

Editorial Convivir con la pandemia

Algunos dirigentes políticos se preguntan si es posible convivir con la pandemia y dejar que el mercado regule el día a día de la población: “la nueva realidad”. En ello están algunos países que han considerado el contagio de rebaño como única alternativa para superar la pandemia. Los extremistas más polarizados por esta perspectiva son los llamados negacionistas que según su perfil son más o menos intransigentes. Algunos de ellos gobiernan bajo este visceral criterio, como lo hace Jair Bolsonaro. El presidente de Brasil que ha llevado a este país a superar los 528 000 muertos, a fecha de 8 de julio, según datos aportados por la *Johns Hopkins University*; la segunda cifra más alta del mundo. Mientras, la mayoría de expertos afirman que el actual brote en este país aún podría empeorar debido a la lenta vacunación y el inicio del invierno en el cono sur de América. Para más inri baste citar que Estados Unidos, que tras la nefasta gestión sanitaria de Donald Trump, deja una herencia de 600 000 muertos; según esta misma fuente. Si comparamos estas cifras con España, que se encuentra actualmente en la quinta ola, estamos en el puesto número 14 de este nefasto ranking con 80 997 fallecidos y 3 897 996 casos. Otro país que cita un estudio de la OCDE es Suecia, que inicialmente se posicionó por lo que bautizó como “inmunidad de rebaño por contagio”, escenario que la ubicó entre los países más afectados de Europa y en unas tasas de contagio y mortalidad relativamente altas. Por suerte Suecia rectificó e implementó medidas restrictivas a la movilidad. Hay muchos ejemplos de disposiciones administrativas sanitarias acientíficas que han hecho pagar un mayor coste en mortandad a la población.

Sigue en página 3

SUMARIO



Editorial: Convivir con la pandemia	1
Libro Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1	6
Carta abierta a las Américas	7
Javier García Pérez Presidente de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. NEUMOMADRID. Secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias. España.	
Webs: Memorias de la COVID-19	8
Acuarela de la pandemia	9
Martin Sívori Director del Centro Universitario de Neumología y jefe de la Unidad de Neumotisiología del Hospital Dr. JM. Ramos Mejía. Argentina.	
I Jornada Iberoamericana de Actualización COVID-19 y Tuberculosis (19-20 y 21 de octubre de 2021)	12
La pandemia: ¿Un reto o una oportunidad?	13
Efraín Sánchez Angarita Neumólogo del Centro de Investigación Respiratorio (CIR). Miembro activo de la Sociedad Latinoamericana del Tórax (ALAT). Ecuador	
Pandemia	15
Carlos Rodríguez Taveras Jefe del Servicio de Infectología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. República Dominicana	
Noticias frescas: Los sistemas sanitarios en la UE	18
Pensar en TB en tiempos de la COVID-19	19
Héctor Javier Sánchez Pérez Investigador Titular de El Colegio de la Frontera Sur. Secretario Técnico del Observatorio Social de Tuberculosis. México	
Noticias frescas: Iberoamérica	21
Consejo Editorial	22
Entidades de la Red TBS-Stop Epidemias, comités y patrocinadores	24

Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias

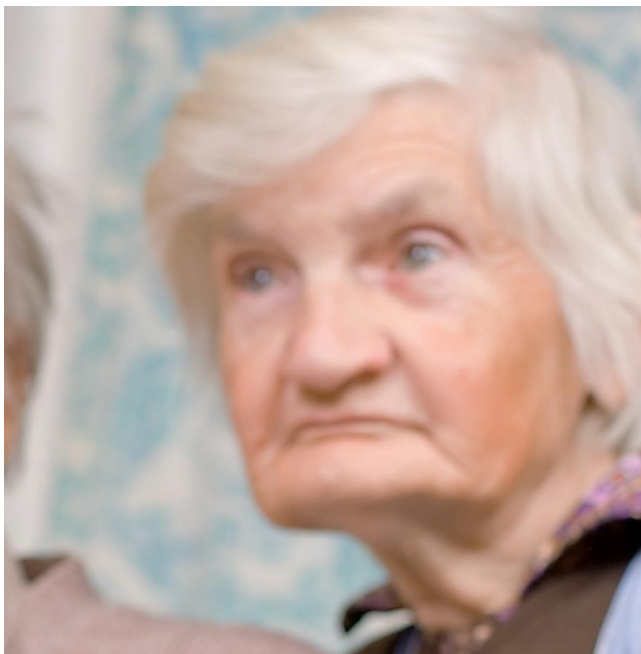


Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias



Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias





La inexperiencia, la falta de insumos y también de criterios hicieron estragos en países que han intentado contener la crisis sanitaria y actuar en consecuencia. A pesar de ello, esta imprevisión acarreó desastres, prueba de ello es la alta tasa de mortalidad registrada en las residencias de ancianos en España. Capítulo de una tragedia a la que habrá que investigar para deslindar o imputar responsabilidades. Este y otros temas que nos han afectado se deben revisar y estimar el acierto o error de cada una de las Comunidades Autónomas del Estado español. Nadie estaba preparado en el inicio de 2020 para sobrevivir una pandemia, pero hoy tenemos una experiencia que no permite disculpas. Ahora, tras año y medio de pandemia, la economía se ha deteriorado y la sociedad ha experimentado que las cifras de infección suben y bajan continuamente, y los recursos económicos están en quebranto. Dirigentes políticos, empresarios y también trabajadores están tentados a pasar de ello y asumir que la convivencia con el virus es la única salida; como si fuera posible convivir con una pandemia sempiterna. Y no es posible. Si echamos una mirada atrás vemos que la llamada gripe española, la peste negra, la viruela o el reciente VIH/sida... asolaron y eliminaron a una importante cantidad de personas y hasta que no desaparecieron o se controlaron, el mundo se estancó. Estas “aperturas comerciales” antes de tiempo y sin respaldo científico que formulan muchos gobiernos inducen a que algunos irresponsables se desmelenen apurando festivamente el botellón (los más jóvenes) y otros (los más adultos) revelando un espíritu libertario como si el hecho de quitarse la mascarilla fuera plantarse ante la Estatua de la Libertad y romper cadenas. Además, una penosa manera de informar, desinforma o confunde. Es entendible la presión económica y el cansancio social, pero gobernar para tod@s es ser responsable y disponer lo mejor para sus ciudadan@s. La salud es un derecho y una obligación al mismo tiempo.

El consejero de Salud de Cataluña, Josep Maria Argimon, explica una particular teoría sobre el repunte de contagios en su comunidad (publicado en La Vanguardia del 8 de julio). Dice: “En las primeras olas el virus golpeó a las clases más deprimidas, y ahora es al revés”. Y agrega: “Las tasas se triplican en las zonas económicamente más favorecidas”. Y dice que los expertos que llevan el control

Sigue en página 4

epidemiológico en Cataluña consideran que el motivo principal es el “valor de la movilidad en los diferentes tramos de la crisis”. Y justifica: “Estamos habituados a concebir la movilidad como un signo de estatus social. Quién más tiene más se mueve”. Dato que da para más de una interpretación, pero que sin duda se asocia al porqué de una mayor apertura económica a pesar del actual repunte pandémico.

Estas disparidades de opinión o de intereses hacen más inestable la actual situación de inestabilidad sanitaria. *El hombre es el único ser que tropieza dos veces con la misma piedra*, sentencia que por lo visto no tiene ninguna enseñanza. Parece que pretextando la necesidad de reactivar el mercado y el consumo se escogen decisiones temerarias que encierran un gran riesgo para la salud pública. Robert B. Reich, que fue secretario de Trabajo de los Estados Unidos durante el gobierno de Bill Clinton, formuló la opinión de que “la desigualdad nos ha llevado a un callejón sin salida. El 70 % de la economía depende del gasto de los consumidores”. Y sin querer justificar la estadística, agregó resignado: “Una cierta desigualdad es inevitable, e incluso deseable”, para que la economía funcione y resulte competitiva. Y nos tememos que esta afirmación se malinterprete y ponemos por ejemplo el reciente anuncio del primer ministro británico Boris Johnson de eliminar todas las restricciones el próximo 19 de julio, debido, al “exitoso programa de vacunación”, que dice que es suficiente para contrarrestar el aumento de los contagios por la variante Delta... A pesar de que las estadísticas demuestran un aumento de casos por esa variante que es extremadamente expansiva.

La pregunta que nos hacemos es: ¿Qué hace cambiar a los políticos los planteamientos de control epidemiológico sin el aval de la mayoría de la opinión científica? Creemos que solo hay una respuesta: la economía. Digamos que se asume que se puede convivir con la pandemia a pesar del coste de vidas humanas que ello conlleva. Se considera al ciudadano un consumidor y se iguala en un mismo plano el mercado y la sanidad pública. La misma sensibilidad de quien define a los enfermos como “pacientes o usuarios”. De quienes consideran a la pobreza irreversible e intentan incorporar a la COVID-19 como una estadística más de la injusticia global trasladando la decisión a los ciudadan@s.



Sigue en página 5



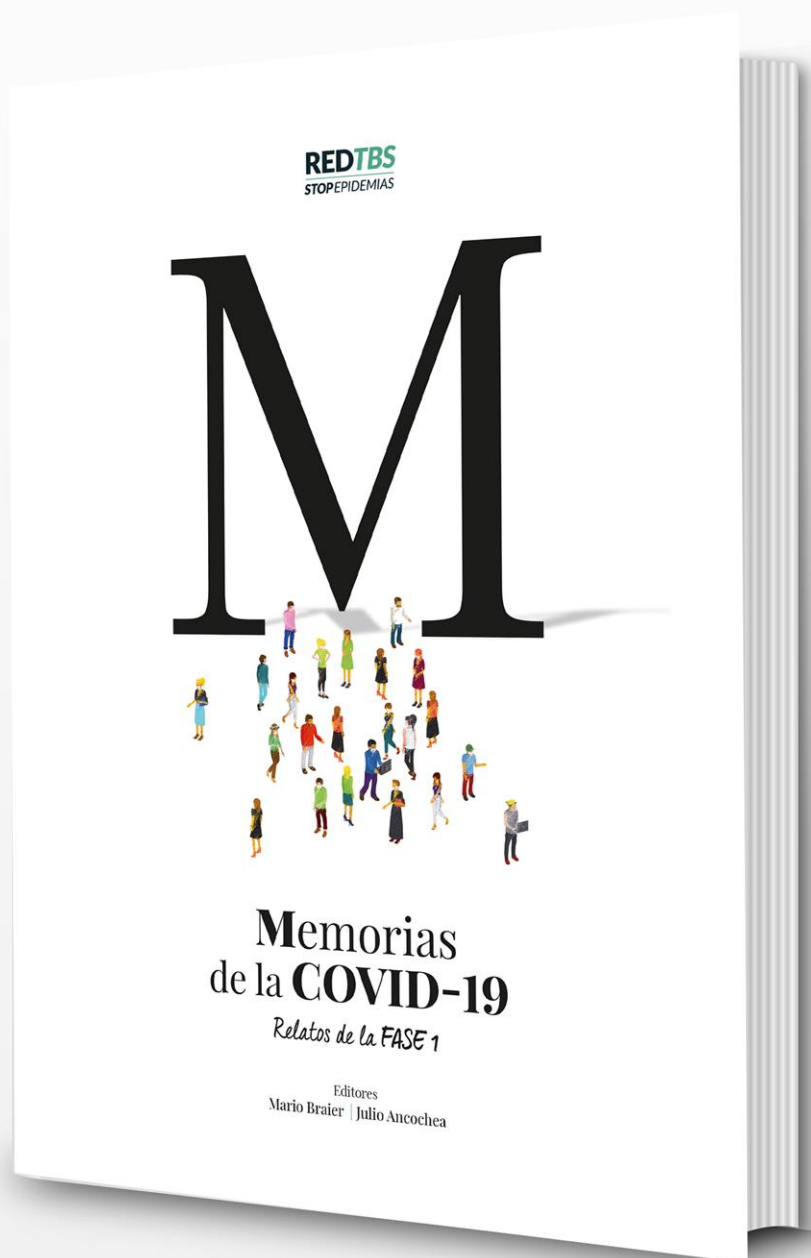
Según datos del informe de la Naciones Unidas la situación mundial actual está así:

- ✚ 736 000 000 de personas vive con menos de 1,90 dólares diarios.
- ✚ Asia meridional y África subsahariana experimentarán los mayores aumentos de la pobreza extrema debido a la pandemia.
- ✚ La proporción de trabajadores del mundo que viven en situación de pobreza extrema es del 7,1 % de la población mundial.
- ✚ Más de 70 000 000 de personas viven en pobreza extrema.
- ✚ Uno de cada cinco niños vive en la pobreza extrema y los efectos negativos tienen consecuencias para toda la vida.
- ✚ El 55 % de la población mundial, unos 4 000 000 000 de personas, no se beneficia de ninguna forma de protección social.

Y podemos agregar que, según la Organización Mundial de la Salud, la tuberculosis es una de las diez principales causas de muerte en el mundo y la principal por un único agente infeccioso. En 2019 murieron 1 400 000 personas por tuberculosis (208 000 además con VIH). También, cada año mueren en el mundo 600 000 personas por malaria y se registran 200 000 000 de casos clínicos, y 3 300 000 000 de personas corren el riesgo de contraerla. En las últimas décadas ha aumentado la incidencia del dengue y la mitad de la población mundial puede contraer la enfermedad; se estima que cada año hay entre 100 000 000 y 400 000 000 de infectados. Hay, además en el mundo más de 5 000 000 de infecciones por el VIH y 820 000 muertes se relacionan con el sida en los últimos cinco años.

Probablemente el primer ministro inglés pensará que, si esta estadística es la normalidad, por qué no incorporar a la COVID-19 a este *pandemonium* y que la naturaleza y el mercado sigan su curso.

No es nuestra intención ser agoreros sino todo lo contrario, pedir que se escuche a los científicos que son quienes deberían tener la palabra y los políticos los ejecutores de decisiones que ayuden a mejorar el bienestar de los ciudadan@s. Recordar que en la actualidad (a 16 de julio) la pandemia ha matado a 4 070 000 de personas en todo el mundo y el virus SARS-CoV-2 ha infectado a 189 000 000. Como se ve estamos lejos de controlar la pandemia, es más, en el continente americano aún no se ha llegado a los picos de las olas y en África apenas se ha vacunado al 2 % de la población. Tal vez el primer ministro inglés se ha tomado a pecho lo que Winston Churchill dijo no sin cierta ironía: “El político debe ser capaz de predecir lo que va a pasar mañana, el mes próximo y el año que viene; y de explicar después por qué no ocurrió lo que predijo”. MB



La Red TBS-Stop Epidemias agradece la colaboración de Previsión Sanitaria Nacional y reconoce el esfuerzo realizado para la concreción de esta obra.

Y también el apoyo de:

Farmaindustria

Asomega

Hospital Universitario de La Princesa

Universidad Autónoma de Madrid

Cátedra UAM-GSK Respira Vida

Cátedra UAM-Roche EPID Futuro

Chiesi España

Grupo Menarini

Sandoz

Serveis Clínic



Edición impresa con los relatos publicados en las revistas de abril a agosto de 2020. Profesionales de diferentes ámbitos que narran su experiencia durante la epidemia a lo largo de 312 páginas y a través de 87 relatos; una obra con una tirada de 10 000 ejemplares. El libro es gratuito y se puede solicitar enviando los datos personales (nombre y apellido, profesión, dirección postal, teléfono) a: redtbs@redtbs.org // Quien lo solicite debe asumir el coste del envío a través del servicio de mensajería que prefiera. También se puede leer en su propia web Memorias de la COVID-19

Carta abierta a las Américas

Cuando el 21 de mayo de 2014, en una Asamblea plenaria inédita por su contundencia y por la profundidad de su compromiso global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó la Estrategia Mundial y Metas para la Prevención, la Atención y el Control de la Tuberculosis (TB) después de 2015, los tisiólogos de todo el mundo creímos estar asistiendo al principio del fin de la mortífera enfermedad causada por el bacilo de Koch. Sabíamos que el camino por recorrer aún era largo, pero el desarrollo de los nuevos métodos moleculares de diagnóstico, la posibilidad de tratamientos orales incluso en las formas resistentes y el diseño de programas con una financiación adecuada nos permitían soñar con un futuro esperanzador. No olvidábamos que el control de la TB no se logra solamente con estrategias microbiológicas y farmacológicas; sus aliados esenciales incluyen siempre la justicia social, el freno a las desigualdades económicas, el acceso igualitario a la medicación y la consolidación de potentes sistemas de Salud Pública.



Aún con más lentitud de lo esperado, la tendencia seguida en los últimos años estaba siendo positiva; el último informe publicado por la OMS constata una caída de la incidencia global del 9 % en el período 2015-20 (frente a un objetivo del 20 %); el descenso de la mortalidad ha sido del 14 % en esos años (debería haberlo hecho un 35 %), pero se han evitado 60 millones de muertes desde el año 2000 y los fondos para invertir en TB se han duplicado desde 2006. Esas perspectivas de mejora, sin embargo, ha sido vapuleadas por la pandemia de la COVID-19. La amenaza a nuestra salud y a nuestra estabilidad económica y social ha superado las previsiones más oscuras, y ha configurado una realidad convulsa, con millones de muertos, con sectores productivos arruinados y con ciudadanos desconcertados y aterrorizados por su inesperada vulnerabilidad. Aunque la infección golpeó en su inicio más duramente a zonas geográficas y a sectores sociales más desarrollados, con su progresiva diseminación y extensión global han quedado en evidencia las insuficiencias de aquellos países con menor capacidad de respuesta financiera y con sistemas sanitarios más precarios. La contracción económica por la pandemia COVID-19 está generando mayor pobreza y desnutrición, poniendo en peligro los progresos alcanzados en los últimos años en la lucha contra la TB. Algunas estimaciones hablan de un incremento de 100 millones de personas bajo el umbral de la pobreza, cuando este colectivo no aumentaba desde 1998. Este escenario desolador puede traducirse en la interrupción de la detección y tratamiento de casos con TB en el 42 % de los países, y en la irrupción adicional, además de los ya esperados, con más de 6 millones de casos nuevos y 1,4 millones de muertes entre 2020 y 2025.

Pero la coexistencia de COVID-19 y TB también puede hacernos reflexionar y abre un abanico de retos y oportunidades para considerar a escala global. Una de las acepciones del término “reto” que incorpora la Real Academia Española (RAE) es la de “objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta”. Los retos actuales en este campo incluyen el mantenimiento de los programas de control de la TB y el desarrollo de estrategias sinérgicas para luchar contra TB y COVID, que incluyen el acceso igualitario a los fármacos eficaces; la consolidación de los mecanismos de atención social,

Sigue en página 8



mejorando el acceso a los sistemas públicos de salud, que se han demostrado imprescindibles; y el incremento de los fondos para financiar la lucha contra la TB (necesitaremos 15 000 millones de dólares en 2022).

Por otra parte, la RAE define “oportunidad” como “momento o circunstancia oportunos o convenientes para algo”. Y claro que se nos presentan oportunidades en estos días inciertos, pues hemos constatado que la alarma y vigilancia ante los síntomas respiratorios pueden disminuir el retraso diagnóstico en TB; que las mascarillas pueden reducir la transmisión comunitaria de la TB; que una adecuada inversión en Salud Pública y Tecnología es capaz de obtener respuestas rápidas ante crisis sanitarias letales; en definitiva, podemos y debemos utilizar los conocimientos y experiencias en infraestructuras e investigación adquiridos en TB para mejorar la lucha contra la COVID-19 o futuras pandemias. No olvidemos que, si todo sigue su curso normal, la COVID-19 será controlada en un período más o menos corto, pero la TB permanecerá todavía varias décadas entre nosotros.

Javier García Pérez

Presidente de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. NEUMOMADRID.

Secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias.

Responsable de la Unidad de TB del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa





Martin Sívori

**Director del Centro Universitario de Neumología
y jefe de la Unidad de Neumotisiología del
Hospital Dr. JM. Ramos Mejía.
Director de la Carrera de Especialistas de
Neumología de la Universidad de Buenos Aires.
Argentina**



Sus manos se separaron... sus miradas, no... la emoción y las lágrimas los unían... Lo palmeé en el hombro y le dije: "Vamos, te tenemos que dar oxígeno y medicamentos..." Y para darle ánimo... sin saber si volvería a ver a sus hijos, dándoles la espalda me alejé con él en la silla de ruedas en la que lo llevaba a internación.

"Lo humano del hombre es desvivirse por el otro hombre" (Emmanuel Lévinas)

Acuarelas de la pandemia

Todavía hoy me atormentan cada día esa tristeza repetida por no saber si será o no la última vez que se verán... la soledad en los últimos momentos, la falta de caricias y abrazos en los últimos instantes, la distancia, reproducido por centenares... Mi hospital fue el primero en crearse en Buenos Aires en el ámbito público y asociarse a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1869 en otras epidemias, la de cólera primero y fiebre amarilla más tarde. 150 años después, respondiendo a una pandemia de características monstruosas estamos aquí.

Este mes de julio de 2021 llegaremos a los doce mil pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2, y tenemos 3000 internados. 12000 mil historias. Somos un Centro Universitario de Neumología a la UBA con siete neumólogos de planta y cuatro residentes. Desde marzo de 2020 estamos en la primera línea de atención de pacientes, sin descanso.

Creía ya haber visto todo a lo largo de mis treinta y cinco años de médico de un hospital público que a vivido las consecuencias de dos terribles atentados terroristas: el de la Embajada de Israel y el de la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA). Una tragedia ferroviaria, la pandemia de la gripe H1N1 del 2009 y el incendio de la discoteca Cromañón, a pocos metros de nuestro hospital y que nos llevó a la atención de centenares de afectados por meses...

Pero todavía no había vivido lo peor. Una mezcla de emociones y sentimientos, aseveraciones y desconciertos, afloran en este momento a la hora de desgranar palabra a palabra lo que tengo adentro. Podría hacer una crónica describiendo la contribución científica que hemos hecho, la organización lograda, las normativas redactadas, o citar la intensa actividad académica de pregrado o postgrado virtual, o los estudios multicéntricos en curso (en secuelados, genética de la trombosis asociada a COVID-19, prono-consciente, fármacos en investigación...). Pero no, haré unas pinceladas de colores diferentes, como vayan saliendo desde adentro, espontáneamente, sin represión ni autocensura. Una acuarela de colores de la pandemia y ese será el espíritu de estas líneas que intentarán describir visceralmente con la sensibilidad a flor de piel y el corazón, emociones y sentimientos en estos tiempos de nuestro trabajo médico... que no conoce de descanso.

Sigue en página 10

Un poco de violeta... Equipos de salud diezmados y heroicos a la vez, anónimos protagonistas, pacientes que sobrevivieron a la catástrofe sanitaria y luchan por recuperarse física y psicológicamente. Aquéllos que no quieren o no pueden acercarse a nuestro hospital para seguir controlándose de otras patologías crónicas: el daño colateral tan poco reconocido.

Algo de blanco... El primer paciente con COVID-19 entró al hospital catorce días después del primer paciente diagnosticado en el país. a mediados de marzo de 2020. En pocas semanas el hospital fue cerrando salas generales y reconvirtiéndolas en salas COVID-19. Refuncionalizando lugares y personal, un hospital desconocido, sólo dirigido a la contención de la pandemia. Mi sala y nuestros despachos ya no existen más. Nuestro hospital, de estilo francés, con pabellones separados por jardines y calles, muchos de ellos sin oxígeno central, se metamorfoseaba como o nunca lo había visto en mi vida.

Azul... Miguel C. de 41 años, hipertenso, llegó al hospital habiendo internado al papá añoso con ACV y COVID en otro hospital, en mal estado. Se despidió de su esposa por un celular que un médico le prestó antes de ser intubado (el mismo día que su padre falleciera, aunque lo sabría tres meses después). Sufrió tres paros cardíacos, cincuenta y siete días en asistencia respiratoria mecánica. Un día despertó y empezó su nueva vida... Había hablado con una “Luz” en una experiencia mística en su sueño profundo y le había dicho que volvería... Hoy está todavía recuperándose de las múltiples secuelas, valorando la intensidad de cada minuto de la vida, como un buen vino, sorbo a sorbo. Lo sigue atormentando los días (ya consciente) donde veía desfilar las bolsas negras a su alrededor y se preguntaba sino sería el próximo. Incansablemente los equipos de salud, psicólogos, médicos... día a día llamaban a otros familiares de Migueles y dan informes para achicar esa distancia, confortándolos.

Una pincelada de marrón... En esos primeros meses llenos de miedos por lo desconocido nos llenamos de precauciones, algunas, ahora, parecen excesivas en nuestras casas y con nuestros seres queridos; cuando la bioseguridad se estaba construyendo. Angustia por nuestras familias y por nosotros. Mientras, al lado nuestro, compañeros del equipo de salud empezaban a caer. Entrar en esas salas con muchísimas camas, donde el silencio era un yunque que nos asfixiaba y ese olor a muerte nos perseguía.

Mucho rojo... Angela, 83 años, neumonía bilateral, severamente hipoxémica, diabética y obesa. Firmó la declaración de pautas anticipadas de fin de vida. Me dijo: “Doctor ya he vivido demasiado... y bien... No quiero ocupar un respirador que lo necesita alguien más joven que yo y tal vez con hijos...”. Héroes anónimos de esta pandemia.

Un toque de naranja... Lo increíble del vivir, de un hecho terriblemente doloroso, el ser humano siempre construye redes, hechos heroicos, resurge como el ave Fénix. Me pregunto: ¿El dolor es tan malo? ¿Cómo pueden ser provechosos momentos tan tristes? Hemos perdido en este tiempo a familiares, amigos, gente querida... ¿Cómo transformar todo ese dolor en aprendizaje y mejorarnos como sociedad?

Negro... Llegó en el segundo invierno, la segunda ola: brutal, intensa, muy rápidamente, y cambió el perfil de nuestros pacientes. Mucho más jóvenes y con pocas comorbilidades. Y el dolor nos mostró una nueva cara. Una cama de la Unidad de Terapia Intensiva para dos (o más) pacientes, colapso sanitario, sedación paliativa, familias partidas por la partida temprana. ¿Cómo consolar a esos padres, o ver a esos hijos que ni siquiera hablan y ni entienden la dimensión de la tragedia? Quisiera abrazarlos, ese abrazo que tantas veces di y ahora no puedo. El médico en su estado más puro en compasión con el sufriente... Y de vuelta esa distancia.

Sigue en página 11



Aparece el amarillo... Me pesa saber que aún falta mucho camino por recorrer. Recuperar este tiempo perdido en todos aquéllos que no han realizado los exámenes periódicos de salud, en acercar a todos los que abandonaron el seguimiento de sus enfermedades crónicas, aminorar el daño colateral de esta Pandemia. No terminará la pandemia con la vacunación amplia y justa en todos los rincones del planeta, o el testeo metódico para identificar y aislar a los contagiados. Deberemos estar atentos al impacto sociológico y psicológico de nuestros niños, adolescentes y ancianos. Un nuevo mundo se está armando con nuevas modalidades de relación laboral y económica que impactarán en toda la estructura social del planeta y con dimensiones ni siquiera imaginadas. Seguramente habrá mayor desigualdad y la pobreza quedará especialmente para nuestros países de Latinoamérica.

De la última carta que envió Miguel Hernández a su familia el 31 de mayo de 1939 desde la cárcel de Torrijos: “Volveremos a brindar por todo lo que se pierde y se encuentra: la libertad, las cadenas, la alegría y ese cariño oculto que nos arrastra a buscarnos a través de toda la tierra”.

Nos vemos al espejo muy cansados, ojerosos, con arrugas que no estaban, sabiendo que estamos a la puerta de la tercera ola en Argentina con la nueva cepa Delta ya entre nosotros; en un descanso temporario que esta pandemia con sus olas nos tiene acostumbrados.

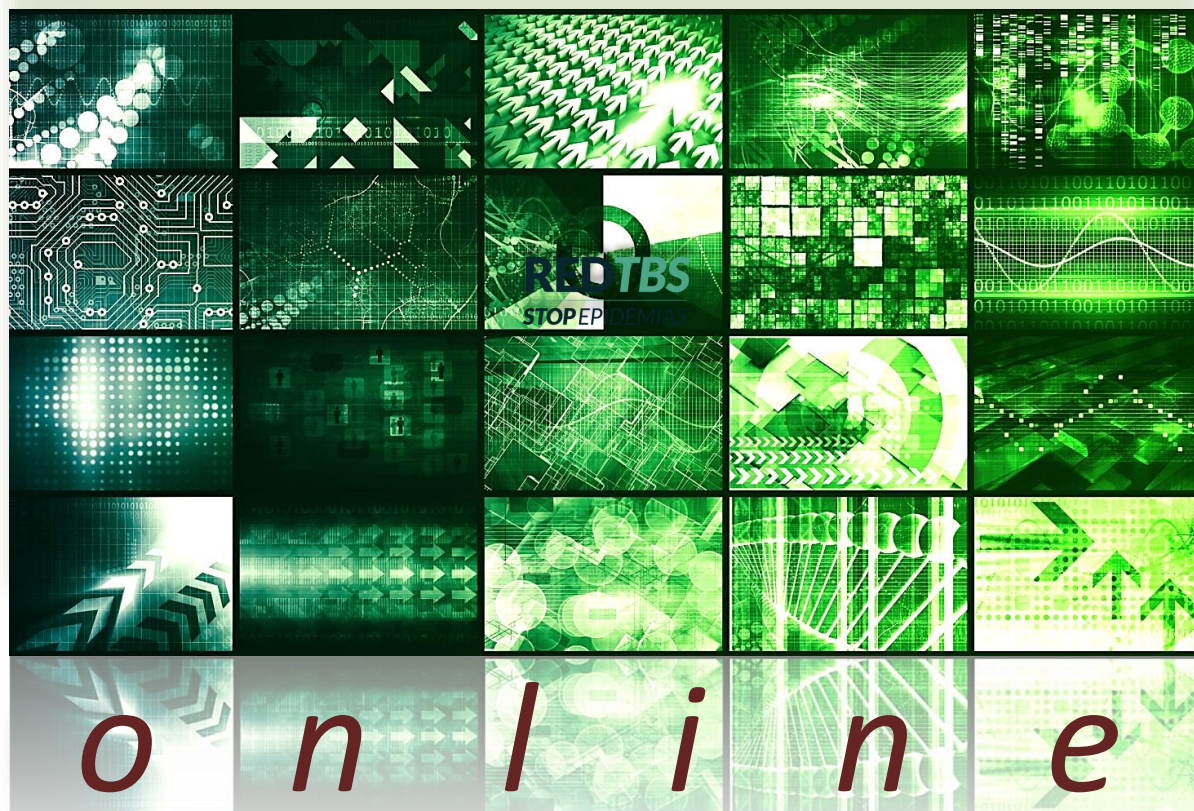
Verde... De repente cierro los ojos y sonrío. Me reencuentro con esa vocación profunda y juvenil de servicio que nos llevó a estudiar medicina hace muchas décadas atrás. Me veo al espejo y reconozco ya no aquel joven, pero sí a aquél qué, en este momento único y trascendente, día a día junto a su gran equipo de trabajo, puede ayudar al padeciente ser humano, tenderle la mano para aliviarlo y más que nunca vivir la vocación en su estado más puro.

Recuerdo dos párrafos del maestro don Ernesto Sábato: “Les pido que nos detengamos a pensar en la grandeza a la que todavía podemos esperar si nos atrevemos a valorar la vida de otra manera. Nos pido ese coraje que nos sitúa en la verdadera dimensión del hombre” (*La resistencia*. Seix Barral, 2000).

“Les propongo, entonces, con la gravedad de las palabras finales de la vida, que nos abracemos en un compromiso... sólo quienes sean capaces de sostener la utopía serán aptos para el combate decisivo, el de recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido” (*Antes del Fin*. Seix Barral, 1998)



JORNADA IBEROAMERICANA *de* ACTUALIZACIÓN COVID-19 Tuberculosis



19, 20 y 21 de octubre de 2021

de 17:00 h. a 19:00 h. (Hora de España)

Inscripciones: redtbsstopepidemias@gmail.com

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
NewsletterRedTBSinforma nº 51 - Memorias de la COVID-19 nº 21
Edición de La Pandemia en las Américas – 17 de julio de 2021
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo
Webs: www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org
Fotografías propias, Depositphotos, Freepik y agencias / ISSN: 2660-7263
Contacto: redtbs@redtbs.org - redtbsstopepidemias@gmail.com

REDTBS
STOPEPIDEMIAS



Efraín Sánchez Angarita

Neumólogo del Centro de Investigación Respiratorio (CIR). Miembro activo de la Sociedad Latinoamericana del Tórax (ALAT). Guayaquil - Ecuador

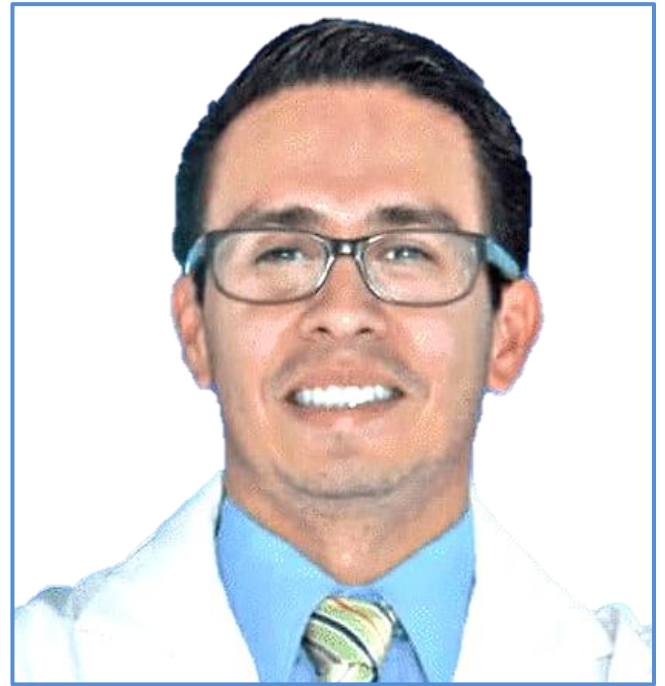
En el 2018, mi esposa Perla y yo, decidimos venir a Ecuador en la búsqueda de oportunidades y una mejor calidad de vida. Somos médicos venezolanos que, desde que salimos de nuestros respectivos postgrados, nos dedicamos a la academia, investigación y la asistencia de pacientes en un contexto social, político y económico cada vez más complicado. Llegamos a Guayaquil, la capital económica del Ecuador, a principios de 2019, ciudad que nos recibió con las puertas abiertas. Ese fue un año duro, de adaptación, de mucha nostalgia y por momentos tristeza. Nuestra resiliencia, el apoyo de nuestros seres queridos y la ilusión de nuestras hijas, nos dieron fuerzas para luchar y poder adaptarnos a una nueva realidad.

2020 nos generaba grandes expectativas y la posibilidad de afianzarnos profesional y familiarmente, sin embargo, en enero ya tocaba la puerta algo que nadie en el mundo imaginaba: la pandemia.

El primer caso detectado de la COVID-19 en el Ecuador fue notificado el 29 de febrero de 2020, a pesar de que en la calle se percibía que había llegado mucho antes, y que para esa fecha ya teníamos transmisión comunitaria del virus. A mediados de marzo el caos ya era generalizado: colapsó el sistema hospitalario, faltaba tanques de oxígeno, pacientes que fallecían en sus casas sin atención médica, combinado con la inacción del Estado... La población se sentía y estaba indefensa, y nosotros lo estábamos más. Sin familiares cercanos, en un país extranjero y con mucha incertidumbre, y miedo. Perla, mi esposa, es nefróloga y tuvo que atender en su centro de trabajo a pacientes con COVID-19. Conectó pacientes a ventilación no invasiva y CPAP. Cambió a la urea, creatinina o el potasio por la saturación, los litros de oxígeno y la gasometría arterial. Como siempre, me mostraba el camino a seguir.

Me preguntaba qué hacer, cómo ayudar a la gente y cómo ayudarnos a nosotros como familia. Decidí salir a ver pacientes en sus casas, encontrándome con situaciones difíciles que me conmovieron. Familias enteras luchando por sus seres queridos enfermos, que no podían internarse por la falta de disponibilidad en los hospitales públicos y privados. Mi labor se centró en administrar el mejor tratamiento posible, ser empático, compasivo y dar acompañamiento, respondiendo mensajes y llamadas a cualquier hora, implementando la telemedicina para la atención de pacientes con síntomas leves o moderados y las visitas domiciliarias a los severos. El mes de abril fue durísimo, casi sin descanso. Mayo fue igual, hasta que decidí parar.

Estuve prácticamente un mes confinado haciendo trabajo a distancia y reflexionando mucho. Me convencí de que no podía controlar lo que pasaba y que tocaba asumir el reto. Desde el punto de vista profesional me enfoqué en mantenerme actualizado, leyendo y evaluando la evidencia científica que nos abrumaba a diario, discutiendo casos clínicos con colegas...



La pandemia: ¿Un reto? ¿Una oportunidad?

Sigue en página 14



Desde el punto de vista personal, junto con mi esposa, nos enfocamos en nuestras hijas: intentar explicarles lo que pasaba, de qué se trataba, explicarles porqué teníamos que ponernos trajes de astronautas, mascarillas y visores. Nuestro deber era explicarles que el mundo había cambiado.

A pesar del pandemónium, del impacto global de la pandemia y de sus consecuencias, me preguntaba a diario sobre cómo afrontar lo que venía, cómo abordar el día después. Estábamos aquí, miembros generación de médicos que nos tocó afrontar lo que nuestros antecesores no vivieron: una pandemia. Entonces, *¿Cómo convertir esto en una oportunidad?* La respuesta la teníamos a la mano: nuestros pacientes. Ellos nos lo decían: mejoraban los síntomas agudos, pero quedaban con dolencias como la fatiga, falta de aire y dolor que les quemaba la espalda, noches en que era imposible dormir, ansiedad, falta de memoria. Definitivamente algo pasaba.

Formado con la convicción de que el trabajo en equipo rinde frutos, decidimos con un grupo de colegas empezar el seguimiento de nuestros pacientes, lo que se tradujo en consultas, pruebas de función pulmonar, tomografías de seguimiento, programas de rehabilitación respiratoria domiciliaria, charlas de Zoom y mucho estudio. Mientras Perla volvía a la insuficiencia renal, yo dejaba a un lado a la EPOC y al asma, mis áreas de interés, por el posCOVID-19. Queríamos aportar algo a la sociedad y estábamos lográndolo. Nuestros pacientes encontraron una mano amiga para aliviar su sufrimiento. Las muestras de agradecimiento nos llenaban de alegría. Fue un gran esfuerzo complementar nuestro trabajo como médicos con la compañía a nuestras hijas en el proceso de educación virtual. Fue otro reto que superamos con la ayuda de personas que padecieron la pandemia y que nos tendieron su mano en estos momentos difíciles. Nuestras hijas disfrutaron del proceso y a medida que la situación se fue haciendo manejable, pudieron salir al parque y divertirse. Lo merecían.

Guayaquil fue el epicentro de la pandemia en América Latina entre el mes de marzo y mayo del 2020. Ya el caos tenía números y cifras: cerca de 15 000 fallecidos en un mes y, a la fecha, un exceso de muertes de más de 60 000 en un año. Vivimos, quizás, las semanas más oscuras que ha tenido esta ciudad en mucho tiempo. Conocimos al guayaquileño en las verdes, donde se conocen verdaderamente a las personas. Afrontamos a la pandemia como un reto y lo convertimos en oportunidad. Ya nos sentimos parte de un país que nos recibió y que en poco tiempo nos ha dado mucho. Toca ahora nuevos retos derivados de la pandemia: conformar un equipo multidisciplinario para la atención del paciente COVID y posCOVID-19, reposicionar la rehabilitación respiratoria como parte del tratamiento de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y participar en actividades de educación continuada dirigido a estudiantes de medicina, médicos generales y especialistas.

Esta es nuestra experiencia como médicos e inmigrantes en tiempos de la COVID-19, parecida a muchos de nuestros compañeros y amigos que están en todas partes del mundo como parte de la primera línea ante la pandemia. La pandemia cambió al mundo y nos cambió como personas. Debemos aprender de lo que nos ha pasado y ser mejores cada día.



Carlos Rodríguez Taveras

**Jefe del Servicio de Infectología
del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
Santo Domingo - República Dominicana**



En la historia del mundo por primera vez se vive una epidemia a tiempo real, una época donde varias veces al día los medios de comunicación y las redes sociales interpersonales de forma instantánea, cruzan información en todo el planeta sobre un virus nuevo que representa un gran desafío para la ciencia y por tanto se le ha imposibilitado predecir la evolución, encontrar una cura o una vacuna 100% efectiva que ponga fin a esta catástrofe.

En definitiva, es evidente que el uso de Internet trae consigo grandes beneficios implícitos como es la democratización de la información y compartir el conocimiento, pero también los canales digitales han acelerado la propagación de desinformación y mitos entre los ciudadanos que en el caso de la información sanitaria puede afectar negativamente la población y ocasionar problemas serios a la salud pública. En tanto la gente sigue hablando del virus como el culpable, sin haber aprendido que nuestra respuesta ante el SARS-CoV-2, quizás sea la mejor forma de poderlo controlar.

P a n d e m i a

Las más vulnerables de sufrir la desinformación son aquellas personas con baja alfabetización digital en salud que pueden ser incapaces de procesar y valorar críticamente la información y por tanto acabarán difundiendo en su entorno digital noticias sin ningún rigor científico, ya sea por falta de conocimiento, capacidad crítica o por falta de herramientas para comprobar la veracidad de estas o simplemente por acaparar la atención.

El papel que tenemos como médicos no se debe subestimar y como trabajadores de la salud nos toca educar a la población con el ejemplo y ser los primeros en acatar las medidas de prevención y encabezar la fila para vacunarnos, pues se ha demostrado con evidencia contundente que las vacunas son seguras y eficaces y el desarrollo de estas es una muestra de lo que la humanidad puede hacer cuando trabaja unida para un bien común.

El impacto negativo del forzoso aislamiento por la pandemia de la COVID-19 para enlentecer la avalancha de contagios en el tiempo ha ido dejando sus huellas en nosotros y nuestras familias, pues pasa el tiempo y el virus continúa circulando en el mundo independientemente de las apresuradas campañas de vacunación con el objetivo estratégico de eliminar realmente el agente del planeta. A pesar de todos los estudios buscando el desarrollo de tratamiento eficaz que logre la ciencia producir, lo cual es posible, pero hasta no tenerlo nos aterra el no saber que pasara en los días venideros, pues recordemos que hay enfermedades infecciosas que se resisten a dejarnos a pesar de tremendos esfuerzos científicos mundiales, como los son el VIH-sida, el dengue, la malaria, y la tuberculosis, entre otras patologías que continúan azotando gran parte de la población, principalmente en los países con menos recursos y débiles sistemas de salud como el nuestro, que acaban por desatender el resto de las enfermedades y mantener el control de las conocidas inmunoprevenibles.

Sigue en página 16

En febrero me pareció ver la luz al final del túnel con la llegada de las primeras vacunas al país, y que levantó las esperanzas de que eventualmente se frenaría o detendría la propagación de la enfermedad. Pero estas por sí solas no son suficientes y si las precauciones como trabajar de forma remota, limitar los viajes y usar máscaras se relajan demasiado pronto, podría significar más infecciones y muertes, ya que cada día surgen nuevas variantes del SARS-CoV-2, y algunas de las más contagiosas ponen en jaque la efectividad de algunas de las vacunas que se han estado administrando.

Como infectólogo me preocupa el hecho de que se empieza a evidenciar que a medida que pasa el tiempo y avanza la pandemia se visualiza una segunda pandemia más lenta pero peligrosa con el aumento de la resistencia bacteriana, que desde antes ya era una crisis por sí sola, pues a pesar de que la COVID-19 es una enfermedad viral y teóricamente no tendría relación directa con los antibióticos, lo que vemos en la práctica es una proporción muy alta de pacientes tratados con antibióticos de amplio espectro para curar o prevenir infecciones respiratorias secundarias por el uso de inmunosupresores durante la hospitalización.

Como sabemos la mayoría de los países están viendo rebrotes y la Republica Dominicana no es la excepción. Sin embargo, hay una lucha entre querer mantener la economía en funcionamiento y por otro lado tener controlada la situación epidemiológica, de ahí es que surgen las esperadas oleadas que afectan principalmente determinadas regiones del territorio nacional. Esta situación en menor y mayor escala está relacionada con la apertura a la cotidianidad de los ciudadanos, pero que de manera inconsciente van tirando por la borda las medidas de prevención recomendadas y que por lo visto nos acompañaran por mucho tiempo.

Por igual esta elevación en los contagios y hospitalización es consecuencia inevitable de los desplazamientos, aumento en actividades que implican intercambio de población, afluencia de extranjeros como turistas, mercaderes, trabajadores o simple ciudadanos que han añorado la caída de un muro imaginario que los mantenía confinados sin pensar en la preservación de la vida y como si se tratara de un juego que no está ligado a nivel educativo ni económico, pues esta conducta es igual en todos los rincones del país.

Los brotes actuales afectan a todas las edades y aunque hemos ido aprendiendo en el camino y avanzamos en el manejo con una baja letalidad, cerca de 1.2 %, una sobrevida mucho mayor que cuando la COVID-19 inicio e hizo grandes estragos entre la población más vulnerable, sobre todo los adultos mayores y los afectados por enfermedades crónicas. Claro que esto no concede una patente para festinar los esfuerzos de las autoridades y trabajadores de la salud que día a día seguimos al pie del cañón a pesar del gran cansancio y la impotencia que da ver la conducta de la colectividad, resultando en una desafortunada abrupta ola de contagios.

Como médico entiendo que los efectos del confinamiento prolongado son devastadores en la economía y peor aún en la salud mental de las personas, pues como seres humanos somos sociales y precisamos la estimulación derivada del contacto con nuestros congéneres, fácilmente reconocible en los niños, a los que el aislamiento perjudica el desarrollo psicomotor y cognitivo, pero también en nuestros ancianos, en los que la ausencia de estimulación acelera el deterioro como un daño irreparable.

Albergamos la esperanza de que toda esta vivencia quede atrás como una pesadilla, a sabiendas que en los años posteriores nada será como antes, no importa si se vive en una gran ciudad o en un pequeño poblado, quedará positivamente el recuerdo constante de la convivencia en un marco fundamentado en el lavado frecuente de manos, manteniendo el protocolo respiratorio, el uso de mascarilla y un cierto

Sigue en página 17



cierto distanciamiento social por el riesgo permanente de algún contagio, que de paso han contribuido con la reducción de otras enfermedades respiratorias como la gripe. Sin embargo, para los profesionales de la salud, de forma marcada nos tendremos que mantener preparados para las futuras pandemias que seguirán apareciendo según las previsiones de algunos expertos y aunque es difícil no perder la fe, todos debemos poner nuestro granito de arena y adaptarnos a las distintas situaciones.

A pesar de las dolorosas defunciones, iremos superando poco a poco la embestida peligrosa de esta nueva enfermedad, pero la vida no será la misma por muchos años, mientras tanto, la duración y la amplitud de los efectos del coronavirus se vuelven más claras y es que se tendrán que reconsiderar los aspectos cotidianos de la vida, desde los viajes hasta los eventos que involucran intercambio entre humanos como lo son nuestras acostumbradas reuniones científicas, hoy solo posibles de forma virtual.

Y de tanto encontrarnos en línea por miedo a los contagios, entre amor y odio, los dispositivos electrónicos se han hecho parte del trabajo y de nuestra vida al ubicarnos cerca y lejos de nuestros familiares y amigos. Pero en verdad ha sido duro a nivel físico y emocional, porque después de soportar los días con equipos de protección dentro del drama desgarrador de personas sufriendo, solas, con miedo a la muerte, aferrados solo a su fe en Dios... el llegar a casa, abrazar a mi nonagenaria madre y saboreando un rico “almuerzo-cena”, refrescar vivencias pasadas y reírme con otras tantas del presente, o en ocasiones poder hacer una caminata de diez kilómetros en el parque... Son las golosinas para mi alma que mantienen viva la razón de seguir de pie en medio de esta pandemia.

REPÚBLICA DOMINICANA





Noticias frescas

LOS SISTEMAS SANITARIOS de la UNIÓN EUROPEA 2019

Los modelos de los sistemas sanitarios de los 27 países de la Unión Europea son indicadores muy relevantes para la población, su estado de salud, los hábitos de vida, los recursos humanos, la utilización de los servicios, las actividades preventivas y la atención a los problemas de salud, la calidad de los cuidados y el gasto.

Servicio Nacional de Salud (modelo Beveridge) • Financiación predominante a través de impuestos • Acceso universal • La atención está basada en el médico de atención primaria que controla la derivación a los especialistas • Médicos remunerados por salario/capitación • Control gubernamental • Existencia de cierto sector privado • Implicación del Estado en la gestión • Existencia de copagos.

País	% Población con cobertura sanitaria financiada con fondos públicos	Fuente de financiación predominante del gasto sanitario público	Miembro de la Unión Europea desde	Población (millones)
Chipre	83.0	Impuestos	1 de mayo de 2004	0.8
Dinamarca	100.0	Impuestos	1 de enero de 1973	5.7
España	100.0 población con residencia legal	Impuestos	1 de enero de 1986	46.4
Finlandia	100.0	Impuestos	1 de enero de 1995	5.5
Irlanda	100.0	Impuestos	1 de enero de 1973	4.7
Italia	100.0	Impuestos	1 de enero de 1958	60.7
Letonia	100.0	Impuestos	1 de mayo de 2004	2.0
Malta	100.0	Impuestos	1 de mayo de 2004	0.4
Portugal	100.0	Impuestos	1 de enero de 1986	10.3
Reino Unido	100.0	Impuestos	1 de enero de 1973*	65.4
Suecia	100.0	Impuestos	1 de enero de 1995	9.9

Sistema de Seguros Sociales (modelo Bismarck) • Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos • Los recursos financieros van a parar a los "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos • Los "fondos" contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto • Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios.

País	% Población con cobertura sanitaria financiada con fondos públicos	Fuente de financiación predominante del gasto sanitario público	Miembro de la Unión Europea desde	Población (millones)
Alemania	89.2	Seguro social	1 de enero de 1958	82.2
Austria	99.9	Seguro social	1 de enero de 1995	8.7
Bélgica	99.0	Seguro social	1 de enero de 1958	11.3
Bulgaria	88.2	Seguro social	1 de enero de 2007	7.2
Croacia	100.0	Seguro social	1 de julio de 2013	4.2
Eslovaquia	93.8	Seguro social	1 de mayo de 2004	5.4
Eslovenia	100.0	Seguro social	1 de mayo de 2004	2.1
Estonia	94.0	Seguro social	1 de mayo de 2004	1.3
Francia	99.9	Seguro social	1 de enero de 1958	66.8
Grecia	86.0	Seguro social	1 de enero de 1981	10.8
Hungría	95.0	Seguro social	1 de mayo de 2004	9.8
Lituania	100.0	Seguro social	1 de mayo de 2004	2.9
Luxemburgo	95.2	Seguro social	1 de enero de 1958	0.6
Países Bajos	99.9	Seguro social	1 de enero de 1958	17.0
Polonia	91.0	Seguro social	1 de mayo de 2004	38.0
Rep. Checa	100.0	Seguro social	1 de mayo de 2004	10.6
Rumanía	86.0	Seguro social	1 de enero de 2007	19.8

Todos los indicadores 



Héctor Javier Sánchez Pérez

**Investigador Titular de El Colegio
de la Frontera Sur. Secretario Técnico del
Observatorio Social de Tuberculosis de México.
San Cristóbal de las Casas – Chiapas – México**



Pensar en la TB en tiempos de la COVID-19

¿Cómo podemos sensibilizar y hacer conciencia entre la población de que la Tuberculosis (TB) aún existe, que sigue ocasionando que mucha gente enferme y desafortunadamente muera? En México, cada día fallecen seis personas en promedio a causa de la TB, cuando en teoría se tienen las herramientas para su prevención, diagnóstico temprano y curación.

Si en condiciones “normales” la tuberculosis pasa un tanto desapercibida entre la población, en la que es común escuchar expresiones como: “Yo pensé que ya no había” y, “¿Cómo, aún existe?”, con la pandemia de la COVID-19, la TB ha quedado más invisibilizada, lo que puede influir para que la TB no se llegue a plantear como una posibilidad de afección y que, por ende, no se le considere como un problema de salud

que debe atenderse y, en dado caso, sí se hace, suele ser en estados avanzados de la enfermedad.

En el ámbito de los servicios de salud también es frecuente esta situación. En México aún hay profesionistas sanitarios que no toman en cuenta la posibilidad de que una persona pueda padecer TB, y, menos aún se piensa en tuberculosis cuando es extrapulmonar.

En nuestro país, en el año 2014 surgió el movimiento “#YoSoyMédico17” a raíz de la orden de aprehensión de 16 integrantes del personal de salud de un hospital del estado de Jalisco. El motivo fue que el 15 de enero de 2010 falleció un adolescente de 15 años, después de haber sido atendido tras presentar una posible crisis asmática. En ese entonces se sospechó que el joven podía tener influenza A-H1N1 (México fue el primer país en reportar casos de esta enfermedad en marzo de 2009). Le fueron realizadas varias pruebas para descartar el virus de la influenza y le fueron prácticas siete laparotomías exploratorias y, después de casi dos meses de hospitalización, murió. En el certificado médico del hospital se asentó como causa de muerte “sepsis intestinal” sin determinar su etiología, por lo que el padre solicitó una autopsia externa que determinó como causa de defunción: tuberculosis intestinal. De acuerdo con los datos disponibles, parece ser que, lamentablemente, que durante los diversos procesos diagnósticos que le fueron realizados, en ningún momento se pensó en tuberculosis.

Recientemente, en un evento realizado en el marco del Día Mundial de lucha contra la Tuberculosis, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el pasado 24 de marzo, Pilar G, de 21 años, nos compartió su experiencia de haber tenido TB cutánea facial, para cuyo diagnóstico transcurrió más de año y medio, después de haber consultado varios médicos sin recibir un diagnóstico certero, hasta que un oftalmólogo le sugirió que se realizara una biopsia:

“Yo ya venía bastante mal porque veía que mi rostro cambiaba constantemente, se lastimaba... Yo como mujer, nosotras las mujeres, somos un poquito vanidosas, nos queremos ver bien siempre y yo veía que en vez de que mis heridas cerraran, cada vez se hacían un poco más grandes, entonces yo me sentía desesperada, lloraba y no sabía que me pasaba. Yo pensé que me iba a quedar así o que realmente mi rostro se me iba a deformar...”.

Sigue en página 20



Con la aparición de la pandemia de la COVID-19, los indicadores epidemiológicos de búsqueda y detección de casos de TB apuntan a que la situación antes narrada se ha incrementado. Es decir, la posibilidad de que tanto la gente, como el personal de salud, no tengan en cuenta a la TB como posible afección; es mayor a lo que sucedía en condiciones de la “anterior normalidad”. Esto ha sido debido a que, entre otras razones, la población tiene temor de contagiarse de la COVID-19 en establecimientos de salud, por lo que acude menos. Ante cualquier anomalía que perciba en su estado de salud, es posible que inicialmente piense en el coronavirus y una vez descartada dicha posibilidad asuma cierto grado de tranquilidad y no busque pronta atención. Si antes de la pandemia era común que las personas se atendieran de forma tardía de la TB, en estos tiempos de pandemia lo es aún más y que, en términos generales, la población acude mucho menos a los servicios de salud.

Por otra parte, en el sector salud, para la atención de la COVID-19 se ha reasignado gran cantidad de personal, así como recursos físicos, tecnológicos y financieros, descuidando en no pocos casos otros padecimientos de significativa importancia, tal como es el caso de la TB, la cual sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública como lo demuestra el hecho de que, al menos, cada año aparecen en el mundo más de 10 millones de casos nuevos, de los que solo se notifican aproximadamente el 70 %. Esta situación se complica aún más al considerar las bajas -temporales o definitivas- de personal de salud en riesgo o afectada por la COVID-19.

Cada vez aparecen más evidencias de que el SARS-CoV-2 ha ocasionado que se diagnostique una cantidad significativamente menor de casos nuevos de TB (alrededor de un 30-60% en algunas regiones), así como de que haya habido una reducción en el seguimiento de casos y de la búsqueda de contactos, con lo que la cadena de transmisión continúa, ocasionando que, aunque no hablemos de ella, la TB siga ahí presente, infectando, enfermando y, silenciosamente, ocasionando la muerte de muchas personas.

Si bien varios programas nacionales de TB han promovido distintas alternativas para contrarrestar la situación, como es la entrega de medicamentos, y la realización de videollamadas y de mensajes por *WhatsApp* para el seguimiento de casos en zonas rurales marginadas y urbanas periféricas. Este tipo de servicios suele fallar por la escasa cobertura de internet o de la telefonía satelital, con lo que se afecta el seguimiento de la toma de medicamentos (que provoca abandono al tratamiento y/o resistencia a los fármacos utilizados) y la atención de posibles reacciones adversas al tratamiento.

En México, al igual que en otros siete países de América Latina: El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Haití, Perú, Colombia y Bolivia, se han creado -o están en creación- Observatorios Sociales de Tuberculosis. Entre las principales aportaciones de estos observatorios deberían figurar:

- ✚ Promover la participación y coordinación de las poblaciones con los programas nacionales de TB (dentro de la denominada estrategia “Engage TB” de la Organización Mundial de La Salud).
- ✚ Sensibilizar y concientizar a la población (personal sanitario y sociedad civil) en que, además de la COVID-19, la TB también es una pandemia que aún existe y que sigue ocasionando muchos daños físicos, sociales, económicos y de pérdida de vidas entre la población, principalmente en aquella que se encuentra en mayores condiciones de vulnerabilidad, es decir, impulsar de manera significativa, pensar en TB.





Noticias frescas

Iberoamérica es una definición formada a partir de las palabras *Iberia* y *América* y con la que se define un conjunto de territorios de América donde se hablan lenguas iberorromances. Iberoamérica es una de las regiones con características lingüísticas más grandes del mundo y que mantiene una afinidad cultural histórica muy cohesionada.

País	Población (2019)
 Brasil	211 460 000
 México	132 650 000
 Colombia	50 693 000
 España	46 791 000
 Argentina	44 723 000
 Perú	31 100 000
 Venezuela	28 830 000
 Chile	18 885 000
 Guatemala	17 545 000
 Ecuador	17 170 000
 Bolivia	11 390 000
 Cuba	11 212 000
 República Dominicana	10 315 000
 Portugal	10 252 000
 Honduras	9 087 000
 Paraguay	7 104 000
 El Salvador	6 675 000
 Nicaragua	6 296 000
 Costa Rica	5 032 000
 Panamá	4 190 000
 Uruguay	3 912 000
 Puerto Rico	3 270 000
 Andorra	72 000
Total	683 184 000

La Comunidad Iberoamericana hace una referencia clara al espacio bicontinental americano y europeo de países de lenguas española y portuguesa. Una acepción igualmente aceptada y de corte similar es *panibérico*, con un significado similar al que la *francofonía* tiene para la comunidad de países de lengua y cultura francesa.

PAÍSES de IBEROAMÉRICA

Su expresión parte de una vertiente geocultural. La RAE define a Iberoamérica como un lugar: “Conjunto de países americanos que formaron parte del virreinato de España y Portugal”. El *Diccionario panhispánico* puntualiza: “Iberoamérica es la región integrada por las naciones que pertenecieron a los virreinos ibéricos.



Iberoamérica se refiere solo a una parte de la región, sin embargo, al definir el gentilicio *iberoamericano* se señala que se incluye lo que se asocia a España y Portugal con el fin de expresar una comunidad cultural con vínculos afectivos e históricos. En el plano político, es una definición que propone cercanía como pueblos hermanos. Hay otra definición más: *Iberolatinoamérica*, como caracteriza el profesor Lorenzo Fernández Fau a este vínculo de carácter integrador.



El término Iberoamérica no debe confundirse con el término *Hispanoamérica* y/o *Latinoamérica*, que solo se refieren a los países de lengua española en América. No obstante, la palabra Latinoamérica es más amplia y engloba a los países de lenguas latinas o de origen latino de toda América; excepto lugares de raíces latinas como son, por ejemplo: California o el Quebec.

El término *panamericanismo* que ha sido atribuido a los anglosajones y promovido por los Estados Unidos.



El idioma predominante es la lengua española que define la singularidad de Iberoamérica. Sin embargo, además del castellano existen territorios con una multifacética variedad de lenguas y algunas están reconocidas oficialmente. Las más importantes son:

- ✚ Aimara (Argentina, Bolivia, Chile y Perú)
- ✚ Guaraní (Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay)
- ✚ Lenguas Mayas (Belize, Guatemala, Honduras y México)
- ✚ Mapudungún (Argentina y Chile)
- ✚ Náhuatl (El Salvador, Guatemala y México)
- ✚ Quechua (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú)
- ✚ Rapanui (Chile)
- ✚ Catalán (España, Andorra, Alguer en Cerdeña)
- ✚ Gallego (España)
- ✚ Euskera (España)
- ✚ Garífuna (Honduras)

CONSEJO EDITORIAL



EDITORES

Julio Ancochea Bermúdez es Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa y profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid. Es presidente de ASOMEGA y del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.



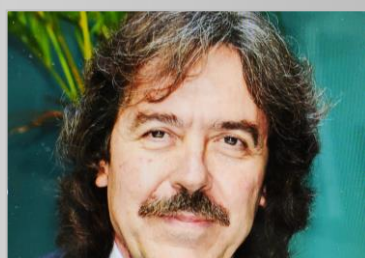
Mario Braier está especializado en periodismo sanitario. Director de la Agencia infomedpress realizó numerosas campañas de prevención en salud para diferentes Sociedades Científicas. Es coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias

ASESORES



Francisco García Río es Jefe de la Sección de Neumología del Hospital Universitario La Paz y profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Es jefe de grupo de investigación del IdiPAZ y del CIBER de Enfermedades respiratorias, y presidente electo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Carmen Martín Muñoz es Directora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. MBA por el Instituto de Empresa de Madrid y cursos de especialización en gestión clínica y sanitaria. Ha desarrollado su trayectoria profesional tanto en la Administración Sanitaria Pública como Entidades Sanitarias Privadas.



José Antonio Caminero Luna es neumólogo en el Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín, y profesor titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Comité Luz Verde de la Organización Mundial de la Salud y Responsable de la Unidad de Tuberculosis Multi-Resistente de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (*The Union*).

Juana Samper Ospina es periodista, escritora y corresponsal del periódico colombiano *El Tiempo* en España. Es docente e imparte clases de escritura y además es guionista de series y comedias de televisión. También ha colaborado con artículos en numerosos medios de comunicación iberoamericanos.



Sigue en página 23

CONSEJO EDITORIAL



Joan Artur Caylà Buqueras es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, y presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Investigador principal de diversos proyectos sobre TB, VIH / SIDA, hepatitis... Fue Jefe del Servicio de Epidemiología Agència de Salut Pública de Barcelona e impulsor de la UITB.

Eva García Perea es Diplomada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid, y Doctora Cum Laude, por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Representante de la Comisión Interterritorial de la Conferencia de Decanos de Enfermería y Representante de Universidades Públicas y Privadas del movimiento *Nursing Now*. Es directora y profesora del Grado y Posgrado del departamento de Enfermería de la UAM.



Joan B. Soriano es Doctor en Epidemiología, Salud Pública y Metodología de la Investigación de la UAB y epidemiólogo en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. *Master of Science* en la Universidad Erasmus, Rotterdam. Estancia postdoctoral en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins. Editor asociado de *European Respiratory Journal* y *Lancet Respiratory Medicine*. *Senior Consultant COVID-19 Clinical Management Team, Health Emergency Programme, OMS, Ginebra*.

Lorenzo Fernández Fau fue jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de la Princesa; presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; cofundador de Integración Ibero-latinoamericana en Neumología y Cirugía Torácica. Y es Miembro de honor de las Sociedades de Neumología y Cirugía Torácica de Argentina; y la Confederación Centroamericana del Caribe, Perú, Bolivia y Venezuela.



Francisco Javier García Pérez es médico adjunto y responsable de la Unidad de Tuberculosis del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. Presidente de NeumoMadrid. Fue el coordinador del Área de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Realiza giras por España con la campaña Cinefórum Solidario de la Red TBS-Stop Epidemias, de la que es su secretario general.

Anna Borau Miñarro es Licenciada en Ciencias de la Información por la Universidad Autónoma de Barcelona. Como periodista está especializada en el ámbito sociosanitario y es Responsable de la Comunicación de la Red TBS-Stop Epidemias desde el inicio de esta campaña de prevención.



Memorias de la COVID-19

21

La Pandemia en las Américas



Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
NewsletterRedTBSinforma nº 51 - Memorias de la COVID-19 nº 21
Edición de La Pandemia en las Américas - 17 de julio de 2021

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cantabria de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Il·lenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias – Acta Sanitaria – Centro de Atención de Adicciones La Latina – Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo Cruz Roja Española – Centro de Acogida para Inmigrantes San Blas – Departament de Justícia Generalitat de Catalunya – Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) - Organización Médica Colegial (OMC) – El Global – Editorial Saned Revista El Médico – Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española – Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER) – Fundación SEMG Solidaria Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (FUITB) – Gaceta Médica – Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) – Ibsen Comunicación - infomedpress – IF Fundación Teófilo Hernando – Luzan 5 – Médicos del Mundo Illes Balears NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping – Publitas Digital – IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) – SEMERGEN Solidaria – Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) – Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa - Be Neumo, Be You – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) – Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) - SEPAR Solidaria – Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) - Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias - Ministerio del Interior – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona Unidad Editorial - Diario Médico Correo Farmacéutico – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



Consejo Institucional

Dr. Tomás Cobo Castro
Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz
Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma
Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Consejeros

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Dra. Pilar de Lucas Ramos
Dr. Benjamín Abarca Buján
Dra. Inmaculada Alfageme Michavila
Dr. Serafín Romero Agüit

Comité Técnico

D. Mario Braier, coordinación general - D.ª Anna Borau, comunicación - D.ª Amina Baar-Baarenfels, RR.PP.

Comité Científico

Dr. Julio Ancochea Bermúdez, presidente
Dr. José Manuel Solla Camino, vicepresidente
Dr. Javier García Pérez, secretario general

Vocales

Dr. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
D.ª M.ª Teresa de Miguel Tarancón
D.ª Noelia Martín-Buitrago López-Carpeño