitar las relaciones interpersonales a las personas mayores de Castilla y León.

El número de teléfono gratuito 900 264 812 es una de las vías de contacto de las personas que se sienten solas y no lo desean. De este modo, los profesionales al otro lado de la línea pueden identificar los casos y ajustar los apoyos necesarios, así como realizar un seguimiento individualizado para comprobar que el usuario logra superar la situación.

La Junta de Castilla y León puso en marcha los denominados 'Espacios de encuentro', lugares dirigidos al desarrollo de actividades en grupo, por tanto, al fomento de las relaciones interpersonales. En total, se dispone de 80 de estos espacios, de los cuales 40 están gestionados por la Red de Fe-

deraciones de Jubilados y Pensionistas y otros 40 se ubican en los centros de día de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Dentro del 'Club de los 60' se llevan a cabo distintas actividades para fomentar el envejecimiento activo y luchar contra la soledad no deseada y el aislamiento social. Entre ellos, se encuentran los podcast del 'Club de los 60', programas de alrededor de 20 minutos, plenamente accesibles tanto en formato audio como vídeo, dirigidos por la periodista jubilada Concha Chamorro y que, además de ofrecer información sobre temas muy variados, como el abordaje de la soledad, la dependencia, timos y estafas, hábitos saludables, tecnología, etc., también brindan compañía y conexión con el mundo exterior.

Este periodo navideño, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades vuelve a ofrecer a aquellas personas que vayan a pasar las fiestas en soledad un hueco en la mesa de las residencias de mayores de titularidad autonómica.

Aquellos que lo deseen, no sólo podrán comer y cenar en Navidad, Año Nuevo, Nochebuena y Nochevieja, sino que también tienen la posibilidad de participar en las actividades que se organicen durante la tarde, todo ello gratuitamente. Una iniciativa que se organiza en colaboración con las entidades locales y los centros de acción social en la que han participado 62 personas en las últimas dos navidades.

2

OPINIÓN

Las advertencias de la AIReF sobre el control del gasto sanitario en Cyl

LA AUTORIDAD Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF), una vez revisado el proyecto de presupuestos de Castilla y León para 2026 que en los próximos días entrarán para debate en las Cortes de Castilla y León ha mandado una serie de recomendaciones para no incumplir la regla de gasto que deber regir la gestión de las administraciones públicas.

La AIReF se ha detenido en un aspecto concreto y relevante de la sanidad, que es la cartera que más gasto tiene en una comunidad empujada en fortalecer el Estado de Bienestar. Una comunidad en la que la sanidad es enormemente más cara, costosa y difícil de gestionar que en territorios uniprovinciales, mucho más pequeños y con la población concentrada en un puñado de núcleos. Y se ha detenido en la advertencia de acometer una compra centralizada de los materiales sanitarios, lo cual redundará en dos aspectos, rebaja de precios y control sobre lo que se compra y la eficiencia de su uso. Es algo con lo que hay que acabar de una vez por todas, que cada hospital sea un reino de taifas en materia de gastos. Cada centro sanitario tiene que llevar su gestión por las peculiaridades del territorio, pero los servicios no pueden gestionar a su antojo y sin control ni transparencia los dineros públicos. Y quien lo advierte es la AIReF, que algo habrá detectado para poner

el acento en este asunto, pero también en el descontrol del gasto farmacéutico de la atención primaria. Es decir, en el descontrol de las recetas que se dispensan a diario en las consultas. Que es algo que lo sabe la AIReF y lo sabe cualquier ciudadano. La alegría con la que se dispensan cajas de medicamentos aligera parte del trabajo de las consultas con visitas o llamadas para solicitar medicación. Sin ir más lejos, miles de cajas de paracetamol o similares acaban en la basura caducadas tras años almacenadas en los armarios de los ciudadanos.

Hay que poner control sobre ese gasto en los centros de salud, que son cada día más ejércitos de Pancho Villa, que organismos tutelados, por el mero hecho de que muchos no hacen su trabajo. Nunca hubo tantos coordinando. Y nunca hubo tanto descontrol, así como excesos y desidia de algunos profesionales.

Hay que poner control, pero también, como se hizo en tiempos de concienciación sobre el uso responsable y eficiente de los medicamentos, que es algo que al final recae indirectamente en los bolsillos de los contribuyentes. La sanidad somos todos, pero los gestores tienen que vigilarla. La AIReF ha mandado un aviso serio y directo. Este es un asunto, por ejemplo, al que debería dedicar tiempo gobierno y oposición en la búsqueda de acuerdos.

CRONICA

Afectados por el adiós de 360 Clinics: «Tenían un descontrol brutal»

PAGARON O SIGUEN PAGANDO POR TRATAMIENTOS INACABADOS

María Martín es una de las más de 1.600 personas que se quejan por la gestión del cierre «temporal» de los centros de estética a nivel nacional. No saben qué pasará con los servicios contratados y exigen su dinero de vuelta

ANGÉLICA REINOSA

«Un espacio donde la innovación y el bienestar se unen para ofrecerte los mejores resultados». Esa era la promesa de marca de la cadena 360 Clinics, que contaba con múltiples centros en toda España. Sin embargo, María Martín y otras más de 1.600 personas ni siquiera llegarán a ver los resultados de sus tratamientos estéticos. Esta joven de 27 años se siente «estafada» y «vaciada». «Contraté un bono de 12 sesiones de depilación láser para el cuerpo entero. Pero cerraron sin previo aviso y ahora me queda el tratamiento sin terminar», denuncia. Un servicio «inacabado» por el que pagó 1.100 euros.

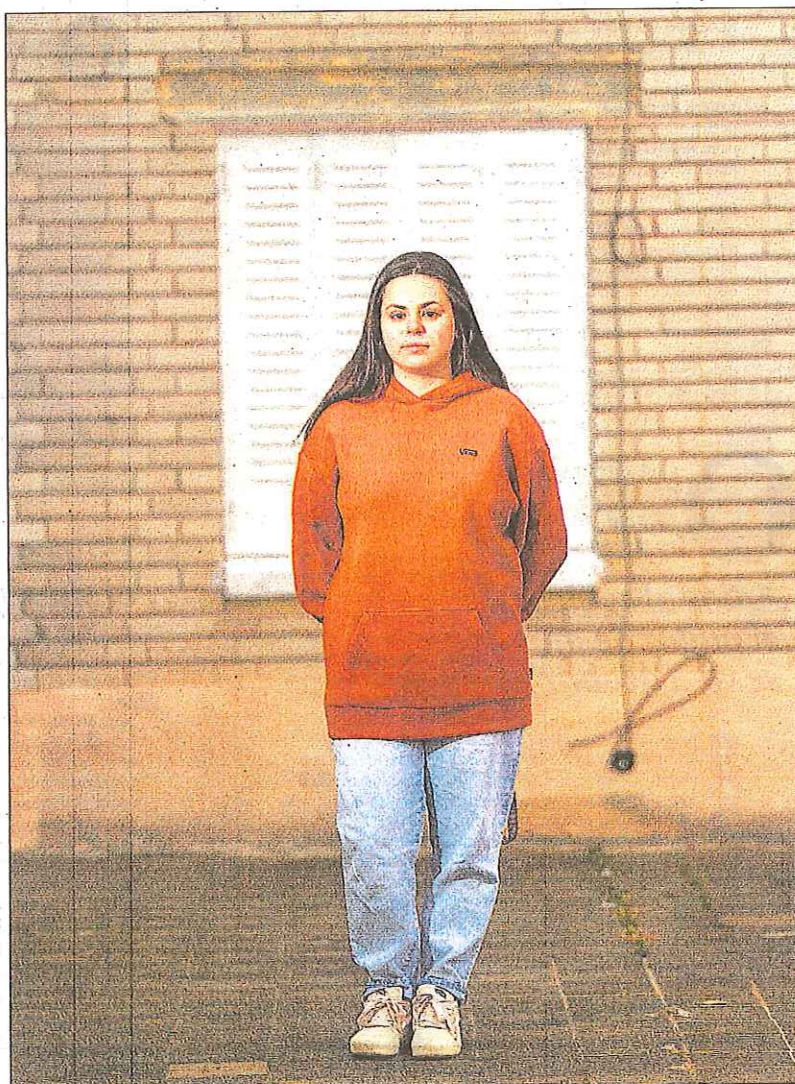
María empezó esta semana con un escueto mensaje de texto que decía: «360 Clinics cierra temporalmente sus clínicas. Estamos trabajando para re-»

antes se detallaban los servicios disponibles, ahora hay un comunicado titulado *Web en obras, disculpen las molestias*. Allí, dan algunas explicaciones sobre el final —calificado de «temporal»— de 360 Clinics. Aluden a un «contexto crítico para el sector médico-estético» agravado por razones como «la crisis sanitaria del COVID-19» y «un incremento sostenido y cada vez más exigente de los costes».

Los presuntos afectados critican que no han recibido una información clara sobre qué pasará con su dinero y los servicios contratados. Como vía de comunicación, la empresa sólo ha dejado un correo electrónico. Desde allí indican a este periódico que «no existe en ningún caso ninguna situación de estafa ni actuación ilícita por parte de la empresa» y que «la situación de 360 Clinics se enmarca dentro de un proceso de reorganización empresarial, derivado de una reestructuración nacional en curso, que ha obligado a realizar ajustes temporales de actividad en algunos centros».

A su vez, manifiestan que «todos los clientes han sido informados de manera oficial de esta circunstancia» y que «serán contactados individualmente por nuestro equipo para ofrecerles las alternativas disponibles para la continuidad de sus tratamientos, dentro del marco legal vigente». Y añaden: «Nuestra empresa mantiene pleno compromiso con la transparencia, la atención a los clientes y el cumplimiento de la normativa aplicable».

Pero así no lo perciben los antiguos clientes, que sí se consideran estafados. De hecho, en el perfil de Instagram *360clinics.afectadosxestafa* y en el grupo de Facebook *Afectados 360 Clinics* más de 1.600 usuarios muestran su descontento, no sólo por el repentino cierre, sino también por el servicio mientras estaban operativos. «Me pusieron un bótox que no me hizo nada de efecto, reclamé y me volvieron a colocar y nada... O sea, pagué para algo que no dio resultado», es uno de los tantos mensajes de desahogo.



María Martín, una de las más de 1.600 clientes que se sienten «estafados» por 360 Clinics. ÁNGEL NAVARRETE



Pantallazo del mensaje de texto con el que María se enteró del cierre de su centro de estética. E. M.

organizar servicios. Le mantendremos informado/a». Ese SMS desató una ola de quejas de clientes que abonaron tratamientos médicos que no llegaron a realizarse o que, como en el caso de María, quedaron interrumpidos. Las quejas llegaron a despachos de abogados que planeaban demandas colectivas. No obstante, Facua tendrá la batuta para realizar las reclamaciones.

360 Clinics ofrecía tratamientos para rostro y cuerpo, aumento de labios, *dermaplaning*—técnica de exfoliación con una cuchilla estéril para eliminar las células muertas de la piel y el vello— y el servicio estrella: la depilación láser. En la web de la compañía, donde

Antes de que Facua estuviera al frente del caso, a R. Sánchez Abogados llegaron varios casos, tantos que ya planificaban una demanda colectiva organizada por Souliman Diallo, director jurídico del despacho. Para él, lo más llamativo fue que 360 Clinics, «hasta el lunes, seguían realizando contrataciones», según le informaron sus clientes potenciales. «¿Cómo es que estaban vendiendo un producto que ya no existía?», se pregunta el abogado.

Según Diallo, que conoció decenas de estos casos, la mayoría de los afectados son mujeres con un perfil económico de clase media. Muchos de los consumidores recurrieron a financieras para costear los tratamientos mediante un préstamo, por lo que las cuotas se siguen cobrando. «Las cantidades suelen ser bastante grandes, y aún tienen que estar pagando por una no prestación del servicio por 200 o 300 euros al mes», especifica y agrega: «Hay un engaño y un perjuicio a muchísima gente. Ya no es solo a nivel económico sino también de salud».

María terminó de pagar su depilación corporal con láser en enero de este año. Aún le quedan pendientes varias sesiones. Aunque calcula que le faltan la mitad, no lo sabe con certeza porque en su centro «tenían un descontrol brutal». «Pensaba que era cosa mía por no apuntarlo, pero a raíz de todo esto me he dado cuenta de que realmente nadie sabe lo que le queda o lo que llevan», comparte.

Además, esta ex cliente de 27 años comenta que el «descontrol» lo percibía en cada visita. «Te vacían un poco», asevera. Recuerda que también «hacían cosas raras», como anular sus citas sin consultarle. También cuenta que el primer centro al que acudió cerró sin que ni siquiera le mandaran un mensaje de texto en esa ocasión.

La —hasta esta semana— cliente de 360 Clinics dice que las explicaciones suministradas en la web de la empresa son «insuficientes» y duda de su transparencia. «La semana pasada me seguían intentando vender tratamientos», asegura antes de finalizar con una petición contundente: «No quiero que se queden con mi dinero».

ANUNCIO DE REANUDACIÓN DE SUBASTA NOTARIAL

Se hace saber que, ante el Notario de Madrid, Dña. Rocío Rodríguez Martín, con despacho en la calle Serrano, 58, Esc. Izquierda 2ª A, 28001 Madrid (España), se tramita bajo el acta con número 3.314 de su protocolo el procedimiento de ejecución extrajudicial sobre 1.683.437 participaciones sociales, números 1 a 1.683.437, ambas inclusive, de la sociedad Puente de la Rocha Performance, S.L. La subasta se celebra electrónicamente a través del portal de subastas de la Agencia Estatal del Boleín Oficial del Estado y el anuncio de reanudación de la subasta ha sido publicado en el BOE el día 9 de octubre de 2025. Los interesados podrán acceder a la subasta a través de la dirección electrónica <https://subastas.boe.es/ds.php?id=SUB-NN-2025-1386086> y presentar pujas en el plazo restante una vez alzada la suspensión acordada en las fechas y según las condiciones generales y particulares de la subasta establecidas en la dirección electrónica de la subasta referida anteriormente. En la notaría se encuentra, además, a disposición de los interesados, la documentación relativa a las participaciones sociales ejecutadas, al procedimiento de ejecución, así como lo relativo a los plazos para la presentación de pujas. En Madrid, a 7 de noviembre de 2025.

CASTILLA Y LEÓN

El Gobierno confina las aves de corral ante el riesgo de gripe aviar

● La medida afecta a 250 municipios de Castilla y León ● El Ministerio de Agricultura prohíbe criar patos y gansos con otras aves de corral y utilizar pájaros de los órdenes charadriiformes como señuelo

M. GAMAZO VALLADOLID

El impacto de la gripe aviar continúa avanzando en Castilla y León. Fue el pasado 12 de octubre cuando saltó la alarma ante la situación que se presentaba en España: por aquel entonces, eran diez focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP), subtipo H5N1, los que se encontraban activos en toda España, detectados en Badajoz (1), Toledo (1), Huelva (2), Guadalajara (1), Valladolid (4) y Madrid (1).

Sin embargo, el contagio entre las aves de corral continuó haciendo mella y solo un día después el Laboratorio Central de Veterinaria de Algete confirmó un quinto foco en Valladolid, en concreto en el municipio de Olmedo, donde se procedió a adoptar una serie de medidas como son la realización de la encuesta epidemiológica con el objetivo de conocer el origen del foco, el sacrificio y destrucción de las aves de la explotación y las tareas de limpieza y desinfección correspondientes a pesar de no ser un virus que se pueda transmitir a los seres humanos.

La actuación obligó a sacrificar a casi dos millones de gallinas, así como a despertar las reivindicaciones del coordinador regional de Unión de Campesinos (UCC), Jesús Manuel González Palacín y coordinador de COAG Castilla y León, Lorenzo Rivera.

Palacín ya expresaba el mes pasado a este diario su preocupación al respecto, declaraba que las pérdidas económicas que afrontarían los ganaderos serán «muy altas» y solicitaba la incineración de los animales a la mayor brevedad posible.

«Es importante para que no extiendan la enfermedad ser muy ágiles y rápidos», declaró, a la vez que manifestó su petición pública a la Junta de Castilla y León de «ampliar los contenedores y sitios donde se incineran para acabar lo antes posible con los focos».

Por su parte, Rivera expresó su preocupación por la proliferación de esta enfermedad en España. «Son enfermedades que son nuevas, que



Gallinas en un corral. E.M.

nunca habían existido en Europa». Igualmente, el coordinador de COAG apunta a que el origen puede estar en «una imprudencia que ha causa-

do un contagio involuntario. Los virus son invisibles y evidentemente no se sabe dónde lo pueden coger». «Estamos preocupados, no solo

por la gripe aviar sino por brotes de otras enfermedades como son la dermatosis nodular o la lengua azul. Son desconocidas para nosotros y no que-

SUSPENDIDAS LAS FERIAS GANADERAS PARA FRENAR LA DERMATOSIS NODULAR

Con el fin de frenar el avance de la dermatosis nodular contagiosa, la Junta de Castilla y León amplió hasta el 30 de noviembre la suspensión de todas las ferias, mercados y cualesquiera concentraciones de ganado de la Comunidad, según recoge una resolución de la Consejería de Agricultura, Ganadería

y Desarrollo Rural publicada ayer en el Boletín Oficial de Castilla y León (Bocyl).

Así, se acuerda suspender todas las ferias, concursos, certámenes, subastas, romerías, mercados o cualquier evento o concentración de animales (excepto de perros, gatos y otros animales de compañía), en la Comunidad.

También se acuerda suspender la celebración del Mercado Nacional de Ganados de Salamanca, para toda actividad relacionada con la entrada, exposición, transacción o salida de animales, excepto de perros, gatos y otros animales de compañía, informal.

Además, se establece que las explotaciones de ganado bovino que reciban animales con destino a vida procedentes de zonas consideradas de riesgo por la Dirección

General de Producción Agrícola y Ganadera, serán sometidas a vigilancia veterinaria oficial, inmovilización cautelar durante 21 días de todos los bovinos presentes en la explotación ganadera y a la desinsectación de los mismos.

También se establece la obligación de realizar la desinsectación de todos los vehículos de transporte de ganado que realicen movimientos de entrada de bovinos en Castilla y León.

da otra que adaptarse y continuar con protocolos fuertes».

Actualmente son un total de 1.199 municipios en toda España los que se verán afectados por la medida, distribuidos en Andalucía (197), Aragón (28), Canarias (1), Cantabria (31), Castilla y León (250), Castilla-La Mancha (18), Cataluña (224), Comunidad de Madrid (16), Comunidad Valenciana (138), Extremadura (99), Galicia (40), Islas Baleares (14), La Rioja (6), Navarra (12), País Vasco (6), Principado de Asturias (8), Región de Murcia (11), Ceuta y Melilla.

En vista de que la tendencia del virus que afecta a las aves continúa al alza, afectando también al centro y norte de Europa, el Ministerio de Agricultura confirma que se prohibirá la cría de aves de corral en el exterior en zonas de especial riesgo desde el próximo lunes «para evitar que la gripe aviar se siga propagando».

Ante el rápido avance de la enfermedad, el departamento liderado por Luis Planas activa la totalidad de las medidas de protección frente a la influenza aviar que contempla la Orden APA/2442/2006, de 27 de julio. Estas prohibiciones, que se aplicarán en las zonas de especial riesgo, incluyen la prohibición de utilizar pájaros de los órdenes anseriformes y charadriiformes como señuelo o la de criar patos y gansos con otras aves de corral.

También se prohíbe criar aves de corral al aire libre. No obstante, Agricultura precisó que cuando esto no sea posible, la autoridad competente podrá autorizar el mantenimiento de aves de corral al aire libre mediante la colocación de telas pajarras o cualquier otro dispositivo que impida la entrada de aves silvestres.

En este caso, las aves tendrán que alimentarse y abrigarse en el interior de las instalaciones o en un refugio que impida la llegada de aves silvestres y evite el contacto de éstas con los alimentos y el agua destinados a las de corral.

Las prohibiciones también especifican que las aves de corral no PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

OPINIÓN

El desafío de la gripe aviar requiere extremar la prevención y coordinación

LA GRIPE aviar se ha convertido en un importante desafío en el que está en juego la rentabilidad de muchas explotaciones ganaderas. Los focos han ido creciendo a pesar de las medidas de contención tomadas inicialmente y por eso ha sido necesario ir más allá. El Ministerio de Agricultura ha ordenado el confinamiento de las aves de corral para evitar cualquier contacto con las silvestres, impidiendo su cría al aire libre o con medidas excepcionales cuando no sea posible evitarlo.

Ya se están produciendo daños económicos y las medidas de contención suponen además una dificultad añadida para la actividad ganadera, pero la rápida extensión de la enfermedad aconseja extremar la prevención, porque si no los daños pueden ser mucho mayores. Se deben extremar las medidas preventivas cuanto antes, vigilando también su cumplimiento, porque no hacerlo conducirá a un masivo sacrificio de las aves donde se detecte el virus. En este sentido, la coordinación entre las administraciones implicadas se antoja como algo fundamental, más que nunca.

El problema sanitario no se centra solo en las aves de corral, ya que en estos momentos también hay una gran preocupación por la dermatosis nodular que esta afectando al ganado

bovino. La Junta de Castilla y León ya está aplicando restricciones al movimiento de ganado, con la suspensión de ferias y cualquier concentración de ganado en la comunidad autónoma, así como con el control veterinario especial a las ganaderías que reciban animales de zonas consideradas de riesgo, incluida la inmovilización cautelar durante 21 días de todo el ganado bovino de la explotación.

La prevención tiene que aplicarse también a las personas que trabajan con los animales, porque en el caso de la gripe aviar se ha producido alguna transmisión de la enfermedad a humanos. Aunque sea excepcional y no haya transmisión entre humanos, cualquier prevención es poca.

En Castilla y León hay actualmente siete focos de gripe aviar tras los iniciales de Olmedo. La enfermedad ha dejado clara ya su capacidad de expansión también en la comunidad, por lo que es el momento de mostrar firmeza en las medidas preventivas y en la eliminación de focos cuando estos se produzcan. En este capítulo, la voz de los ganaderos debe también ser tenida en cuenta, pues son los principales interesados en la contención del virus, ya que está en juego su medio de vida y una herramienta económica fundamental en el medio rural.

CASTILLA Y LEÓN

Verónica Casado no tiene hueco en la UVA

La Universidad asegura que la Oferta Pública de Empleo no contempla ninguna plaza de catedrático en Medicina de Familia y que al estar jubilada «no puede acogerse a una vinculada»

FELIPE RAMOS VALLADOLID
Habilitada para ser catedrática sí, pero sin plaza en la Universidad de Valladolid. La UVA no tiene hueco para la ex consejera de Sanidad, Verónica Casado de Ciudadanos. La que fuera titular de la Consejería de Sanidad de Castilla y León entre 2019 a 2021, durante el Gobierno de coalición del Partido Popular y Ciudadanos, logra la acreditación como catedrática de Medicina Familiar y Comunitaria por parte de la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (Aneca).

Una acreditación que la habilitaría para optar a una plaza como catedrática en esa especialidad en cualquier universidad, pero para eso debería de convocarse o tenerla libre en cualquiera de los campus universitarios.

Y eso es justo lo que no sucede en la Universidad de Valladolid, donde Verónica Casado ya impartía clases como profesora asociada en una plaza vinculada hasta que era nombrada consejera en junio de 2019, que no tiene plaza.

En 2019, Casado dejaba de tener plaza como médico de Familia en el Sacyl al ser consejera y tenía, por tanto, que abandonar esa plaza

vinculada de la UVA. La razón no es otra que la misma va ligada inexorablemente a que el facultativo que ejerza como docente en una plaza vinculada en cualquier Facultad de Medicina de la Universidad pública esté en activo como médico del sistema sanitario de Castilla y León.

Ahora, desde la Universidad de Valladolid se deja claro que la UVA no tiene hueco para la ex consejera de Sanidad, pese a haber logrado la acreditación como catedrática de la Aneca. Desde la Universidad se indica que la Oferta Pública de Empleo (OPE) actual no contempla ninguna plaza de catedrático en Medicina de Familia y que al estar jubilada «no puede acogerse a una vinculada».

La UVA añade que la OPE del próximo año se tiene que negociar, pero las fuentes consultadas apuntan a que nada hace pensar a que se habilite esa plaza Medicina de Familia porque se entiende que no es necesaria. A lo que se le añade que, al estar jubilada en el Sacyl, no se puede acoger a una vinculada, como la que tenía antes de ser consejera.

Las plazas vinculadas son aquellas que desde Sacyl pone a dispo-



Verónica Casado. ICAL

sición de las Facultades de Medicina, en este caso de la UVA, para que un médico en ejercicio puede impartir clases en la Universidad.

Para que puedan incorporarse como docentes, explican las mismas fuentes a este periódico, es necesario que desde Sacyl se cedan. De esta forma, el facultativo pasaría unas horas en su plaza de Sanidad y otras impartiendo clases en la Universidad.

Conviene recordar que cuando Verónica Casado deja de ser consejera en diciembre de 2021 tras ser cesada por la disolución de las Cor-

tes y la convocatoria electoral que se celebrarían el 13 de febrero de 2022, trata de regresar a su plaza vinculada en la Universidad de Valladolid. En ese momento se le comunica que no estaba ya esa plaza y que no era necesaria. Entonces, Casado decide jubilarse, que es la situación que mantiene desde entonces.

Así las cosas, la Aneca lo que certifica con su acreditación es que la ex consejera de Sanidad de Castilla y León cumple con los requisitos para ser catedrática de Medicina Familiar y Comunitaria. Una habilitación que, tal y como señalan las fuentes a las que ha tenido acceso este periódico, no lleva aparejada el que deba de tener una plaza como catedrática universitaria en su especialidad. Eso es algo que compete a las universidades y son ellas las que deciden y aprueban su OPE.

Y en la actual Oferta Pública de Empleo de la UVA no hay hueco y tampoco se prevé para la OPE del próximo año, que en cualquier caso se tendrá que negociar. A lo que se añade el que Casado no puede ingresar en ningún caso en una vinculada, al carecer ya de una plaza en el Sacyl.