

No hace la diferencia en mí

No me importa si viviré o no en Ucrania
o si alguien pensará en mí
en medio de la nieve y la lluvia extranjeras.
No hace la diferencia en mí.

En la esclavitud crecí en medio de extraños
sin ser arrastrado por ningún pariente mío.
En la esclavitud ahora moriré
y desapareceré sin ninguna señal.

No dejaré el menor rastro
sobre nuestra gloriosa Ucrania,
nuestra tierra, pero no como es la nuestra.
Ningún padre le recordará a su hijo
ni le dirá: "Repite una oración,
una oración por nuestra Ucrania".
La torturaron en su guarida.

No me importa
si ese hijo dice una oración o no.
Para mí es una gran diferencia que
la gente y los hombres malvados
ataquen nuestra Ucrania, una vez tan libre,
y la roben y saqueen a voluntad.
Eso hace una gran diferencia en mí.

Taras Shevchenko

Poeta, pintor y humanista ucraniano
1814-1861

SUMARIO

Editorial: ¡Alerta!	3
Libro Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas	4
COVID-19 ¿Qué hemos aprendido?	5
Lorenzo Fernández Fau	
Profesor de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid. Exalcalde de El Escorial. Expresidente de SEPAR	
Libro Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas	8
Reflexiones desde una escuela de Enfermería	9
Marta Mas Espejo	
Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española, adscrita a la UAM	
La impresionante sexta onda epidémica	11
Joan Artur Caylà Buqueras	
Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona	
Libro Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas	14
Residencias, paliativos y pandemia	15
José Carlos Bermejo	
Director del Centro de Humanización de la Salud San Camilo	
COVID-19 en la institución penitenciaria	17
Luis Carlos Antón Herrera	
Director del Centro Penitenciario Madrid V Soto del Real	
Libro Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas	18
Bájenle la música	19
Daniel Samper Pizano	
Periodista y escritor Colombia	
Noticias de la Red TBS-Stop Epidemias	20
Consejo Editorial	22
Entidades de la Red TBS-Stop Epidemias	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



¡ALERTA!

Según la RAE, *epidemia* proviene del griego y tras su posterior expresión en latín significa “estancia en una población”. La define como “enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país acometiendo a un gran número de personas”. También como un “mal o daño que se expande de forma intensa o indiscriminada”. Respecto a *pandemia*, dice que también proviene del griego pasando al francés y que significa que “afecta al conjunto de la población” y es una “enfermedad epidémica que se extiende por muchos países y ataca a los individuos de una localidad o región”. Si seguimos con este criterio sumatorio podemos decir que la invasión de Ucrania es un conflicto local que se puede extender y afectar al conjunto de la población mundial. Y esto lo percibimos como cercano porque sucede en el portal de nuestras casas, en la vieja Europa.

Actualmente en el mundo hay más guerras con iguales o diferentes contextos: Siria, Yemen, Sudán, República Centroafricana, Nigeria, República Democrática del Congo, Afganistán, Pakistán, Irak, Etiopía, Palestina... al igual que hay múltiples epidemias: tuberculosis, malaria, dengue, cólera, VIH/sida... y brotes como el sarampión, ébola, encefalopatía multiforme, SARS, zoonosis... Y una de las más radicales que es la desnutrición y mortalidad infantil; baste consultar los informes de la Cruz Roja, Cáritas o fundaciones como la de Bill Gates.

Sin duda que el siglo XXI no va bien y ser optimista es cuando menos, difícil: inundaciones, tsunamis, volcanes, sequías, coronavirus... un cambio de paradigma en nuestra visión cultural de la vida que deja de ser local para convertirse en global. Cambios constantes que no nos dejan vivir en paz y ahora con la guerra en Ucrania cambia también nuestro paradigma militar: antes la OTAN nos parecía militarista y hoy parece ser una fuerza inevitable producto de nuestras necesidades defensivas como Unión Europea.

Al decir de una famosa canción: “Cambia lo superficial / Cambia también lo profundo / Cambia el modo de pensar / Cambia todo en este mundo”. Y es que el cambio lo tenemos ya aquí y ni siquiera hemos hablado de los gases de efecto invernadero y el cambio climático. Ante esta perspectiva, los preconceptos resultan rápidamente perecederos y las posturas irrelevantes como puede ser un radical antivacunas o patrocinador del libre albedrío sectario, hoy quedan fuera de lugar ninguneadas por cuestiones tan imposibles de controlar como lo es la guerra en Ucrania. Hablar de mascarillas en ese país queda fuera de lugar porque lo que está en riesgo es salvar la vida cuando bombardean tu barrio; en todo caso la demanda será de máscaras antigás.

La buena noticia es que, entre el distanciamiento, las mascarillas, la higiene y las vacunas hemos (parece) empezado a controlar el coronavirus y, valga el ejemplo, de que entre nuestra población el cumplimiento de las normas sanitarias ha sido casi ejemplar. Además, el valor y sacrificio de nuestro colectivo sanitario son guía del buen hacer y de la dignidad profesional.

¿Cabe la esperanza? Claro, por ello vivimos y seguimos adelante y cada vez debería ser con mayor prédica y promoviendo los principios de solidaridad y progreso que han permitido a la civilización tantos logros memorables. Es paradigmático el cambio producido por la pandemia y ahora por la inesperada invasión de Ucrania, pareciera que se confirma que en este mundo es posible que se actúe y se tomen decisiones exclusivamente políticas y no todo dependa del mercado. *Sanidad Global*, de esto nos vamos a ocupar en todas las ediciones de la revista durante este inquietante 2022, cuando la salud ya no es sólo una cuestión local, sino que, en esta aldea planetaria de casi ocho mil millones de personas, la salud universal es una cuestión de supervivencia.

Recién editado



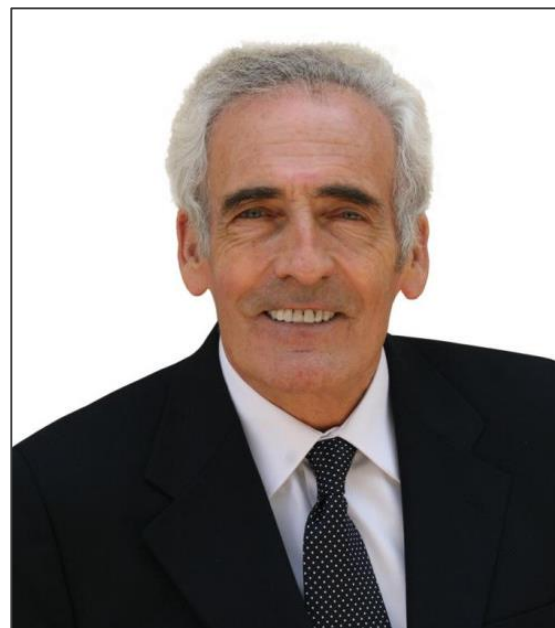
Escriben

Adolfo Pérez Esquivel - Julio Ancochea - Mario Braier - Norma Lucrecia Ramírez de Castellanos - Eric Burguera-Couce - Reynaldo Chandler - Silvia Arias Careaga - José Rogelio Pérez Padilla - Carolina Zweig - Cristian S. Aroche - Suyapa María Sosa Ferrari - Gur Levy - Ana S. Ramírez García-Luna - Óscar Andrés Cruz Martínez - Mauro Zamboni - José Antonio Caminero Luna - Daniel Samper Pizano - Jeanne Gambucci - Andrés L. Echazarreta - Denisse Arakaki-Sánchez - Fernanda Dockhorn Costa Johansen - Tieni Arakawa - Joan B. Soriano - Tomás Cobo Castro - Willy Morose - Natalia Gras - Mark Cohen Todd - Juana Samper Ospina - Joan Artur Caylà Buqueras - Javier Senent García - Walter Mattarucco - Dolores Moreno - David Cerdio Domínguez - Sonia M. Ramírez Pérez - Lorenzo Fernández Fau - María Carmen Sellán Soto - Laura Noemí Chavarría de Cocar - Mirliana Ramírez-Pereira - Isabel Álvarez Solorza - Constanza Jacques Aviñó - Ana María López - Luis Adrián Rendón Pérez - Ruth Medina - Ivone Evangelista Cabral - Iván Cherrez Ojeda - Javier García Pérez - Martin Sívori - Efraín Sánchez Angarita - Carlos Rodríguez Taveras - Héctor Javier Sánchez Pérez - Johana Botero Giraldo - Jorgelina Lezaun - Jean de Melo Silva - M^a Victorina López Varela - José Carlos Bermejo - Francisco Eduardo Marcos - Yolanda E. Rodríguez de Guzmán - Cristina Gordillo Marroquín - Rafael Camero del Vecchio - Jesús Aguilar Santamaría - Miguel Carrero López - Juliana Beltrán Sierra - Ezequiel Consiglio - Joan Pau Millet i Vilanova - Héctor Javier Sánchez Pérez - Jaime Argueta - Andrea Rizzi

Lorenzo Fernández Fau

Profesor de Cirugía de la UAM.

Excalcalde de El Escorial. Expresidente de la SEPAR



COVID-19 ¿Qué hemos aprendido?

Estimo que, por los epígrafes que encabezan la presente publicación, los editores de esta pretenden recopilar las enseñanzas que la pandemia ha deparado entre aquellos que, a nivel global, se han enfrentado activamente a su control. Debo manifestar que, por mi edad, estoy apartado desde hace varios años de la práctica asistencial, aunque ello no quiera decir que no esté al tanto, y no me preocupen, los acontecimientos que afectan a la salud y las consecuencias sanitarias y sociales que tales hechos pueden deparar.

En ese contexto, y para no involucrar a otros en lo que pienso en relación con la pandemia, seguramente sería más oportuno decir qué he aprendido de la tragedia sanitaria que viene fustigando desde hace más de dos años a la población mundial.

El padre del relativismo cultural -me refiero a Franz Boas- vino a decir que no solo el fenómeno cultural es plural, sino que, además, la antropología puede resultar de gran ayuda porque mediante ella podemos evitar repetir los errores del pasado. Teniendo en cuenta la sentencia del antropólogo germano-estadounidense, vuelvo a preguntarme ¿qué conocimientos he adquirido acerca de la despiadada experiencia que estamos viviendo?

En primer lugar y, ante todo, que a pesar de la sofisticada evolución del ser humano aprecio la vulnerabilidad que éste ha mostrado ante tan diminutos agentes perniciosos. En Inteligencia sentiente, Xavier Zubiri expresó que los virus han existido desde hace millones de años, aunque no ha sido sino hasta hace nada que ha sido posible identificarlos de facto: el carácter de lo real como acto. Y a esa presencia no inicialmente identificable de los virus el filósofo español la llama actualidad. Es decir, aunque el COVID-19 puede haber existido desde hace mucho tiempo, tenía actualidad, solo ha tenido actualidad desde hace dos años; y en ese tiempo ha diezariado a parte de la población mundial. Aprecio, también, que en tan poco espacio de tiempo la reacción del ser humano ha sido, a mi entender, contradictoria. Por un lado, pienso que, en pocas ocasiones como ahora mismo, se ha producido una reacción científica tan intensa y favorable para intentar neutralizar el virus. La investigación, junto a la ulterior producción de varias vacunas, en las que se han invertido copiosos fondos públicos, ha sido, sin lugar a duda, meritoria.

No obstante, existen, al mismo tiempo, ciertas conductas que ponen en entredicho la fiabilidad ética que han mostrado buena parte de los poderes públicos y de la sociedad en su conjunto. Una actitud que viene a reafirmar que aprendemos bien poco porque, ante determinadas circunstancias -entre las que es posible mencionar, junto a otras, la exaltación nacionalista y el racismo- la historia de la humanidad enseña que la conducta del humano se muestra, con frecuencia, poco recomendable.

Sigue en página 6

En ese sentido, me permito recordar que la conducta ética de los pueblos que constituyen la llamada civilización occidental está alimentada, más o menos, desde el siglo V antes de nuestra era, por lo que conocemos como clasicismo griego. Una circunstancia que le hizo exclamar a Eugenio D'Ors: todo lo que no es tradición es plagio. Un apotegma que para mí viene a significar que cuando tienes la creencia de elaborar un pensamiento original o novedoso, si hechas la vista atrás puedes comprobar que eso lo ha formulado ya otro: con frecuencia un griego de aquel tiempo.

¿Y qué se manifestó allí en relación con lo expuesto? Pues un variado conjunto de autores elaboró un cuerpo de doctrina sobre el que todavía, hoy en día, se dilucida y discute de forma permanente. Por ejemplo, en el segundo libro de la República, pone Platón en boca de su hermano Glaucón que la Justicia no es un bien absoluto. No es otra cosa que un pacto convencional que obliga a respetar la igualdad. Se trata, en realidad, de un valor en sí mismo que es origen de beneficios. Desde entonces, la justicia ha estado vinculada a las vicisitudes políticas, económicas y sociales de la humanidad, recorrido excesivamente largo para poderlo extractar en tan corto espacio como es este apartado.

Ahora bien, en un proceso apresuradamente sintético, la evolución de la justicia y su aplicación sanitaria ha pasado desde el derecho a la asistencia, entendida bajo el prisma de la equidad, el utilitarismo público y la seguridad social, al modelo de Estado y medicina del bienestar.

Así las cosas ¿podemos decir que durante la pandemia el principio de igualdad ha sido respetado para manifestar que se ha obrado con justicia? Algunas preguntas, a modo de la mayéutica con la que Sócrates zahería a sus vecinos atenienses en los Diálogos platónicos, son capaces de poner en entredicho tan enaltecidos principios.

Sin ir más lejos ¿es posible considerar justo que más del 80 % de la población europea haya recibido alguna dosis de vacuna contra el COVID-19 cuando no llegan al 10 % los vacunados en África? Las cifras consignadas en otros continentes son también considerablemente inferiores a las europeas.

¿Es posible permanecer indiferente ante los valores éticos que ha dignificado el Estado del Bienestar cuando se aprecian flagrantes muestras de inequidad e injusticias sanitarias perpetradas a nivel planetario? ¿Cómo es posible justificar que una vacuna eficaz contra la malaria -una enfermedad que ataca y mata preferentemente a las poblaciones con escasos recursos económicos- lleve cien años de estudio y en unos doce meses, se hayan diseñado varias contra la COVID-19? Y ello sin contabilizar los millones de muertes anuales ocasionadas por la tuberculosis, el sida, las infecciones respiratorias y digestivas que atacan a los cuerpos debilitados por el hambre crónico.

La globalización comercial, económica y política llevada a cabo por las empresas multinacionales y la libre circulación de capitales en la segunda mitad del siglo pasado, trajo consigo la llamada desregulación del Estado Benefactor. Mediante la misma se privatizaron empresas nacionales productivas -privatizando los beneficios- y se nacionalizaron las que eran deficitarias -socializando las pérdidas-. Ahora bien, esa forma de aplicar la no intervención del Estado se tambalea cuando las crisis económicas golpean los cimientos de la doctrina liberal, tal como sucedió en 1973, en 2008 y ahora mismo: cuando surge de nuevo el pensamiento keynesiano del Estado del Bienestar.

En ese contexto ¿por qué no se han nacionalizado o impulsado, empresas productoras de material sanitario y se ha permitido especular con la producción de oxígeno, respiradores, mascarillas junto a otros sistemas de protección y diagnóstico-terapéuticos? Teniendo en cuenta la inversión de dinero público en la investigación de vacunas ¿por qué no se han liberalizado las patentes para poder vacunar a la población mundial sin recursos económicos para comprarlas? ¿se ha cuantificado la mortalidad que todo lo ahora expuesto ha ocasionado?

Sigue en página 7

Qué poco hemos aprendido ¿Cómo es posible que ante la llamada sexta ola de la enfermedad nos sorprenda con los centros de atención primaria y hospitalarios colapsados porque no existe el adecuado personal en las citadas dependencias sanitarias o se deriven pacientes a los centros privados para hacer las oportunas técnicas diagnósticas? ¿Quiénes se están beneficiado de tales prácticas?

Determinados Gobiernos han llevado a cabo una cínica y demagógica estrategia donde se invoca la libertad, con fines tal vez espurios y electoralistas, sin comprobar y cuantificar la mortalidad y coste económico que en prestaciones sanitarias tales estrategias ocasionan.

¿Cómo es posible que ante el colapso de los centros sanitarios ocasionado por la alta demanda de asistencia y la falta ostensible de recursos humanos contratados determinados gobiernos achaquen al boicot de los trabajadores sanitarios semejante situación?

La toma de decisiones políticas en la gestión pública exige que estas sean aplicadas una vez que hayan sido rigurosamente evaluados los riesgos y beneficios que su implementación puede entrañar; sobre todo, cuando afectan a la ciudadanía en su conjunto y a cuestiones tan relevantes como la salud.

¿Por qué no existe una Institución que investigue lo que se puede definir como rendición de cuentas? ¿Tal vez Oficinas Gubernamentales de Responsabilidad de la Salud? Ahora, una investigación de esa naturaleza los anglosajones la denominan *accountability*. Una práctica, sin embargo, que en España se llevó a cabo entre los funcionarios públicos con determinadas responsabilidades. La rendición, o dación, de cuentas era un procedimiento mediante el cual la administración pública ejercía un control fiscalizador sobre los funcionarios reales en Castilla desde mediados del siglo XIII hasta el siglo XVIII. Los llamados Juicios de Residencia fueron estructurados de forma precisa en el Ordenamiento de las Cortes de Toledo de 1480 y en la Pragmática de Sevilla de 1500. Y esa rendición de cuentas no debería sustanciarse con una evanescente responsabilidad política, sino que debería explorarse la responsabilidad judicial.

Y ¿qué hace la ciudadanía para intentar atajar lo que considero, desde el punto de vista psicológico, tanta inestabilidad? Pues, con frecuencia, tirar balones fuera e inculpar a otros, en general a los políticos, de las situaciones que la pandemia ocasiona. Ahora bien, he manifestado en diversas ocasiones que los políticos no son otra cosa que la parte emergente de la sociedad en la que desarrollan su actividad y con la que se cruzan fenómenos de retroalimentación.

Y ¿qué ha ocurrido mientras tanto con la comunidad sanitaria durante esta pandemia? Pues es frecuente observar que están cansados, irritados, frustrados y, en buena medida, quemados ante la precaria situación que les atosiga.

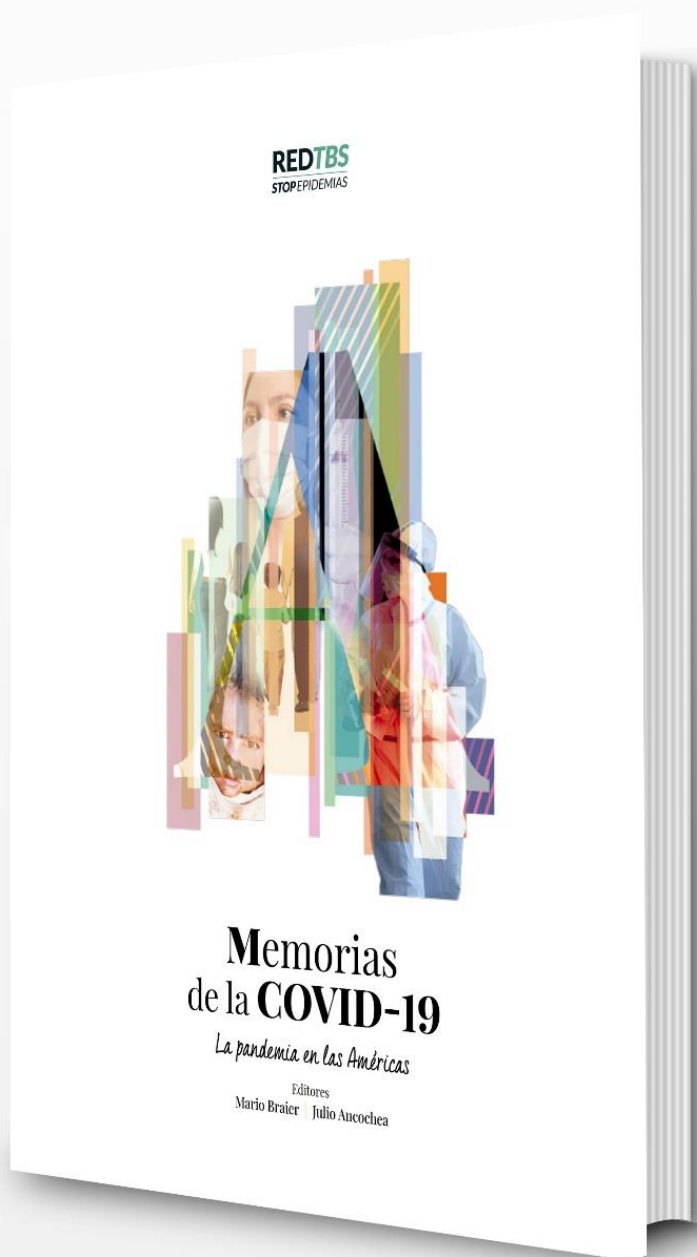
En definitiva: ¿qué he aprendido de este descalabro sociosanitario?

Ahora que la moderna neurociencia cognitiva aclara que las emociones preceden a los sentimientos, al recordar a Larra, cuando apostillaba que las teorías, las doctrinas, los sistemas se explican y los sentimientos se sienten, tengo emociones y sentimientos de inmensa gratitud hacia los trabajadores sanitarios que tanta dedicación, solidaridad, riesgos y sacrificios están empleando.

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
NewsletterRedTBSinforma n° 55 - Memorias de la COVID-19 n° 25
Edición Sanidad Global - 8 de abril de 2022
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo
Fotografías: Depositphotos, Freepik, Alamy y agencias / ISSN: 2660-7263
Contacto: redtbs@redtbs.org – Webs: www.memoriasdelacovid19.org

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

Recién editado



El prólogo de este libro es un mensaje de esperanza en las palabras del Premio Nobel de la Paz, Adolfo Pérez Esquivel, que a sus jóvenes 90 años es presidente del Consejo Honorario del Servicio Paz y Justicia Latinoamericano. En su discurso de aceptación del Premio Nobel de la Paz afirmó: “Para un hombre como yo, una pequeña voz de los que no tienen voz, que lucha para que se oiga con toda la fuerza el clamor de los Pueblos, sin otra identificación que con el hombre concreto latinoamericano y, como cristiano, este es sin duda el más alto honor que puedo recibir, que se me considere un Servidor de la Paz. Vengo de un continente que vive entre la angustia y la esperanza y en donde se inscribe mi historia. Estoy convencido de que la opción de la fuerza evangélica de la no-violencia se abre como un desafío y a perspectivas nuevas y radicales”.

Marta Mas Espejo

**Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería
Cruz Roja Española,
adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid**

Me dedico a la docencia universitaria de Enfermería desde hace más de 20 años. En el mes de marzo de 2020 estaba en mi segundo año como directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja y en el equipo había muchos objetivos que alcanzar: introducir metodologías de simulación clínica, realizar proyectos de innovación docente, transversalidad de género... Desde enero del mismo año se comentaban en los cafés y en las clases las noticias de la aparición de un virus desconocido en China, pero, lo que en un principio parecía algo anecdótico pasó a ser una cuestión preocupante cuando la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de marzo que era una pandemia global por COVID-19.



Reflexiones desde una escuela de Enfermería

Unos días antes, el 4 de marzo, se iniciaba la suspensión de las prácticas clínicas en algunos hospitales, y en el resto al día siguiente, siendo oficial esta suspensión el 6 de marzo. Ahí nos dio de lleno la situación ya que nuestros estudiantes de tercero y cuarto curso tenían una rotación práctica pendiente para finalizar el curso los primeros, y graduarse los segundos.

Con la declaración del estado de alarma por parte del gobierno el 13 de marzo, se vieron suspendidas el resto de las actividades presenciales de la Escuela. Profesores y estudiantes nos vimos en casa, sin las herramientas ni conocimientos para una docencia no presencial. A pesar de ello, salimos adelante con presentaciones grabadas, esquemas de los contenidos, ejercicios online en la plataforma Moodle de la Universidad y, eso sí, muchas tutorías con los estudiantes, a cualquier hora.

Al mismo tiempo, y conscientes de la situación, desde la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) se hizo un gran esfuerzo para formar al profesorado en el manejo de todo tipo de herramientas para la comunicación y formación no presencial, ofreciéndonos operar con el conocido programa *Microsoft Teams* y matriculando a todos nuestros estudiantes en cada una de las asignaturas. Por su parte, desde Cruz Roja también se proporcionó formación y sobre todo la adquisición de materiales audiovisuales para poner en práctica la formación recibida. También se nos proporcionó *Teams* en la institución para reuniones de equipo o con otros departamentos.

Durante el confinamiento, y a pesar de la preocupación por el paro en la formación práctica y las dificultades de la teórica, tanto estudiantes como profesores sentíamos que debíamos hacer algo más, como sanitarios que somos. Cada uno colaboró en la medida que pudo, los estudiantes de 4º curso a través de contratación de auxilio sanitario y el resto respondiendo al llamamiento a la acción voluntaria por parte de Cruz Roja. Finalmente, logramos terminar el curso 2019-2020, de la mejor manera posible, dadas las circunstancias. Conseguimos que los estudiantes de cuarto curso se titularan, aún y sin un rotatorio, y pudieran incorporarse como profesionales a los centros sanitarios, ya que su ayuda era absolutamente necesaria en esta emergencia sanitaria.

Sigue en página 10

El resto de los cursos pudieron terminar toda la formación, a excepción de los de tercero, a los que les quedaba un rotatorio práctico pendiente para el siguiente curso. Una vez superado este primer reto, venía el siguiente... Había que planificar el curso siguiente, ya con herramientas y conocimientos para la formación *online*, pero con la incertidumbre del devenir de la pandemia.

Desde la Escuela debíamos seguir las directrices de la Universidad y las recomendaciones de Prevención de Riesgos Laborales de Cruz Roja, de manera que elaboramos un plan de contingencia que contemplaba hasta el más mínimo detalle de cómo proceder. A petición de la Universidad, me convertí en responsable COVID, formando parte de la comisión de la UAM.

Durante todo este tiempo, habíamos utilizado las redes sociales que teníamos y otras nuevas como *Telegram*, para informar a estudiantes y personal de las novedades (normativas, comunicados del Rector...) y mantener el espíritu de comunidad. Por ejemplo, en nuestro Instagram, abrimos un destacado de historias denominad e-EUE COVID, que se mantiene todavía en la actualidad.

En septiembre de 2020 iniciamos las clases en formato semipresencial, con todas las medidas incluidas en nuestro plan de contingencia (distancia de seguridad, ventilación, mascarillas, aforo...). Las clases eran mayoritariamente *online*, a través de *Teams*, y los estudiantes solo acudían al centro para las actividades de pequeño grupo.

Aunque estaba todo preparado, la impartición de clases *online* fue un gran reto ya que, además alguna que otra incidencia informática, era francamente difícil hacer las clases participativas y, en asignaturas como la que yo coordino, *Ética de los Cuidados*, no se le pudo sacar el provecho habitual, ya que es una temática para hablar, reflexionar y debatir. Tengo una anécdota de ese principio de curso, para ilustrar lo extraño que era todo: mis primeras clases a los estudiantes de primero, de nueva incorporación, fueron *online* y los alumnos no ponían la cámara, para no sobrecargar la conexión; cuando vinieron a la primera actividad me los encontraba por la calle y me saludaban muy familiarmente por mi nombre y yo les contestaba entendiendo que eran mis estudiantes, pero no los había visto nunca.

En octubre de 2020, y tras la elaboración de planes de contingencia con todos los centros sanitarios, se reinició por fin la formación práctica de los estudiantes, no exenta de incidencias, pero finalmente se pudo llevar a cabo.

En enero de 2021, cuando empezó a hablarse de las vacunas, se abrió otro reto a superar, y era conseguir que todos los estudiantes en prácticas fueran vacunados también, porque estaban codo a codo con los profesionales en los centros. Una vez más, se consiguió, con el apoyo de la Universidad y la Consejería.

En la actualidad, en este curso 2021-2022, hemos vuelto a las clases presenciales, aunque todavía con medidas preventivas, y a las prácticas habituales.

Todo lo pasado nos ha servido para aprender y crecer, como personas y como profesionales. El conocimiento de nuevas herramientas para enseñar, gestionar mejor el tiempo y comunicarnos se ha integrado con las existentes, abriéndose en una nueva etapa mucho más rica.

Como directora, el tener que gestionar toda esta situación y salir exitosa, me ha empoderado, pero sobre todo me ha hecho darme cuenta del gran equipo con el que cuento y la gran implicación que tienen en nuestro proyecto docente. Sin ellos, nada de todo lo que he contado hubiera sido posible.

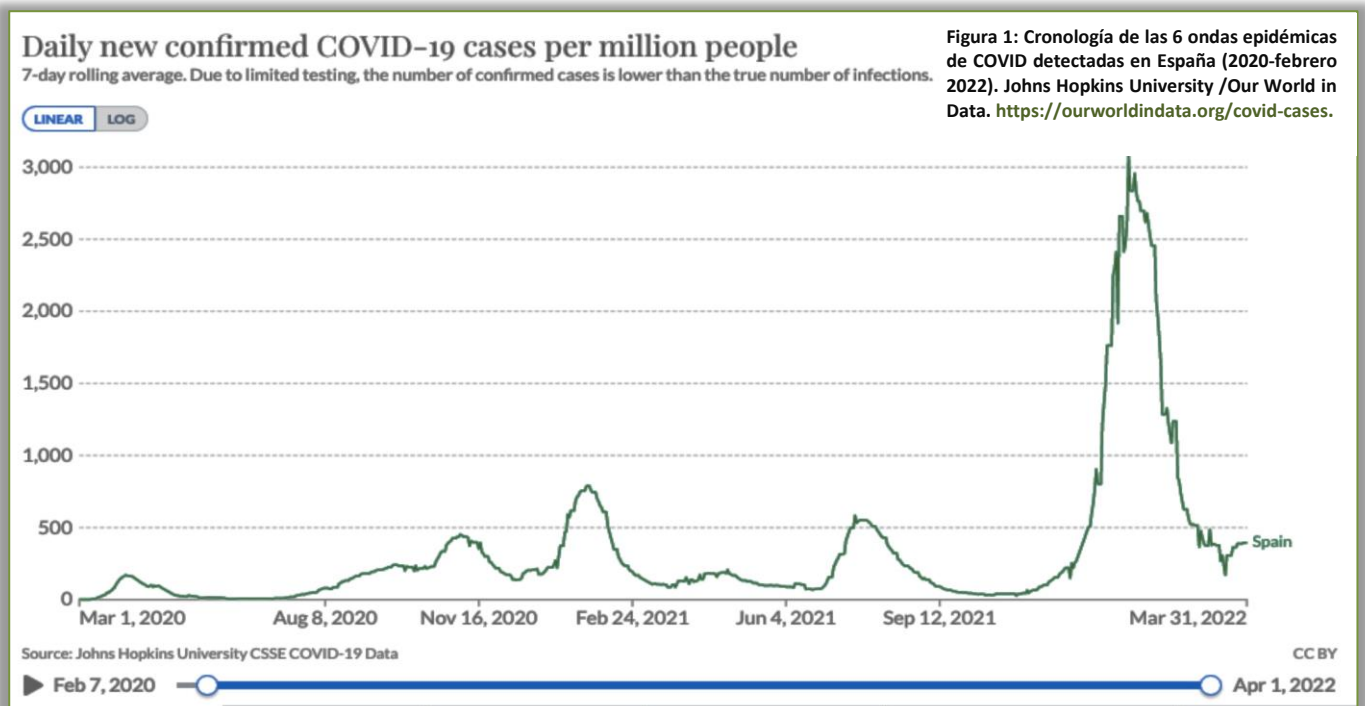
Joan Artur Caylà Buqueras
Presidente de la Fundación de la Unidad
de Investigación en Tuberculosis de Barcelona

La historia de la pandemia COVID-19 recogerá fechas imborrables. El 31 de diciembre de 2019 es cuando se notifica un brote de neumonía de etiología desconocida en Wuhan (China). El 7 de enero de 2020, es el día en que se aísla el agente causal, un coronavirus denominado SARS-CoV-2. El 12 de enero, se publica la secuenciación genómica de este virus y se inicia la carrera para desarrollar una vacuna específica. El 30 de enero, es la fecha en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la emergencia de salud pública internacional, y el 11 de marzo, es cuando la propia OMS declaró la pandemia de COVID-19. A finales de diciembre de 2020 ya se disponen de diversas vacunas y se procede a la vacunación poblacional.



La impresionante sexta onda epidémica

En España hasta febrero de 2022 se han detectado seis importantes ondas epidémicas (figura 1). La primera se inicia en el primer trimestre del 2020 causando una mortalidad impresionante. Muchas muertes no se catalogaron como causadas por la COVID-19 por no disponer de una prueba de PCR que certificara la infección. La mejor estimación de la mortalidad en esta onda se puede deducir de los datos del exceso de mortalidad del registro MoMo del Ministerio de Sanidad, que recoge un exceso de 46.446 muertes al comparar las muertes de este período (10 de marzo a 9 de mayo) con la media de los años previos para el mismo período (Figura 2).



Sigue en página 12

Mortalidad por todas las causas observada y esperada. España, diciembre 2019 hasta 29 de marzo de 2022

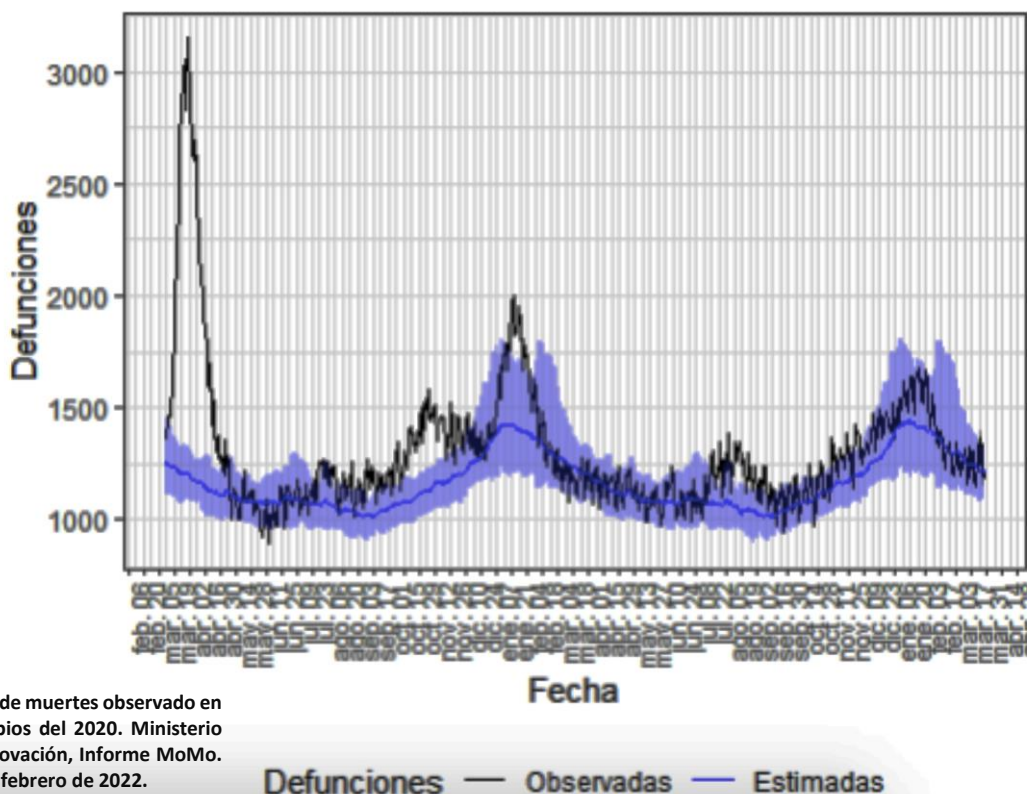


Figura 2: Exceso de muertes observado en España a principios del 2020. Ministerio de Ciencia e Innovación, Informe MoMo. Situación a 8 de febrero de 2022.

https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Informes_MoMo_2022.aspx

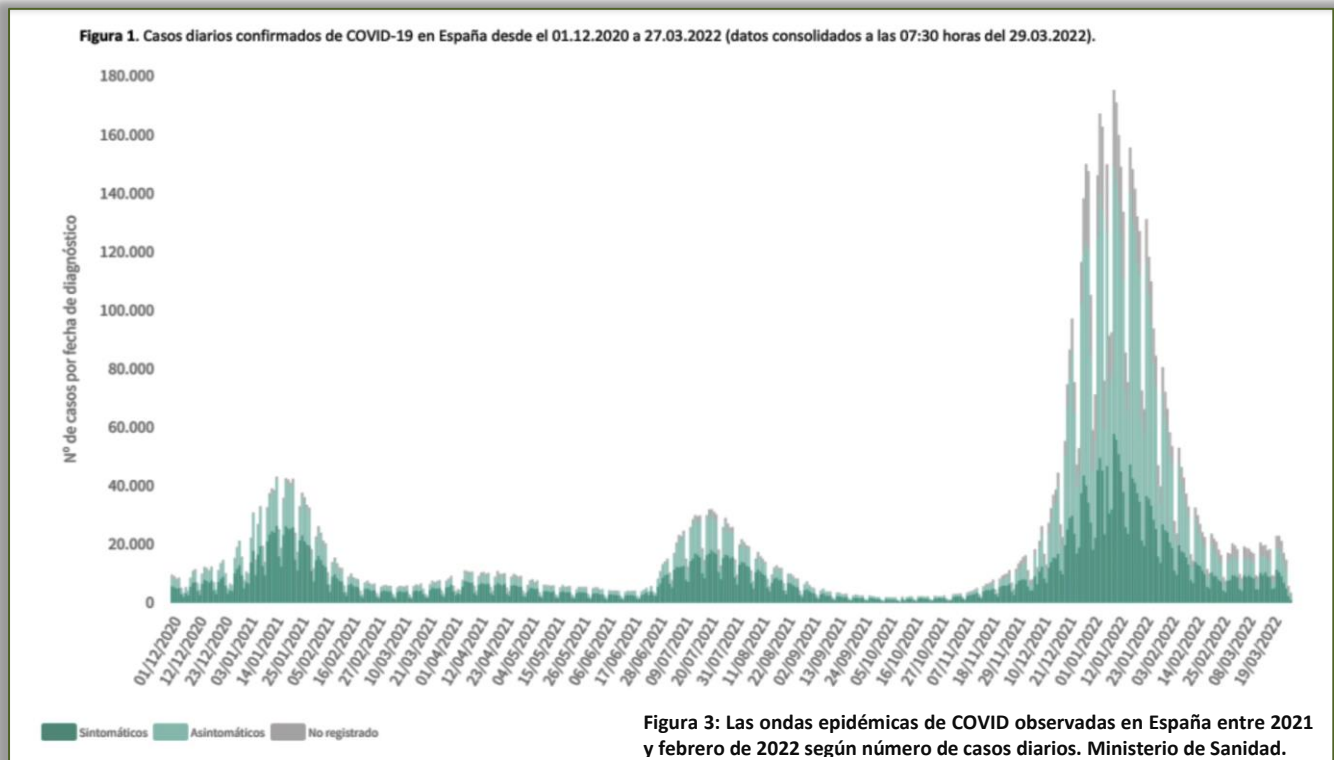
El gran impacto de esta primera onda motivó que el gobierno de España, con la finalidad de limitar los contagios, decretara el estado de alarma para favorecer el confinamiento que duró desde el 14 de marzo hasta el 21 de junio de 2020 en que se recuperó lo que se definió como la “nueva normalidad”. El confinamiento fue tan duro como efectivo para disminuir la incidencia. Solo se podía salir de casa para ir a trabajar si no se podía hacer teletrabajo o para comprar alimentos o medicinas, y así, se llegó al verano con una incidencia muy baja, pero con la impresión de que la pandemia ya estaba superada. Este optimismo desmesurado conllevó una nueva onda epidémica en pleno verano que afectó enormemente tanto a la salud de la población como a la economía, con gran impacto en el turismo.

Entre las causas de no haber controlado mejor esta segunda onda epidémica se ha señalado: una desescalada demasiado rápida, limitaciones en las estrategias de comunicación a la población, en el teletrabajo, en el transporte público, en el diagnóstico precoz y en los cribajes, así como a exceso de interacciones sociales. Los estudios de contactos también tuvieron muchas limitaciones, se iban contratando “rastreadores”, muchos sin experiencia en este campo y además eran insuficientes. No se podía precisar el grado de cumplimiento de las cuarentenas y de los aislamientos. La protección social de los desfavorecidos no pudo atenderse regularmente. Quedó claro que faltaba autocrítica y evaluación así como más recursos, y priorizar la salud por encima de la economía.

Desafortunadamente el no conseguir un buen seguimiento del uso de mascarillas y el control de la distancia y las interacciones sociales, sobretudo a finales de año (puentes, festividades de Navidad, fin de año y Reyes), tanto del 2020 como del 2021 condujo a una 3a. y 6a. onda respectivamente. Entre ambas hubo la cuarta y la quinta onda epidémica. En esta última es determinante la variante Delta, detectada inicialmente en la India desde donde pasó a Gran Bretaña y desde este país a España durante el pasado verano.

Sigue en página 13

Tras la quinta onda, a mediados de octubre de 2021 la incidencia era de “solo” 40 casos por 100.000 habitantes en 14 días, pero el optimismo desmesurado que se ha comentado dió paso a la sexta onda de la pandemia (y cuarta del 2021, en este año hubo prácticamente una onda cada trimestre). El pico de esta sexta onda con más de 170.000 casos notificados en un solo día se registró a finales de enero (figura 3). Además ha quedado claro que hay un subregistro de casos porque en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) no se notificaban los casos autodiagnosticados por los propios pacientes mediante test de antígenos. La incidencia sobrepasó los 5000/100000 en 14 días (o sea el 5% de la población se infectó en solo dos semanas y en algunas CC.AA. la incidencia notificada fue de hasta el 8/100 en 14 días.



https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_565_COVID-19.pdf

Y porqué tan gran incidencia en esta sexta onda? Queda muy claro que se debe a la nueva variante Omicron que realmente es muy contagiosa. Fue detectada en Sudáfrica desde donde pasó al Reino Unido y en pocos días se extendió por todo el mundo. El coronavirus de Wuhan tenía una R o número básico de reproducción de 2,3-3,2, o sea que un infectado contagiaba de media a unas 3 personas, posteriormente con la variante Delta se estimó una R de 5-7 y para Omicron la R alcanza un valor de 10-12, valor próximo al del sarampión una enfermedad vírica muy contagiosa. Además se ha objetivado que desde que un paciente es contagioso y genera un caso secundario contagioso, solo pasan 3 días. Afortunadamente las complicaciones y la letalidad entre los infectados con Omicron es más baja que con las variantes previas, en parte gracias a la buena cobertura vacunal. No obstante, el altísimo número de infectados explica que al final los hospitales en estos primeros días de febrero estén sobrecargados y las UCIs, y que esta sexta onda epidémica cause más mortalidad que la cuarta y la quinta. De esta onda debe resaltarse el gran impacto que ha tenido en la Atención Primaria que se ha visto desbordada con tantísimos casos, con el agravante de que otras patologías han quedado relegadas. En resumen, hasta febrero de 2022 se han registrado en España seis ondas epidémicas ocasionando más de 10 millones de casos, de los cuales, aproximadamente la mitad corresponden a la sexta onda. Tampoco se debe subestimar la mortalidad de esta última ya que, a pesar de la buena cobertura vacunal, de las 6 ondas sufridas, esta sexta onda será finalmente la cuarta en cuanto a mortalidad.

Recién editado



Todos los relatos agrupados en este libro son en su conjunto una radiografía humana de lo vivido por las personas que habitan en Iberoamérica y que son protagonistas de un drama social cuyo fin aún es un enigma. Textos desde los cuales podemos percibir lo que nos depara un futuro tan cercano como incierto. 64 narraciones desde 38 ciudades de 19 países con la participación de representantes de 22 hospitales de ambos continentes, 18 universidades y 22 instituciones públicas, colegios profesionales, oenegés... que nos cuentan sus vivencias personales y dos editores que han intentado dar forma a un documento que resulte útil a las próximas generaciones.

José Carlos Bermejo
Director del Centro de Humanización
de la Salud San Camilo

Un ojo particular se ha dirigido a las Residencias de mayores, domicilios colectivos de miles de personas en España. Frágiles, muy frágiles, tanto que un huracán como el que está suponiendo la pandemia, se lleva por delante sin misericordia a muchas personas que, si viven en ellas, es que las necesitan, fundamentalmente.

En las Residencias se concentra la fragilidad y también la vulnerabilidad. En ellas, se promueve una cultura que evite el encarnizamiento técnico, diagnóstico e interventivo. No solo son lugares con recursos limitados, que podrían mejorar con una atención sanitaria superior, fruto de políticas sociosanitarias más justas. Son también lugares de paliación.



Residencias, paliativos y pandemia

Cultura paliativa: La cultura paliativa no está reservada a las Unidades especializadas en situaciones de terminalidad compleja. No es solo para esas pocas camas hospitalarias o esos pocos equipos de atención paliativa domiciliar. La cultura paliativa ha de impregnar también el ámbito residencial, donde se ha de equilibrar justamente la toma de decisiones sobre el uso de recursos siempre limitados, para promover un buen vivir y un buen morir. En tiempos de mucha presión asistencial, la paliación también debe entrar en el discernimiento sobre dónde comienza su línea. Como todo tipo de planteamiento en salud, se convierte en un desafío ético de primer orden.

En el mundo, en todo caso, la paliación brilla por su ausencia. Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. Actualmente, a nivel mundial, según la OMS, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. Una reglamentación excesivamente restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos esenciales fiscalizados priva de acceso a medios adecuados de alivio del dolor y cuidados paliativos. La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados.

La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representa el proceso de envejecimiento de la población. Una mirada humanizadora y global, debería hacernos conscientes del deber, más que de demonizar las Residencias de mayores, de promover una mirada amable, que confronte, sí, pero que apoye el camino hacia su humanización también por el crecimiento de la cultura paliativa. Cuidar bien, aliviar síntomas, acompañar al final, atender a la multidimensionalidad del ser humano.

Sigue en página 16

Visitando numerosos países del continente africano, americano y asiático, puedo levantar acta de que la cultura del cuidado a los mayores y, en concreto, la paliación de los síntomas y el alivio del sufrimiento, tienen mucho camino por recorrer. Si la pandemia atrae la atención a los mayores, y a las Residencias de Europa, mucho más ha de atraer la atención en torno al cuidado de estos en países donde la cultura paliativa está en pañales y el acceso a recursos de paliación es ínfimo o nulo. Morir se hace difícil y doloroso en la mayor parte del mundo, mientras lamentamos el avance de la paliación en Europa en esas Residencias que son miradas sobre todo con mirada de sospecha.

Se estima que anualmente 40 millones de personas —el 78% de las cuales viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano— necesitan cuidados paliativos. A nivel mundial, deben superarse varios obstáculos considerables para atender la necesidad insatisfecha de asistencia paliativa. En particular, es frecuente que las políticas y sistemas nacionales de salud no contemplen ninguna medida sobre asistencia paliativa. Es frecuente que la formación en cuidados paliativos ofrecida a los profesionales de la salud sea escasa o nula. Es frecuente que el acceso de la población a analgésicos opiáceos sea insuficiente y no cumpla las convenciones internacionales sobre acceso a medicamentos esenciales.

Humanizar el morir: Mientras que en Europa nos lamentamos por la no derivación de algunos mayores a hospitales en los peores momentos de pandemia, en la mayor parte de los países del mundo existe un inmenso desconocimiento, entre los planificadores de políticas, los profesionales de la salud y el público, del concepto de asistencia paliativa y los beneficios que esta puede ofrecer a los pacientes y a los sistemas de salud. A ello se añaden los obstáculos culturales y sociales (tales como creencias sobre la muerte y el hecho de morir); errores de concepto sobre la asistencia paliativa (por ejemplo, que solo se proporciona a pacientes con cáncer, o en las últimas semanas de vida); errores de concepto según los cuales un mejor acceso a los analgésicos opiáceos determinará un aumento de la toxicomanía.

Tenemos una gran responsabilidad para con las personas al final de la vida. Quizás cabría esperar que allí donde hay menos recursos sanitarios para las situaciones complejas de salud, pudiera haber más cultura paliativa. Digamos: al menos paliar, si no hay mucho con qué diagnosticar e intentar curar. Sin embargo, no es así. Los sistemas nacionales de salud son responsables de incluir los cuidados paliativos en el proceso continuo de atención de quienes padecen afecciones crónicas que ponen en peligro la vida, vinculando dichos cuidados con los programas de prevención, detección precoz y tratamiento.

Construir un mundo más humano, humanizar, pasa por promover sistemas de salud que integren los servicios de asistencia paliativa en la estructura y el financiamiento de los sistemas sanitarios nacionales en todos los niveles de atención. La promoción de la cultura paliativa tiene que ver con las políticas para fortalecer e incrementar los recursos humanos, pero también con la formación de los profesionales de la salud, la inclusión de los cuidados paliativos en los planes de estudios básicos de todos los nuevos profesionales de la salud y educación de voluntarios y del público. No es solo cuestión de profesiones, sino de modos de gestionar, de mirar al final de la vida, por parte de la población global. Pero urge una política sobre medicamentos que asegure la disponibilidad de medicamentos esenciales para manejar síntomas, en especial los analgésicos opiáceos para el alivio del dolor y del distrés respiratorio en el mundo entero. La pandemia podría ser una oportunidad para caer en la cuenta de cómo se muere en el mundo. Una asistencia paliativa temprana no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que además reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud y de los recursos, que, en todo caso, serán limitados. Un gran reformador de la asistencia sanitaria del siglo XVI, San Camilo de Lellis, patrono de enfermos, enfermeros y hospitales en contexto católico, exhortaba a “poner más corazón en las manos”. Hoy diríamos, además, poner más corazón en la planificación y gestión de los recursos limitados, así como en las políticas y estrategias a nivel mundial.

Luis Carlos Antón Herrera **Director del Centro Penitenciario Madrid V** **Soto del Real**

Mi toma de posesión como director de MADRID V, el 02 de marzo de 2020, supuso un reto para mis aspiraciones profesionales muy importante que, por supuesto, me llenó de satisfacción y de las expectativas a cumplir por todo penitenciario que esté orgulloso de su profesión.

El cumplimiento de los 25 años de la creación de la primera macro cárcel española el 8 de marzo de 2020 y la consiguiente celebración de una fiesta y todo lo que supone su preparación, se vio de repente truncada por las noticias que estaban llegando a todo el país, sobre una pandemia letal que estaba afectando a China, y extendiéndose en países tan cercanos como Italia.

La declaración del Gobierno del Estado de Alarma, el sábado 14 de marzo de 2020, supuso un verdadero shock en toda la población general, y en particular en la penitenciaria, debido a las incertidumbres que pudieran darse ante el panorama de restricciones que deberíamos llevar a cabo a partir de ese momento, para poder contener las infecciones o contagios.

Nuestro trabajo consistió en un primer momento, en mantener entrevistas por los profesionales penitenciarios con la población reclusa, normalmente en grupos, intentando concienciarles de que las limitaciones que pudieran imponerse serían en su propio beneficio. La posibilidad de que el virus pudiera entrar en nuestras dependencias suponía un posible contagio general con el riesgo que conlleva tener entre nuestros residentes, personas vulnerables con numerosas patologías clínicas, proclives a tener un riesgo vital elevado. La ausencia en un primer momento de mascarillas, tanto para profesionales como para internos, fue subsanada inmediatamente. Se tomaron medidas acordes a las que se estaban llevando a cabo con la población en general en la sociedad, como por ejemplo la limitación de la libertad de movimientos, lo que supuso en nuestro ámbito la suspensión de permisos ordinarios, comunicaciones ordinarias y especiales (que comúnmente se llaman vis a vis) y la entrada de profesionales externos a la institución. Se paralizó toda la actividad regimental ordinaria, lo que significó un cambio profundo en la vida de nuestros administrados.

A pesar de las numerosas limitaciones que se estaban acordando, se ha de hacer constar la ausencia de incidentes regimentales, lo que es muy loable y de señalar. Hubo una comprensión destacable por parte de los internos del problema que estaba acaeciendo. Igualmente es importante destacar la enorme profesionalidad de los funcionarios de vigilancia y de tratamiento, como del personal sanitario que han hecho un esfuerzo encomiable en una situación tan complicada como la que se presentó. Esta Institución, ha estado a la altura de un Estado moderno, que ha paliado de la mejor manera posible la pandemia y esto ha sido reconocido en varias ocasiones por organismos internacionales. Nuestra ratio de infecciones y contagios ha sido mucho menor que el de dependencias e instituciones similares.

A pesar de lo expuesto tuvimos algún momento crítico, con cimas de contagio de hasta 90 internos a la vez, asintomáticos la mayoría, lo que supuso redoblar esfuerzos del personal sanitario, controles de temperatura, vacunación de la población y la observación constante. En estos dos años transcurridos, toda la vida penitenciaria ha girado en torno al control de la pandemia.



COVID-19 en **la institución penitenciaria**

Recién editado



Edición impresa con los relatos publicados en las revistas de enero a noviembre de 2021. Profesionales de diferentes ámbitos de Iberoamérica que narran sus experiencias personales durante la epidemia a lo largo de 286 páginas y a través de 64 relatos. 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 formato digital en la web memoriasdelacovid19.org

El prólogo de este libro es un mensaje de esperanza en las palabras del Premio Nobel de la Paz, Adolfo Pérez Esquivel.

Daniel Samper Pizano

Periodista y escritor.
Colombia

Decía mi profesor de filosofía Ernesto Bien que el *homo colombiano* es un ejemplar exótico. Algunas de sus características son: charlar en las puertas, de modo que nadie pueda pasar; taparse levemente la boca con un pañuelo al salir de cine, como si eso lo protegiera de alguna grave enfermedad; y poner música duro.

Me parece que la primera es incurable y la segunda casi ha desaparecido. En cambio, la tercera se ha convertido en una tragedia nacional.

En la medida en que la tecnología inventa nuevas maneras de comunicación auditiva y aumenta la capacidad de los altavoces, el *homo colombiano* se esmera en manejarlos como armas de contaminación masiva o, más propiamente, como instrumentos de tortura del vecino. Es posible acercarse a cualquier edificio de viviendas y descubrir una ensalada de sonidos originarios de diversos apartamentos: un reguetón, una ranchera, un vallenato (de los comerciales, que son horribles), un porro (posiblemente aportado por un abuelo), incluso algún lloroso pasillo ecuatoriano, varios chucuchucus y nunca falta la mujer despechada que se desahoga con *Paquita la del barrio*.

Esta mariscada de berridos (porque todos compiten por mostrar al vecino que tienen los decibeles más grandes) se cuece en medio de noticieros, cuyo ruido es para el *homo colombiano* un telón sonoro de fondo: lo que eran las ranas de campo para la generación de José Asunción Silva. Yo he llegado a oír en un bar campesino un noticiero en alemán que emite la Deutsche Welle hacia las diez de la noche.

Antes se hablaba de la contaminación auditiva urbana. Hoy, lamentablemente, la contaminación rural de las veredas es tan desconsiderada como la de los barrios de la ciudad. Lo confirmé durante el confinamiento impuesto por el coronavirus. Ante la necesidad de permanecer aislado durante un largo tiempo, busqué la tranquilidad del campo y me fui a una casa en una zona cafetera, lejos del mundanal ruido. O eso creía.

Mao Zedong decía que “el poder nace de punta del fusil”. Estaba equivocado. Nace de la punta del altavoz. Nada más cruel, pero tampoco nada más frecuente, que el poblador del campo que despierta de madrugada a los vivientes de la región con músicaailable o *ijajais* rancheros de Vicente Fernández (alma bendita). Los días feriados, la tortura se extiende hasta la media noche, desborda el río, atraviesa el bosque, repta por los sembrados y entra con sus alaridos a las casas de gente de bien.

Hace poco revelaron en Múnich las entidades ambientales internacionales que la contaminación acústica ha pasado a ser una de “las grandes amenazas para la salud”. Según ellas, en Europa se producen 12.000 muertes prematuras al año, atribuibles al exceso de ruido. Cerca de 48.000 personas sufren en ese continente de cardiopatía isquémica por culpa de los decibeles. Invito a los expertos alemanes a que se acerquen a un barrio de Cartagena, un edificio de Medellín, una cuadra del centro de Barranquilla o un corregimiento de Cundinamarca, en Colombia, para que sepan lo que es ruido. Allí no se mide el aullido en decibeles sino en *milibeles*.



Bájenle a la música

Sigue en página 20

Muchos restaurantes, contagiados, creen que, si no ofrecen música de fondo que impida conversar y ponga los nervios de punta, no merecerán nunca la estrella Michelin. Les cuento: el primer requisito para ganar esta codiciada calificación es que no se escuchen ruidos ni siquiera en el baño de servicio. Y música menos. Ofrezcan silencio en la carta y verán que la gente pagaría por tenerlo.

¿Cómo defenderse de un vecino ruidoso sin necesidad de acudir a espadas, obuses ni drones portadores de granadas? El Código de Policía sanciona el abuso acústico con multa cercana a los 440.000 pesos. Pero previamente se requiere avisar a la comisaría de turno, que seguramente no podrá oír la llamada a causa de un radio cuyo volumen se acerca a los 110 decibeles. Es triste decirlo, pero el policía no está autorizado a inmovilizar al responsable del vallenato llorón, esposarlo y trasladarlo directamente a una isla prisión que debería ser lugar de reclusión de estos atarvanes.

Mi apacible retiro durante el confinamiento fue rápidamente sacudido por el altoparlante de mi vecino, que emitía constantes ataques con música rap a todo volumen. No hubo solicitud amable, llamada con voz molesta ni gesto de larga distancia que frenara semejante delito. Entonces opté por combatir al miserable con armas parecidas. Compré por internet un amplificador tonante y empecé a disparar óperas de Wagner desde las ocho de la mañana. Santo remedio. Antes de que sonara el segundo drama de *El anillo del nibelungo*, el vecino llegó llorando a mi puerta, pidió perdón y ofreció silencio.

Desde ese momento cada uno pone la música que le gusta, pero solo para solaz suyo y de su cónyuge. Y ambos, música y cónyuge, quedan estrictamente para el consumo doméstico.

La explicación última, opinan los científicos, es que existe una relación inversa entre la capacidad del aparato que trepida en la sala y el aparato que duerme en la alcoba. Mientras más pasivo es este, más activo es aquel. De modo que ya saben: para determinar la impotencia del dueño basta con atenerse a la potencia del equipo.

Interés político, inversión y colaboración reivindicación para frenar el repunte de la tuberculosis tras la COVID-19



“Inversión urgente, recursos, apoyo, atención e información” estos serían los ejes de necesidad para hacer frente a la tuberculosis, también en España, y más dado el repunte de casos que se espera tras la COVID-19. Así lo resumía el doctor Julio Ancochea, presidente de la Red TBS- Stop Epidemias tras la rueda de prensa convocada con motivo del Día Mundial de la Tuberculosis que se celebra cada 24 de marzo. En ella han participado Javier García Pérez, presidente de NeumoMadrid, también Sarai Quirós, responsable del Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Joan Caylà, presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (FUITB). Los cuatro han coincidido en señalar la necesidad de prestar más atención a una tuberculosis cuyo abordaje se ha visto desplazado por la COVID-19: “Hace como tres o cuatro años que en España no tenemos informes sobre tuberculosis” se lamentaba Caylà, “y si bien es cierto que existe la percepción de un descenso en el número de casos que podría parecer positivo, cabe remarcar que ha aumentado la gravedad de los mismos y la mortalidad”, matizaba la doctora Quirós, quien no dudaba en señalar que habrá un repunte tras la COVID-19. El doctor García Pérez recordó que hay 10 países son responsables del 70 % de los casos multirresistentes en el mundo y alguno de esos países pertenecen a Europa Oriental por lo que cabría estar alerta y ofrecer a los refugiados de esa área geográfica a su llegada un despistaje en enfermedades infecciosas, incluyendo a la tuberculosis, que permita la detección precoz y un seguimiento médico adecuado.

Han estado presentes en la rueda de prensa y publicado artículos la Agencia Europa Press, Agencia EFE, Agencia Servimedia, Redacción Médica, el Diario.es, Diario Médico, Acta Sanitaria, El Médico Interactivo, IM Médico, Radio Nacional de España, Cadena Ser, ...

Noticias



La Red TBS-Stop Epidemias realizó un **Cinefórum Solidario** en la prisión de Soto del Real en la Comunidad de Madrid. Gracias a la colaboración con la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria del

Ministerio del Interior, y cumpliendo con todas las medidas preventivas que la actual situación pandémica exige. Participaron los doctores Julio Ancochea y Javier García Pérez, presidente y secretario general del Comité Científico de la Red TBS- Stop Epidemias respectivamente, y 60 reclusos del penal con quienes se estableció una interacción que organización y participantes calificaron de muy satisfactoria. El objetivo es poder volver a implementar con normalidad esta iniciativa que tan buenos resultados venía dando en los últimos años.



Centro Penitenciario Madrid V Soto del Real



Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid

La Red TBS-Stop Epidemias realiza todos los años un **Cinefórum Consciente** para los estudiantes de los cursos de Enfermería de Cruz Roja Española. Este año la actividad se celebró el 31 de marzo de manera presencial. Como se puede ver la concurrencia fue numerosa y la disposición del alumnado por el control y prevención de la tuberculosis ha sido intensa.



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.

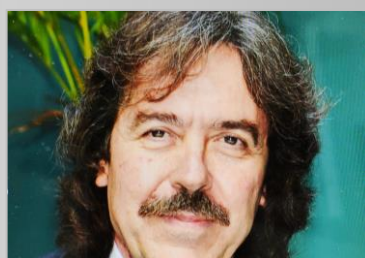
Mario Braier está especializado en periodismo sanitario. Director de la Agencia infomedpress realizó numerosas campañas de prevención en salud para diferentes sociedades científicas. Es coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias

ASESORES



Francisco García Río es Jefe de la Sección de Neumología del Hospital Universitario La Paz y Catedrático de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Jefe de grupo de investigación del IdiPAZ y del CIBER de Enfermedades respiratorias, y presidente 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.



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 Cineforum 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.



Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra 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 – Publimas 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



GRUPO
MENARINI
www.menarini.es



SANDOZ A Novartis
Division



REDTBS
STOP EPIDEMIAS

Consejo Institucional

Dr. Tomás Cobo Castro
Dr. Francisco García del Río
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
Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz

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