

2 de octubre 2026

Discurso II PREMIO NACIONAL DE MEDICINA “MARQUÉS DE VALDECILLA”

Antonio Pérez Martínez

Señora Presidenta de Cantabria, señor Consejero de Salud y Presidente del Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, miembros del jurado, autoridades, compañeros, familias, amigos:

Buenos días.

Quiero empezar con una palabra sencilla: gracias. Gracias a la Fundación Marqués de Valdecilla y a su Patronato. Y gracias al jurado: a su presidente, César Pascual; a Félix Rubial, gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; a José Francisco Díaz, gerente de la Fundación; a Javier Hernández de Sande, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria; a la rectora de la Universidad de Cantabria, Concepción López; a Marcos López Hoyos, director científico del IDIVAL; y a Carola García de Vinuesa. Que personas que conocen tan bien la excelencia hayan pensado en nosotros, y en mí, es un honor enorme.

Este año ha sido generoso conmigo. La Real Academia Nacional de Medicina me acogió como académico correspondiente; el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Melilla me concedió los II Premios Carlos Pantoja a la investigación científica y técnica; y hace apenas unos días, las universidades de Madrid me pidieron abrir su curso académico.

Pero este premio tiene algo distinto, porque lleva el nombre de una casa que es sinónimo de excelencia y de un benefactor. Ramón Pelayo de la Torriente, el Marqués de Valdecilla, salió siendo casi un niño de un pequeño pueblo de Cantabria hacia Cuba, sin más equipaje que su trabajo. Volvió con fortuna y con una convicción: devolver a su tierra lo que había recibido.

Me emociona recibirlo aquí, en Santander, y en esta casa. Hace apenas unas semanas, Valdecilla ha sido reconocido como el mejor hospital de alta complejidad de España en el primer Ranking Best in Class, por una trayectoria de cinco años seguidos de excelencia, de 2021 a 2025. Y eso, dicho por un médico que viene de Madrid, tiene su mérito. Una institución que demuestra que la excelencia no depende del tamaño de la ciudad, sino de la ambición de las personas. Para mí, además, Best in Class tiene un significado personal: en 2020 esos mismos premios reconocieron a nuestra unidad de La Paz como la mejor unidad de referencia en CAR-T. Así que hoy me siento un poco en familia. Y Santander es también una ciudad ligada al trasplante.. Además, Cantabria es la comunidad autónoma de nuestro país con la mayor tasa de donación de órganos de España, superando los 100 donantes por millón de habitantes, según datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), y aquí nació, en 2023, la

Declaración de Santander impulsada por la Organización Nacional de Trasplantes, hoja de ruta de donación y trasplante de órgano y tejidos.

El año pasado este premio lo recibió Carola García de Vinuesa, una científica que se formó fuera y ha llevado el nombre de España por el mundo. Sucederla es un honor y una responsabilidad.

Soy pediatra. Lo decidí en Granada y nunca he dejado de serlo. Antes que investigador, antes que catedrático, antes que jefe de servicio, soy un médico de niños. Y si este premio reconoce algo, creo que es una idea: que el médico que está junto a la cuna, junto a la cama del niño también puede estar en el laboratorio. Que las preguntas que nos hacen los pacientes por la mañana pueden convertirse en respuestas por la tarde, y que lo que aprendemos en la clínica vuelve al laboratorio para diseñar mejores terapias para los niños del futuro.

Y es que, como decía Danny Thomas, “ningún niño debería morir en el amanecer de su vida”. Los que nos dedicamos a los cánceres del desarrollo, todos ellos cánceres poco frecuentes, raros y ultrarraros en niños y adolescentes, sabemos cómo penaliza ese escaso número el desarrollo de nuevas estrategias por parte de la industria farmacéutica, y cómo es crucial la investigación académica para estas enfermedades huérfanas. En los últimos quince años hemos desarrollado en nuestro hospital público áreas clínicas independientes de Hematología, Oncología, y Trasplante y Terapia Celular, junto al laboratorio de terapias avanzadas, genética molecular oncopediátrica, ensayos clínicos y una unidad clínica de investigación traslacional. Eso es la Unidad CRIS de Terapias Avanzadas del Hospital La Paz. Junto a IdiPAZ y el CNIO, hemos demostrado que un hospital público puede diseñar, producir y administrar medicamentos vivos: células del sistema inmune entrenadas para reconocer y destruir el tumor. También hemos aprendido a identificar dianas, a reposicionar fármacos y a diagnosticar nuevos genes de fusión.

Porque la vida es celular, la enfermedad es celular, y la curación también es celular. Empezamos con las células Natural Killer, las asesinas naturales, la primera línea de defensa del cuerpo frente al cáncer. Aprendimos a activarlas, expandirlas y potenciarlas con IL-15, y a darles memoria. Con ellas pusimos en marcha el primer ensayo pediátrico de terapia celular adoptiva en tumores sólidos y hematológicos, y después una familia entera de ensayos: LYDIA y PHINK en leucemias y trasplante haploidéntico, SANKOMA en sarcomas junto a otros hospitales españoles, y CINK, que lleva las NK y los CAR-T directamente al cerebro de niños con tumores del sistema nervioso central. Hoy España está en la vanguardia mundial de la terapia con células NK, y ese conocimiento fue la base de todo lo que vino después.

Sobre esa base diseñamos el CART-NKG2D, el primer CAR-T académico pediátrico de Europa, que une la rapidez de las NK con la memoria de los linfocitos T y que hoy estudiamos en niños y adolescentes con sarcomas avanzados en el ensayo CAR4SAR.

Y desarrollamos, fabricado íntegramente en nuestro hospital, un CAR-T tándem CD19/CD22 para leucemias linfoblásticas que han recaído a los CART19 aprobados. Hoy este tratamiento se evalúa en el ensayo ReALLCART, y demuestra que un CAR-T académico, hecho en la sanidad pública, puede competir con los mejores del mundo. Y hemos llevado el CAR-T incluso más allá del cáncer: a una niña con una dermatomiositis que le estaba destruyendo los pulmones, y a una paciente adulta joven con lupus eritematoso sistémico en diálisis.

Porque un niño no es un adulto pequeño, y es por ello que en ellos la medicina personalizada significa estudiar la biología de cada tumor y de cada niño para darle el tratamiento que su enfermedad y el paciente necesita en cada momento. Pero no hablamos de enfermedades, sino de pacientes. Daniela, con un fibrosarcoma congénito abdominal irresecable y localmente agresivo, abrió camino con un inhibidor de NTRK, descrito por Barbacid cuarenta años antes. El jarabe de Daniela. Historias como la suya son las que quisimos contar en *Vidas*, el cortometraje dirigido por Nacho Ros, que habla de la investigación en cáncer. Quisimos contarlo para que la sociedad entienda que la investigación que hoy parece lejana es la curación de mañana.

Treinta y dos ensayos clínicos y más de mil ochocientos niños después, sé que la innovación académica no es un sueño. Es una obligación ética de la sanidad pública.

Ayer recordábamos como todo empezó con unos pilotos. Los jóvenes aviadores de la RAF que ardieron en sus cabinas durante la Batalla de Inglaterra y que, mientras Archibald McIndoe les reconstruía la cara, fundaron con un humor británico el Guinea Pig Club, el club de los conejillos de Indias, el club de las cobayas. Para curarlos hacía falta piel, y la piel de otro siempre se rechazaba. Un joven zoólogo, Peter Medawar, descubrió por qué: el rechazo no era un fallo técnico, quirúrgico sino que era el sistema inmune, que aprende y recuerda. Y dejó una pregunta que todavía nos guía: si el sistema inmune aprende a rechazar, ¿podría aprender a tolerar?

Décadas después, Thomas Starzl, el padre del trasplante hepático, escribió unas memorias que tituló *The Puzzle People*, la gente puzle: personas que viven gracias a piezas de otras. Yassine y Nora son dos de esas personas puzle. Yassine tenía quince años y se moría tras dos trasplantes multiviscerales fallidos. Nora llevaba veinte años esperando un riñón que no rechazara; había perdido tres. Estaba condenada a la diálisis de por vida.

Durante años, junto al cirujano Paco Hernández-Oliveros y a un equipo extraordinario, nos habíamos hecho una pregunta: ¿y si en lugar de trasplantar solo el órgano,

trasplantáramos también el sistema inmune del donante? ¿Y si enseñáramos al cuerpo del paciente a reconocer ese órgano como propio? Esa idea es el doble injerto, el DualGraft: tomamos del mismo donante el órgano y sus células de la médula, las preparamos en el laboratorio y se las damos al paciente generándoles un pasaporte inmunológico.

No es una idea nueva: es una idea olvidada. Starzl, al final de su vida, tuvo la honestidad de escribir un texto que tituló *Anatomía de un error*. Contaba que desde 1962 el trasplante de órganos se había desconectado de su propia biología, de lo que llamó la mitad olvidada de Billingham, Brent y Medawar. Que los fármacos, que en el trasplante de médula se usaban como bisturís, en el de órganos se usaban como martillos. Y comparaba el trasplante con un montañero sin suerte: incapaz de llegar a la cima, pero demasiado arriba para volver a bajar.

Dicho con palabras de Unamuno, la inmunosupresión farmacológica había venido a vencer, pero no a convencer. A silenciar al sistema inmune, no a enseñarle a tolerar. Durante medio siglo impuso su dictadura sobre la tolerancia natural del quimerismo, la que Ray Owen vio en sus terneros gemelos y Medawar reprodujo en sus ratones. Ese es el camino que recupera el DualGraft: no silenciar, sino educar. No vencer, sino convencer.

Hoy Yassine tiene veintiún años, hace vida normal y toma un solo fármaco a dosis mínima. Nora conserva el riñón de su hermano más de cinco años después, también con un único fármaco., Nora nos dijo que quería “abrir el camino”. Nora, Yassine: el camino está abierto, y sois vosotros quienes lo habéis abierto.

Y es que caminamos a hombros de gigantes. Mi primer maestro lo encontré en la Facultad de Medicina de Granada, y de casta le viene al galgo. Allí, Antonio Campos, catedrático de Histología y después decano, nos enseñaba a mirar los tejidos del cuerpo al microscopio. Hoy es un referente en terapia celular regenerativa, y le gusta decir que antes mirábamos los tejidos y ahora nos dedicamos a crearlos. Ahora además hacemos terapias celulares inmunes contra el cáncer.

Después me formé en el Hospital Niño Jesús de Madrid con tres maestros a los que debo el oficio: Luis Madero, que me enseñó que al niño con cáncer se le cuida entero, a él y a su familia; Manuel Ramírez, que me enseñó a hacer preguntas en el laboratorio; y Miguel Ángel Díaz, que me enseñó el trasplante y me enseñó a atreverme, a ser valiente.

Y quiero poner en valor algo que para mí ha sido decisivo: salir fuera para volver con algo que ofrecer. Con Wing Leung, en el St. Jude Children’s Research Hospital de Memphis, descubrí las células NK y aprendí cómo funciona un hospital pensado solo para niños con cáncer y otras enfermedades catastróficas. Con Rupert Handgretinger, en Tübingen, aprendí el trasplante hematopoyético de donante alternativo haploidéntico que después

podimos extender por toda España. Con Jeff Miller, en el Masonic Cancer Center de Minnesota, aprendí a convertir las células NK en un medicamento: a fabricarlas, potenciarlas y llevarlas al paciente. Con Megan Sykes, en Columbia, aprendí que el quimerismo podía enseñar al cuerpo a aceptar un órgano como propio. Y en el Great Ormond Street Hospital de Londres, Persis Amrolia y Kanchan Rao me abrieron las puertas de su casa y de sus pacientes, y me demostraron que la ciencia más ambiciosa se hace entre amigos. Con Persis nos hemos traído a España CARINA: un CAR-T universal, fabricado a partir de donantes sanos y editado genéticamente para la leucemia mieloide aguda.

La internacionalización no es acumular estancias en un currículum. Es una estrategia: traer lo mejor que se hace en el mundo, hacerlo nuestro y mejorarlo. Hemos pasado de importar terapias avanzadas a crearlas.

Y a mi equipo. Al Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital La Paz, a la Unidad CRIS de Terapias Avanzadas y a la Unidad de Investigación Clínica de Oncohematología Pediátrica IdiPAZ-CNIO.

Un premio también es un altavoz. Quiero usarlo.

Primero: la oncología pediátrica tiene que ser reconocida como especialidad. Los jóvenes dirían que es obvio; los no tan jóvenes recordaríamos a Perogrullo. Y, sin embargo, hay que volver a decirlo: los niños con cáncer no son adultos pequeños con cáncer. Quienes cuidan de estos niños hacen un trabajo de altísima complejidad, y el sistema todavía no reconoce formalmente esa formación. Necesitamos que la hemato-oncología pediátrica tenga una formación reglada, acreditada y con futuro.

Segundo: necesitamos centros de excelencia en cáncer infantil. En una enfermedad rara, la experiencia, la investigación salvan vidas. No es posible tener expertos o programas completos contra el cáncer infantil en cada rincón del país. Los Países Bajos, con el Princess Máxima Center, o Estados Unidos, con St. Jude, lo entendieron hace décadas: los casos más complejos, las terapias avanzadas y los ensayos clínicos deben concentrarse en centros integrales, acreditados, que trabajan en red y que se evalúan por sus resultados. España necesita cambiar el modelo de dispersión y atomización, más de 45 servicios que atienden a 1.500 niños y adolescentes, por un modelo de concentración en 4 o 5 centros, englobados en el concepto de Centro Integral de Cáncer Infantil y del Adolescente: excelencia asistencial, con diagnóstico integrado y avanzado; una unidad de ensayos clínicos con capacidad de producción de medicamentos de terapia avanzada; investigación disruptiva; formación continua estimulante de las nuevas generaciones; y una atención profundamente humana, bajo un ecosistema adecuado a la biología del paciente y su familia.

Esto no es quitar nada a nadie: es garantizar los mejores resultados en salud a una patología cada día más exigente, y reordenar los servicios para que orbiten y se identifiquen sus roles.

Recuerdo de nuevo a Danny Thomas, aquí: ningún niño debería morir en el amanecer de su vida. Y no debemos olvidar que, aún hoy, en nuestro país los cánceres son la enfermedad más letal en la edad pediátrica. Y a veces el problema no es la investigación o la falta de conocimiento sino como gestionamos estas enfermedades.

Valdecilla nos enseña el camino: la excelencia se mide, se compara y se demuestra con indicadores, año tras año. Pidamos lo mismo para el cáncer infantil: resultados públicos, supervivencia, calidad de vida de los supervivientes, acceso a ensayos. Midamos, seamos valientes; establezcamos un debate abierto entre profesionales, pacientes y administración. Pero hablemos, porque el silencio impide el desarrollo y lastra el conocimiento y la innovación.

Tercero: necesitamos un Centro Nacional de Investigación en Trasplante. España, con la Organización Nacional de Trasplantes, lleva más de tres décadas liderando el mundo en donación y trasplante. Tenemos cirujanos, trasplantólogos e investigadores de primer nivel. Pero nos falta una casa común para investigar la inmunología del trasplante como el Columbia Center for Translational Immunology en Nueva York o el Thomas E. Starzl Transplantation Institute en Pittsburgh. Cerca de los hospitales, protegiendo el tiempo libre a los profesionales para investigar con financiación estable coordinación entre hospitales y espíritu inclusivo. Yassine y Nora demuestran que aquí sabemos hacerlo. Démosle a esa ciencia la estructura que merece, a la altura del sistema de trasplantes que ya es un modelo para el mundo.

Cuarto: necesitamos cuidar a los médicos científicos. Hay que proteger el tiempo de investigación de los clínicos, dar estabilidad a los investigadores, reducir la burocracia y adaptar la regulación para que una buena idea no tarde diez años en llegar a un niño. Investigar dentro del hospital no debería ser un acto heroico, sino una parte normal de la carrera profesional.

Gracias a CRIS Contra el Cáncer, y a Lola Manterola, por creer en nosotros cuando esto parecía una locura. Gracias al Hospital La Paz, a IdiPAZ, al CNIO y a la Universidad Autónoma de Madrid. Gracias a las familias, que nos confían lo más valioso que tienen.

Y gracias a mi familia.

A mi padre, que es el culpable de todo. No era médico. Venía de Terrinches, un pequeño pueblo del Campo de Montiel, en Ciudad Real, de una familia de arrieros y labradores. A fuerza de esfuerzo, aquella familia salió del Terrinches de la posguerra y llegó hasta

Granada. Como Ramón Pelayo, aprendieron que nadie te regala el camino: hay que hacerlo.

A mi madre, que fue su fiel escudera y la mía. Estuvo a su lado en cada ingreso, en cada consulta y en cada noche difícil. Lo que hoy veo cada día en los padres de mis pacientes, lo aprendí primero en mi casa.

A Bea, mi mujer, la mejor persona para mí, que no es fácil, con la que comparto alegrías y preocupaciones, tantas noches, guardias y aeropuertos. Y a mis cuatro hijos: Pablo, Quique, y mis princesas Carla y Vega. Vosotros sois la razón por la que entiendo lo que siente cada padre que entra en nuestra planta. Este premio también es vuestro.

Recibo este premio como un compromiso. Voy a seguir trabajando para que la ciencia llegue a cada niño que la necesita, y para que algún día podamos decir que no se nos ha quedado ninguno por el camino.

Porque la vida es celular, la enfermedad es celular, y la curación también es celular.

Y porque, como aquellos pilotos del Guinea Pig Club, hemos aprendido que se llega a las estrellas a través de la adversidad:

“Per ardua ad astra”.

Muchas gracias.