

EDITORIAL

Solos y con ideales somos una utopía, unos cuantos más una fuerza, muchos una posibilidad para mejorar las cosas, incluso cambiarlas. Por este motivo la *Red TBS-Stop Epidemias* es una amalgama de entidades que pretenden hacer de la prevención en salud un ejercicio de memoria cotidiana. Tal vez por ello decidimos realizar esta reunión con un nombre tan largo en la que confluyen diferentes personas que están a cargo de diversas instituciones sobre las que tienen la responsabilidad de dirigir las y realizar un trabajo que conlleva la difícil tarea de hacerlo bien. En esta edición de la revista reproducimos íntegramente la *1 Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias* que incluye temáticas diferentes, pero que se unen bajo preceptos muy claros y que suponen un escenario organizado particular, necesario por su compromiso con la sociedad y, por ende, con la solidaridad ciudadana.

Trabajar en cualquier quehacer es necesario porque el rédito económico es esencial para la subsistencia, pero no es la única exigencia, sino que también es necesario hacerlo bien porque, señalemos, es la gratificación mayor. Y lo es para que estemos satisfechos con nosotros mismos; compartir con otros el día a día es nuestra ventura como ciudadanos del mundo. Los "otros" sin los cuales nuestra función laboral resulta inútil. Por experiencia todos sabemos que por más que lo intentemos no podemos resistir en soledad y sin integrar eso que definimos como sociedad, como civilización, como sistema normativo compartido.

Sigue en página 3

SUMARIO

EDICIÓN CONJUNTA

1JC²⁰²²

Julio Ancochea Bermúdez

Enrique Acín García

Susana Catalán Esteve

Joan Artur Caylà Buqueras

Javier García Pérez

Xavier Casas García

Joaquín Rodrigo Poch

Francesca Sánchez Martínez

Fátima Cabello Sanabria

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



Para la realización de esta jornada hemos convocado a organizaciones cuyos fines son diferentes y que hemos subdividido en tres grandes temas: custodia y rehabilitación de personas que han quebrantado la ley; entidades públicas y privadas que se ocupan del quehacer sociosanitario; y instituciones que dedican su atención a la labor humanitaria. Tres fuentes diferentes y todas trabajan con un elemento tan sensible como lo son los seres humanos.

En un mundo con grandes conflictos es necesario que sus organismos, el sistema de convivencia y de derechos democráticos que hemos constituido, sean sólidos para poder afrontar aquellos desafíos que son regresivos y que atentan contra el bienestar y la justicia; por poner un ejemplo, contra derechos como el de la salud de cada ser humano que habita este planeta. Ciertamente definimos a la *sanidad* como lo sistémico, el conjunto de bienes y servicios encaminados a preservar la salud de los ciudadanos y puntualizamos como *salud* a lo individual, como lo define la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Entre ambos contextos hemos intentado interrelacionar la sanidad pública y la salud en el ámbito de lo universal. No es de recibo que, si a la economía y al consumo se lo considera como una modalidad global, la salud no lo sea también, de ahí nuestro afán porque este año dediquemos la revista *Memorias de la COVID* a la *Sanidad Global* y en concomitancia organicemos esta primera jornada que reproducimos hoy en estas páginas.

Pretendemos que el intercambio de experiencias al igual que en nuestros otros eventos: las *Jornadas Iberoamericana de Actualización: TB-COVID-19* y en la *Jornada de Actualización de la Red TBS-Stop Epidemias* que realizamos en los meses de diciembre y marzo de cada año, respectivamente.

En este número de la revista queremos compartir experiencias, emitir opiniones, debatir sobre las opciones y llevar a nuestros lectores esta *1 Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias*. Consideramos que exponer la opinión y experiencia de los ponentes es un aporte al conocimiento y un desafío al debate, al igual que ser autocríticos con los desaciertos y en el mejor de los casos modestos con los logros exitosos. Hacer conlleva riesgos que siempre son mejores que la indiferencia o simplemente la desafección, a veces tan de moda y que intentamos justificar echándole la culpa a los políticos, que la tienen, pero no toda.

Intentamos mediante la realización de estos eventos impregnarnos de emociones positivas para el logro del equilibrio entre la felicidad, propuesta asumible y alcanzable, y el contrato que comprometimos cuando decidimos realizar una campaña de prevención de la salud permanente (y ya llevamos diez años en ello). Ello implica una actitud de generosidad para con los demás y, sobre todo, la solidaridad como principio activo. Además de la confianza en el conocimiento y la ponderación de valores éticos que, aunque disten de ser perfectos son el motor de búsqueda, una herramienta subjetiva que moviliza nuestro quehacer. Promover y fortalecer el progreso social con tesón para mejorar la equidad social y en consecuencia lograr más optimismo compartido.

Esperamos que los contenidos de esta edición sirvan de información sobre lo acontecido en la Jornada, aunque sería un logro para nosotros que sirva para la reflexión, para motivar una actitud que nos implique a todas y a todos a alimentar la ilusión y sobre todo a ser resilientes, en especial en la esfera de la *Sanidad Global*. Aspiramos a mejorar lo mejorable y asegurar un mundo posible, mediano y próspero para las generaciones futuras.

M.B / J.A.

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
Newsletter RedTBSinforma n° 60 - Memorias de la COVID-19 n° 30
Edición Sanidad Global – 28 de octubre de 2022
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada ponencia
Fotografías: Depositphotos, Freepik, Alamy y agencias. / SSN: 2660-7263
www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org / redtbs@redtbs.org

Miércoles 5 de octubre de 2022

1JC 2022

1ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias

17:00 h - 17:10 h

Presentación

Julio Ancochea Bermúdez

Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

17:10 h - 17:20 h

Centros penitenciarios

Situación de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios

Enrique Acín García

Jefe del Área de Salud Pública de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.

17:20 h - 17:30 h

Manejo de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios (I)

Susana Catalán Esteve

Médico Responsable del Centro Penitenciario Madrid V (Soto del Real). Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.

17:30 h - 17:40 h

Manejo de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios (II)

Carmen Cobo Pelayo

Subdirectora Médica del Centro Penitenciario El Dueso (Cantabria).

17:40 h - 17:50 h

Centros sociosanitarios

Cómo controlar mejor la tuberculosis en personas procedentes de países hiperendémicos

Joan Artur Caylà Buqueras

Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.

17:50 h - 18:00 h

¿Hemos seguido viendo tuberculosis en el hospital durante la pandemia de la COVID-19?

Javier García Pérez

Presidente de NeumoMadrid. Secretario General del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

18:00 h - 18:10 h

Experiencia en atención sanitaria y social en un centro de referencia en tuberculosis

Xavier Casas García

Director Médico de Serveis Clínics.

18:10 h - 18:20 h

Genéricos y biosimilares: una herramienta para la mejora al acceso de los medicamentos

Joaquín Rodrigo Poch

Presidente de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares. Director General de Sandoz.

18:20 h - 18:30 h

Organizaciones humanitarias

Coordinación de la acción hospitalaria en pacientes vulnerables

Francesca Sánchez Martínez

Médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.

18:30 h - 18:40 h

La salud y los determinantes sociales tras la COVID-19

Fátima Cabello Sanabria

Directora del Área de Salud de Cruz Roja Española.

18:40 h - 19:20 h

Debate y conclusiones

Julio Ancochea Bermúdez

Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

Patrocinado por:
SANDOZ A Novartis
Division

Julio Ancochea Bermúdez

Presidente del Comité Científico
de la Red TBS-Stop Epidemias



La Red TBS-Stop Epidemias ha centrado para este año 2022 su campaña de prevención y control de las enfermedades contagiosas, especialmente la tuberculosis y la COVID-19, bajo un sintagma que creemos caracteriza la actual situación mundial y sus necesidades sanitarias. *Memorias de la COVID-19* lleva el subtítulo de *Sanidad Global*. ¿Por qué lo hemos referido así? Porque creemos que debemos ser fieles a los principios que definen nuestra campaña solidaria y de prevención poniendo el énfasis en las necesidades de cada momento.

La palabra *solidaridad* que acompaña nuestro nombre (*Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad*) puede ser un sustantivo femenino que responde al concepto de ser la suma de responsabilidades e intereses comunes entre los miembros de un grupo. También puede ser un verbo, *solidar*, que tiene una conjugación verbal regular y es pronominal, es decir, que se puede conjugar de manera reflexiva, como *solidaria* y *solidarios*. Proviene del adjetivo latino *solidus*, que significa sólido, macizo, consistente, completo, entero. En síntesis, la solidaridad es un valor personal que supone la capacidad que tienen los miembros que pertenecen a una comunidad de actuar como un todo. Tener conciencia de sí mismo y un espíritu social para compartir. Y asociamos *el nos-otros*, la primera persona del plural. Unir estos conceptos es nuestro sello de identidad y consideramos que es básico para combatir la gran mayoría de las epidemias, así se llamen tuberculosis, COVID, dengue, malaria, cólera, etcétera, porque estos males se ceban siempre en las capas sociales más deprimidas, en las personas más vulnerables y desprotegidas que, desgraciadamente, son más de la mitad de los habitantes del planeta y, a la altura del actual

Presentación

1ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias

progreso científico del que tanto presumimos, no son justificable las enfermedades de la injusticia. No voy a extenderme en ello, pero quería señalar el por qué hemos denominado a esta reunión *1ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias* como tal. Porque para nosotros es imposible ejercer el principio solidario de manera individual y apartado del complejo general de la organización social. De la necesidad de unir el esfuerzo individual con el conjunto de la sociedad, concienciar para que la acción de prevención en salud resulte eficaz. Por ello hemos referenciado este evento como *Jornada Conjunta*, cuya asociación está en que, perteneciendo a ámbitos tan diferentes como son las instituciones de prisión y rehabilitación de personas y las que se dedican a la gestión de la salud ciudadana y se especializan en atender a pacientes de todo tipo, como también las ONGs que cada día se enfrentan a la pobreza, el desamparo y las injusticias de todo tipo que incluyen, por supuesto, las epidemias.

Sigue en página 6

Todas tienen en común el hecho de pertenecer a organizaciones con sus particularidades, singularidades y objetivos, pero que están sin duda asociadas al *ser solidario*, la pertenencia a un grupo social y la responsabilidad que asumen sobre los grupos que protegen. Creo que el año 2022 nos enseña que no todo es esperanza. Porque el conflicto es el agua de cada día y superar esta difícil circunstancia histórica, más que una proeza se torna en una obligación si pretendemos construir un futuro mejor. Hablábamos de *Sanidad Global* porque la pandemia nos ha demostrado que ya no solo vale una sanidad pública eficiente en uno, dos o decenas de países, sino que es necesario que cuidemos a todos los habitantes del planeta. Son nuestras posibilidades de dar vida a la vida de nuestras vidas. Y aunque en nuestro país el sistema sanitario funcione, más o menos satisfactoriamente, no basta por sí solo para protegernos, por ejemplo, de una pandemia. El mundo que dejamos a las futuras generaciones debe ser habitable y posible y para ello es necesaria una *Sanidad Global*.

Estoy seguro de que la interacción de los temas que expongan nuestros ponentes de hoy, que actúan en ámbitos tan diferentes, será enriquecedor y conocer distintas experiencias es una oportunidad para todos. Comparar, debatir, cuestionar, sacar conclusiones, dudar o reafirmarse, colaborar... Todo aquello que nos moviliza como personas de buen hacer.

Hemos estructurado la jornada, de manera que no solo los ponentes, sino también las personas inscritas tengan visibilidad y puedan participar en el debate que realizaremos al final de la reunión. Quiero destacar que todos y todas son profesionales que hacen de la sanidad un servicio público: médicos de atención primaria, neumólogo, residentes de hospitales, responsables médicos de centros penitenciarios, enfermeras y farmacéuticos que dependen de la Subdirección de centros penitenciarios. Y cómo no iba a ser de otra manera: enfermeras y enfermeros, médicos y

médicas, técnicos de intervención social, referentes de salud, integración social y voluntarios de diferentes áreas de Cruz Roja Española. Y no enumero a más personas e instituciones para no alargarme tanto en la introducción. Eso sí, me gustaría agradecer a *Sandoz* el apoyo absoluto y la apuesta por una temática que intenta interactuar entre diferentes actividades sociosanitarias y con un fin de concienciar sobre lo que se hace por la sociedad en general y por la población más desprotegida en particular. Esta apuesta que hemos hecho para realizar una jornada que se denomina con un nombre tan largo y que para Mario Braier, coordinador de este evento, es ya un éxito dado el alto o relativamente alto número de inscritos.

Vamos a ello: Enrique, Susana, Carmen, Joan, Javier, Xavier, Joaquín, Francesca y Fátima, tenéis la palabra y vamos a empezar la jornada.

1^a **JC²⁰²²** **Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias**

Para ver la jornada en vídeo

memoriasdelacovid19.org



redtbs.org



Enrique Acín García
Jefe del Área de Salud Pública
de la Subdirección General de Sanidad
Penitenciaria. Ministerio del Interior

Lo que voy a exponer directamente es la situación a nivel general e intentaré hacerlo con una cierta brevedad. Nosotros atendemos a la población penitenciaria depende de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. En estos momentos tenemos 48.772 personas privadas de libertad, a los que habría que sumar las prácticamente 8.000 que dependen de los Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Catalunya, y aproximadamente 500 que dependen del Servicio de Prisiones del País Vasco. También se ha transferido a la Comunidad de Navarra lo que es la asistencia sanitaria; básicamente estos datos son para daros una pincelada de la actual situación de distribución de la población internada. Esto supone aproximadamente a nivel nacional, incluyendo todos los servicios, a entre 100 y 120 personas privadas de libertad por cada 100.000 habitantes. Esto, dentro de la media europea, la nuestra es un poquito más alta, pero vamos inmensamente inferior a, por ejemplo, países como Estados Unidos donde prácticamente hay entre 500 y 600.

Respecto a la población nuestra, como veis en la figura 1, 92,8, son (7,2 % mujeres y 70,3 % hombres) son españoles y un 29,7 % son nacidos fuera de España o residentes ahora en nuestro país. Fundamentalmente son gente joven, o sea el grupo mayoritario tiene entre 29 y 50 años. Está inmensa mayoría son personas bastante jóvenes y por contaros un poquito, nosotros arrastramos desde los años 80, como podéis ver en la figura 2, un problema importante debido a la epidemia de consumo de heroína y cocaína, fundamentalmente por vía inyectada, donde, además, compartiendo el material de inyección de las personas entonces teníamos privadas en libertad: 46 % tenía antecedentes de uso de drogas inyectadas compartiendo el material inyección.



Situación de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios



Figura 1



Figura 2

Sigue en página 8

Eso supuso que como muchos de ellos estaban ligados a delitos contra la propiedad. Ingresaron en prisión y como dice ahí, en el año 89, el 32 %, prácticamente uno de cada tres presos que ingresaba en prisión en aquel momento era portador de VIH en un momento que, como sabéis, no había tratamientos efectivos, con lo cual la perspectiva era francamente un poquito devastadora, como en cierto modo lo fue a principios de los años 90. Luego, como ya vais viendo, la cosa, afortunadamente se fue controlando con programas de reducción de daño, con muchas intervenciones del Plan Nacional del SIDA a nivel nacional y en el año 2021 la prevalencia que teníamos en el conjunto de las prisiones que dependían de nosotros era el 3,8 %. Afortunadamente en estos momentos ese 3,8% porque hay tratamientos efectivos y conseguimos en la inmensa mayoría de ellos una carga viral detectable. De hecho, prácticamente, un poquito antes de lo previsto para el 2020, si mal no recuerdo, en el 2019, conseguimos lo que en aquel momento nos pedía ONUSIDA del objetivo 90-90-90 y ahora trabajaremos por el 95-95-95, a ver si lo conseguimos. Pero bueno, ya prácticamente no supone el problema ni de lejos lo de lo que supuso en aquellos años.

Aquí, en la figura 3, veis la distribución de esa prevalencia por comunidades autónomas. Fundamentalmente se centraban incluso en la costa levantina y Baleares. También aparece marcado como muy elevado en Aragón, pero es fundamentalmente debido a que cuando hay un poco de *overbooking* en las prisiones de Valencia, se mandan a las de Daroca o a las de fuera con lo cual aumentaría un poquito la prevalencia, pero fundamentalmente del VIH pegó muy fuerte en aquella zona, aparte de Madrid y Galicia o Castilla y León y en Canarias, sin embargo, es bastante, bastante menor.

¿Cuál es la primera consecuencia que trajo aquello? Pues, lo podéis imaginar, la primera enfermedad oportunista que aparece en estos casos es la tuberculosis, en 1993 o 1994 podéis ver en la figura 4.



Figura 3



Figura 4

Pero como todos sabéis, esto es debido a que en el 1994 fue cuando la tuberculosis pulmonar se incluyó como enfermedad definitoria del caso de sida. Hasta entonces contabilizamos como casos de sida los de los relacionados con la tuberculosis pulmonar. Pero hoy se ve el aumento tan fuerte que supuso el impacto que supuso la VIH en el tema de la tuberculosis en el momento actual. Pues aquí podéis ver los años 19, 20 y 21. Sí que observaréis, como nos ha pasado en todos los servicios de salud, que parece como si el año 2020 hubiera una disminución. Evidentemente es un efecto de infra diagnóstico de la notificación que hemos ido recuperando en el 2021. Ese pequeño bache que hubo respecto a la notificación o detección de casos de tuberculosis. En el gráfico tenéis un pequeño resumen de los 24 casos que hubo en el 2021. Figura 5.

Sigue en página 9

La mayoría, como era lógico, al ser así, eran de hombres porque la población ya había visto que fundamentalmente son varones con una edad media de 39 años. Lo significativo es que el 50 % eran nacidos fuera de España. Cuando habéis visto que simplemente el 30 % de la población penitenciaria era nacida fuera de España. O sea que el impacto mayor era en la población extranjera. De ellas el 87,5 % fueron tuberculosis pulmonares y de un 61,9 % bacilíferas y el 100 % indigentes.

Casos de TB en II.PP.

- 24 casos en 2021.
- 95,8% varones.
- Edad media: 39±12 años.
- 50% nacidos fuera de España.
- 87,5% fueron TB pulmonares.
 - 61,9% bacilíferas (13 de los 24 casos).
- 100% TDO

Figura 5

La mitad de los casos que se diagnosticaron eran diferentes; evidentemente en el 100 % de los casos el tratamiento fue directamente observado. Bien, ya sabéis que en epidemiología nos gusta mucho más las tasas que los números absolutos. En la figura 6 pueden observar la evolución de la incidencia de casos de sida o de casos de tuberculosis; en esos momentos es prácticamente cero porque lógicamente al tener a los internos una carga viral indetectable, podéis ver perfectamente como la tuberculosis acompaña de forma prácticamente paralela a la incidencia de casos de sida y llegó lógicamente a superarla en 1996, porque evidentemente la tuberculosis, aparte de los VIH, también afectaba a los VIH negativos y aunque funcionara en paralelo, la incidencia de tuberculosis era lógicamente mayor. Aun así, prácticamente tenemos una incidencia del 0,5 por mil, lo que supone unos 50 por 100000, aunque la consideramos francamente baja si

Tasa de TB y de Sida en II.PP.

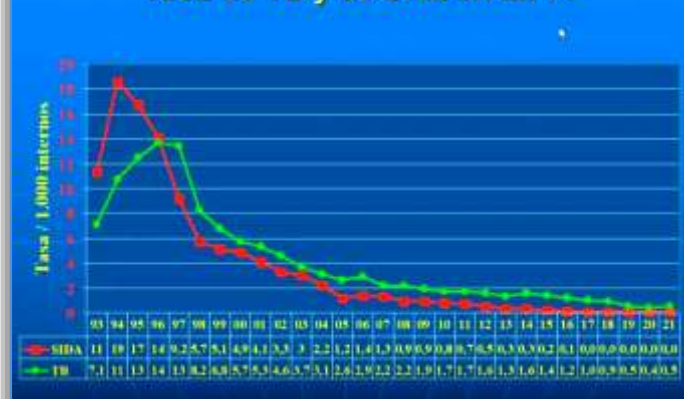


Figura 6

bien, prácticamente es cinco veces más que los que la en la población general a ser personas que provienen de ámbitos muy desfavorecidos. Evidentemente no hay dos sin tres, cuando ya logramos de alguna manera controlar el tema del VIH, pues apareció ahí un virus que se transmitía exactamente igual y se reproducía de la misma manera y que nosotros prácticamente no habíamos llegado a ver. Figura 7.

Prevalencia del VHC en Prisiones

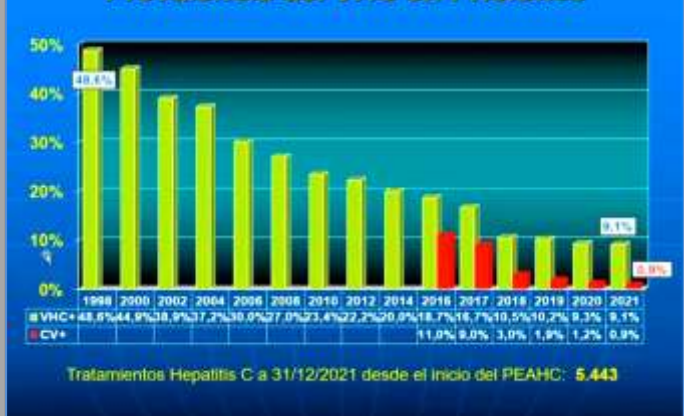


Figura 7

Porque claro, la gente por desgracia no falleció antes de VIH que de hepatitis C, y ahí veis cuando en el año 98, cuando empezamos a ver un poco la luz gracias a los inhibidores de la proteasa en el tema del VIH, nos apareció que teníamos un 50 % prácticamente de personas portadores del VHC. Bien, luego veis ahí unos datos ya más modernos, pero aquí ya no vamos a tener tanto en cuenta el tema de si es o no

Sigue en página 10

VHC positivo, sino que lógicamente ya nos vamos a intentar fijar más en cómo anda la carga viral detectable porque desde que se puso en marcha el plan de acción contra la hepatitis C a nivel nacional ya llevamos tratados unos 5400 aparte de los que se están tratando en la comunidad y en estos momentos a nivel nacional solo el 0,9 % de las personas que hay dentro de Instituciones Penitenciarias tienen la carga viral positiva.

Aquí hay un problema porque evidentemente nosotros tenemos un turno, un recambio constante y prácticamente para cuando hemos podido tratar a mucha gente, pero esa gente se nos va a libertad. Yo, más o menos, he calculado que difícilmente vamos a poder superar a lo mejor el 07 o 08 porque prácticamente con el turno que hay es la prevalencia que tenemos en estos momentos. Al entrar en prisión siempre vamos a tener ahí un grupo de gente que o está en tratamiento o está pendiente de iniciar el tratamiento antes de salir en libertad; pero que en este momento estamos bastante satisfechos con los resultados y del esfuerzo tanto sanitario como económico que esto conlleva.

La distribución a nivel nacional de del VHC esta vez curiosamente en vez de afectar a la zona de levante, afectó más al noroeste, aunque ahora Cantabria está muy bien, pero afectó mucho y también Asturias y Galicia donde en VHC hay una prevalencia un poco alta y todavía tienen un trabajo por hacer. En el resto del país ya vamos teniéndolo todo más controlado.



Figura 8



Figura 9

Respecto a la evolución de la infección por la COVID-19, aquí en la figura 8 superpongo dos gráficas de incidencia acumulada a nivel nacional y otra cuál ha sido la incidencia acumulada en Instituciones Penitenciarias. Es muy llamativo, podéis ver cómo la primera habla pandémica, en la que hicimos un cierre absoluto logramos tener bien controlada la incidencia acumulada en todas las olas, salvo en la quinta. En la tercera es donde más nos sacudió porque la población aún no estaba vacunada y el virus se metió bastante bien porque fuimos generosos con la concesión de permisos y salidas en libertad en Navidad; fue nuestra peor ola con siete fallecidos. La cuarta ola pasó sin pena ni gloria porque en aquel momento ya casi todos los trabajadores estaban vacunados y lo internos se empezaron a vacunar. Se hizo con Janssen, como sabéis, no tan efectiva a largo plazo; en algunas comunidades se vacunó con las otras. El último fallecimiento, de un total de los 12 que hemos tenido, fue en 2021; podemos ver los datos en la figura 9. Luego empezó esta ola de la variante ómicron y no tuvimos ningún fallecimiento pues los niveles de vacunación alcanzaron el 95 % de la población y en prisiones se seguían manteniendo a pesar de los turnos de entrada y salida. Nuestra tasa de mortalidad fue entre 8 y 8,5 veces inferior a la de la población en general. A veces la gente en el exterior no se da cuenta que la protección de la salud en las prisiones es una parte esencial de la salud pública. Muchas gracias a todos.

Susana Catalán Esteve

Médica del Centro Penitenciario Madrid V (Soto del Real). Secretaria General de Instituciones Penitenciarias

Voy a intentar hablar de cómo manejamos un centro penitenciario grande y sobre el tipo las enfermedades infecciosas que tenemos con más frecuencia. Madrid cinco, Soto del Real, es un centro que tiene una capacidad de hasta 2000 internos. Es de preventivos, básicamente la puerta de entrada de los internos. Los presos de la Comunidad de Madrid tienen una rotación anual muy importante porque no sólo tenemos unos 1200 en este momento, sino que entran y salen con mucha rapidez. Llegamos a ver hasta 4000 pacientes por año que ingresan en nuestro centro. Eso supone un reto a cómo prevenir las enfermedades contagiosas y se extiendan al resto. Tenemos 17 módulos, uno de ingresos y otros de enfermería. Básicamente en el módulo de ingresos lo que hacemos siempre es una historia clínica a todos los que ingresan en prisión. Se suele hacer en las primeras 24 horas para evitar entre en el centro cualquier enfermedad infectocontagiosa. Figura 1.



Figura 1

Dentro de la historia clínica incluimos unas analíticas que nosotros llamamos SURI, donde se hace un sistemático, una bioquímica y una serología de hepatitis B, C, VIH y sífilis. También tenemos unos protocolos sanitarios específicos para la prevención de la tuberculosis porque tuvimos una mayor incidencia de casos cuando empezaron a venir a nuestra prisión presos que estaban cumpliendo eran condenados en prisiones de fuera de España y regresaban aquí



Manejo de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios

para cumplir las penas. Entonces, detectamos que algunos venían con tuberculosis, incluso se supone que eran baciloscopias negativas, pero que luego detectamos que tenían tuberculosis. Así que utilizamos un protocolo específico para evitar que y para poder diagnosticar lo más precoz posible a dichas personas. Y también tuvimos que implantar un protocolo durante la pandemia porque claro, nosotros no cerramos con lo cual, incluso en los primeros momentos en época de confinamiento, recibíamos ingresos todos los días y no sabíamos en qué estado comunitario venían. La incidencia que tuvimos fueron los picos y las olas. Tuvimos 418 casos debido a que recibíamos constantemente ingresos y no sabíamos si estaban en principio contagiados o no y entonces teníamos que tomar unas medidas de cuarentena. Figura 2.

INFORME CASOS DE COVID DURANTE LA PANDEMIA C.P MADRID V

CASOS DE COVID-19

FECHAS	ALTA HOSPITALARIA	SIN CLÍNICA	SINTOMATOLOGÍA LEVE	Total general
1ª OLA (01/03/20 HASTA 21/06/20)	3	8	7	18
2ª OLA (22/06/20 HASTA 31/12/20)	13	110	20	143
3ª OLA (01/01/21 HASTA 31/03/21)		13	2	15
4ª OLA (01/04/21 HASTA 31/06/21)	1	7		8
5ª OLA (01/07/21 HASTA 14/10/21)	4	54	34	92
6ª OLA (15/10/21 HASTA 29/01/22)	1	30	45	76
7ª OLA (30/01/22 HASTA 30/09/22)		13	13	26
TOTAL	22	235	161	418

Figura 2

Sigue en página 12

Al principio no disponíamos de pruebas diagnósticas. Posteriormente empezamos a hacer un PCR a los ingresos. Entonces tenían que estar en cuarentena durante un tiempo y luego realizábamos las PCR para diagnosticar y evitar que entrara dentro de las prisiones los casos de COVID y pudieron contagiar al resto. Hasta no tener las vacunas controlábamos a base de hacer PCR e intentábamos diagnosticar precozmente. Hacíamos un seguimiento diario con toma de temperaturas, con saturación, para intentar diagnosticar cuanto antes y evitar algún tipo de complicación. Nosotros disponemos de técnicos de rayos con lo cual al primer síntoma o de saturaciones, realizábamos radiografías para diagnosticar neumonías o casos que pudieran ser más complicados. No tuvimos ningún fallecimiento y tuvimos varias olas y normalmente íbamos por detrás de la población general cuando empezaba a haber picos más elevados de incidencia. Nosotros no teníamos tantos casos y al contrario cuando aquello iba bajando nosotros empezábamos a tener más casos. Tuvimos todo tipo de cepas: británica, Delta, India... y gracias al Hospital Gregorio Marañón, que nos realizaba las PCR y nos hacía el tipado de las cepas con lo cual nos avisaba si eran con mayor o menor riesgo de contagios para tomar las precauciones.

Aun así, no conseguimos que el centro estuviera libre de COVID y tuvimos que confinar algunos módulos porque teníamos una incidencia muy elevada. Y cuando teníamos muchos casos en un módulo, intentábamos que no pasaran de un módulo a otro y que no se transmitiera la infección por todo el centro. Los internos se comportaron muy bien y la verdad es que aguantaron las restricciones, las cuarentenas y colaboraban en todo momento. No tuvimos ningún problema ni incidencia grave. Es cierto que tuvimos algunas complicaciones, enfermos que se pusieron más graves, dos ingresados en UVI y de momento seguimos bien. Nos mejoró mucho cuando tuvimos los test de antígenos, hicimos diagnósticos mucho más rápidos.

Una vez que se inició la vacunación con Janssen a todos los internos que quisieron realizarla, pues también mejoró mucho la incidencia y fue bajando el número de casos. En este momento seguimos vacunando a la gente que ingresa sin vacunación y se le oferta esa posibilidad. Completamos las pautas de vacunación a la gente que la traen completa si lo desean e intentamos que no entre ningún caso.

Pero voy a referirme a la tuberculosis. Al respecto tenemos una relativa incidencia porque lo tenemos difícil hacer el seguimiento. En el 21 no hemos tenido ningún caso, pero sí que seguimos teniendo casos de tuberculosis. Para eso lo que hacemos es mantener siempre una alerta. Figura 3.

INFORME CASOS DE TBC PERÍODO 2018-2022 EN C.P MADRID V

CASOS DE TBC ÚLTIMOS 5 AÑOS	
FECHAS	Nº CASOS
2018	3
2019	1
2020	1
2021	0
2022	2
TOTAL	7

Figura 3

Lo que hacemos es siempre una historia clínica, puesto que tenemos gente que viene en unas condiciones sanitarias que desconocemos porque no tenemos acceso a los datos previos al ingreso en prisión. Evidentemente, y sobre todo centrándonos en gente que a lo mejor ha estado en unas condiciones en situación de calle, que ha estado en condiciones o en prisiones extranjeras o prisiones fuera, donde puede haber una elevada incidencia de tuberculosis o en contacto con alguien, o ya han tenido tuberculosis, aunque esté tratada. Lo que hacemos es una radiografía de tórax, baciloscopias en esputo, seriadas, que serían las tres muestras y Mantoux dependiendo de las circunstancias clínicas de cada uno. Si no se le ha realizado previamente o no ha tenido contacto con esos datos, nosotros podemos

podemos hacer un despistaje relativamente rápido y diagnosticar o podemos por lo menos quedarnos tranquilos de que no son bacilíferos y no van a pasar a posible infección dentro del centro penitenciario; el último caso de TB que hemos tenido ha sido en septiembre y el problema es que nuestro centro es la rotación rápida. El caso de tuberculosis diagnosticado hace un mes es en un paciente que estaba en situación de calle. El problema es que no nos da tiempo a hacer seguimiento porque le han reclamado de una prisión de Alemania y en cuanto ha tenido las negativas ha tenido que irse para, por lo cual no vamos a poder terminar el seguimiento; este suele ser nuestro problema fundamental. No podemos terminar el seguimiento de muchos de los pacientes. Figura 4.

Es muy probable que realizando la serología encontremos que tienen una nueva infección por VIH, pero no es así y lo sí encontramos es mucho abandono del tratamiento. Cuando salen en libertad abandonan los tratamientos antirretrovirales realizados al ingreso. Se debe realizar otra vez el CD4 carga viral y valoramos, dependiendo del tiempo abandonado del tratamiento, introducirlo o derivarlo para nuevo estudio para ver si tienen resistencias y para volver a iniciar un nuevo tratamiento; nos ocurre con relativa frecuencia. Y en los casos de hepatitis C, la incidencia en su presentación, pues simplemente decir que al hacer serología encontramos casos al hacer carga viral detectable o no detectable, pues entonces ya seleccionamos los casos que diagnosticamos con carga viral detectable, los derivamos para completar el estudio fenotipado y Fibroscan e iniciar tratamiento. Hemos tenido pocos casos este año, me parece que uno y nos ha pasado lo mismo que con tuberculosis, diagnóstico, estudio completo, y cuando ha terminado el estudio, pues resulta que el interno se ha ido en libertad. Pero bueno, le hemos mandado a casa con su tratamiento por lo cual esperamos que por al menos lo siga y curar esa hepatitis C. Muchísimas gracias.



Figura 4

Y aquí os expongo los datos de las infecciones de VHC que tenemos y de hepatitis C. No tenemos realmente ahora mismo los que están ingresando, la mayoría vienen diagnosticados. Figura 5.



INFORME VIH JUNIO/2022 EN C.P MADRID V

CENTRO	internos	VIH+	% VIH+	Nº TARV	% VIH en TAR	% Inf. en TAR
MADRID V	1.118	45	4,03%	40	88,89%	3,58%

INFORME VHC JUNIO/2022 EN C.P MADRID V

CENTRO	INTERNOS	VHC+	PREVALENCIA VHC	VHC con CV detectable	% VHC con CV detectable
MADRID V	1.118	22	2,0%	0	0%

Figura 5

Noticias en red 1 PUBLICADO EN MEDIOS



PORTADA NOTICIAS ÚLTIMA HORA DIÁLOGOS NEWSLETTER TV Y RADIO

Los expertos señalan la coordinación y multidisciplinariedad como claves para abordar las enfermedades infecciosas

Infosalus

La prevalencia conocida del VIH en instituciones penitenciarias ha bajado del 32 al 3,8% en los últimos 30 años



LA VANGUARDIA



Sociedad

Los expertos señalan la coordinación y multidisciplinariedad como claves para abordar las enfermedades infecciosas



La prevalencia conocida del VIH en prisiones ha bajado del 32 al 3,8% en los últimos 30 años

Todas las
afectadas

Expertos ponen el acento sobre la coordinación y la multidisciplinariedad ante las enfermedades infecciosas



TBS-Stop
es ámbitos

DIARIO MÉDICO CORREO FARMACÉUTICO

Neumología - Comité de Gestión TBS-Stop y Gestión

Infecciosas en prisión: bajan VIH y VHC, TB controlada, y cero muertes por ómicron

El 100% de los casos de tuberculosis (TB) detectados en instituciones penitenciarias en 2021 estuvieron en tratamiento observado



Joan Artur Caylà Buqueras

Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona



Cómo controlar mejor la tuberculosis en personas procedentes de países hiperendémicos

Yo comentaré sobre cómo controlar mejor la tuberculosis en personas procedentes de países hiperendémicos, para ello debemos recordar que en el control de la tuberculosis. en los últimos 40 años hemos tenido muchos problemas. Uno importante sería el de migraciones. Pero como ya se ha comentado en la jornada hay otros problemas que serían el VIH-sida, las drogas, la pobreza, las guerras., programas de control muy limitados, pocas innovaciones farmacológicas, tratamientos de enfermedades inmunodepresivas y la COVID-19. Y la lista podría ser más larga.

En cuanto a los casos que hay cada año a escala mundial, la OMS estima que, en los últimos años, cada año hay unos 10 millones de casos y casi un millón y medio de muertes. Pero lo que destaca más es el mapa de la tuberculosis en el mundo que coincide con el mapa de la riqueza en el mundo. Se puede ver que los países con más tuberculosis realmente son los más pobres, mientras que en sentido contrario, los países con mayor nivel socioeconómico, que en el fondo son unos poquitos en todo el mundo, pues la incidencia que tienen de tuberculosis es mucho menor. Figura 1.



Figura 1

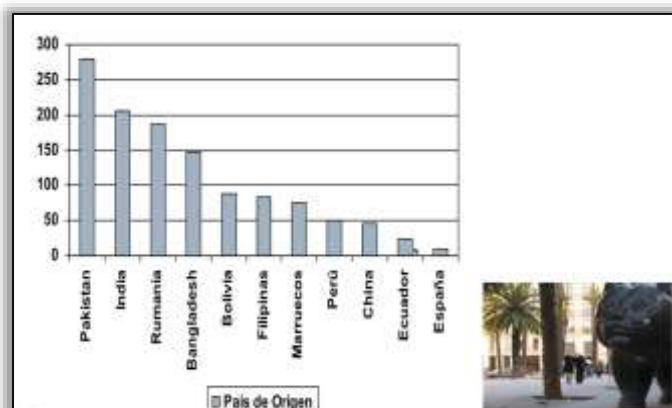
¿Qué ha pasado en España con la emigración en el 2009? Teníamos estadísticas del INE según nacionalidad y el 12% de la población extranjera en 2009 eran extranjeros. Afortunadamente ahora disponemos de estadísticas según país de origen, porque ese era el gran tema, hay mucha gente en España, sobre todo de América Latina, que puede conseguir la nacionalidad, pero desde el punto de vista epidemiológico lo que nos interesa es el país de origen. De los casi 48 millones de casos de habitantes que hay en España el 18 % ha nacido en otros países. Hay que destacar que, en las áreas metropolitanas de Madrid y Barcelona, por ejemplo, el porcentaje es superior al 20 %. ¿Y por qué nos interesan estos datos? Pues porque realmente esta gente que ha venido de otros países viene de lugares con mucha tuberculosis y poca cobertura vacunal y llegan a un país donde hay menos tuberculosis, pero hay más VIH y más hepatitis C, mayor cobertura vacunal. Es interesante saber también de dónde vienen. Figura 2.

Sigue en página 16



Figura 2

En el 2009 la nacionalidad predominante era de Rumanía y de África, Marruecos, de América Latina, de Ecuador y de Asia, China. ¿Y cómo cambió en relación con 2021? De Rumanía algunos habrían vuelto a su país o habrían emigrado a otros sitios y de Marruecos ha aumentado de forma importante. Ecuador ha perdido fuerza (es posible que de algunos países se hayan nacionalizado) o emigrado. Hoy en día destaca los aumentos provenientes de Colombia y China con relativa importancia. Nosotros ya vimos, por ejemplo, que en el 2004, los habitantes de Barcelona que habían nacido en España tenían una incidencia aproximada 20 x 100 000, pero esta incidencia era superior entre la gente que procedía de Ecuador o de China, Perú, Marruecos, Filipinas, Bolivia, Bangladesh, Rumanía, India y Pakistán. De Pakistán podemos ver que tiene una incidencia 15 veces superior a la gente nacida en España y residen en barrios socioeconómicamente más deprimidos, como es el barrio del Raval sur, el antiguo barrio chino. Figura 3.



Pues en el 2011 el 80 % de las personas que tenían tuberculosis en un solo año eran de otros países y la tuberculosis de los autóctonos ha decrecido de forma importante. Esto se traduce en que en 2021 hemos pasado a que el 67 % de los casos de tuberculosis de Barcelona corresponden a nacidos en otros países. Figura 4.

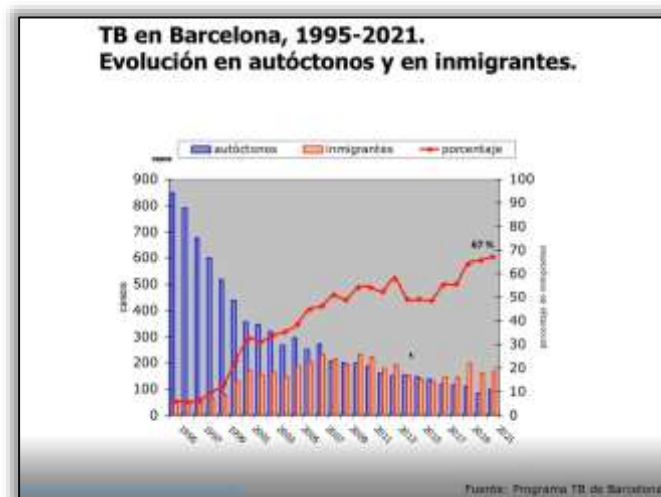


Figura 4

En inmigrantes, ha ido decreciendo y en autóctonos ha crecido relativamente. En el último año ha aumentado un poquito, con la COVID-19, previamente, bajó mucho. Y en todo caso, en cualquier año podemos ver que la incidencia de inmigrantes es como cuatro o cinco veces superior a la de autóctonos (2004 o en 2021). Figura 5.

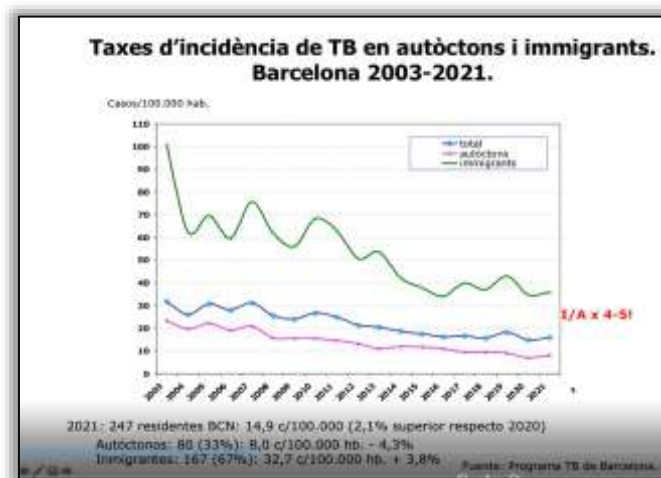


Figura 5

Hasta entonces eran los españoles que iban a otros países. Pero a partir del 2000, con los cambios económicos globales, España es un polo de atracción para gente procedente de países en vías de desarrollo.

Sigue en página 17



Figura 2

Ya en 2003 había recomendaciones importantes para controlar las tuberculosis importadas y las publicamos en *Medicina Clínica*. Mejorar el estudio de contactos era difícil porque algunos inmigrantes no tenían papeles y eran visitados por una enfermera de Salud Pública del Programa de Tuberculosis e igual se pensaban que era una policía y no atendían bien. Por lo tanto, era importante tener enfermeras de Salud Pública y agentes de salud comunitaria que asistían en las visitas y que actuaban como mediadores culturales y como traductores.

Para todos nosotros, muy probablemente es imposible explicar en árabe la importancia de cumplir el tratamiento en ruso o en chino, o muchos idiomas. Gracias a estos trabajadores se posibilitó la comunicación y fue un accionar muy novedoso y facilitó otorgar la tarjeta sanitaria y cribar a las inmigrantes en el primer contacto que tenían con el sistema de salud, haciendo simultáneamente la prueba de la tuberculosis y una radiografía de tórax, porque si le hacemos la tuberculina y la leemos al cabo de tres días y es positiva, le pedimos una radiografía otro día, etcétera, lo más probable es que se pierda porque si esta persona tiene un trabajo seguramente será precario y tendrá miedo de perderlo y opte por no concurrir para seguir con el control. Fue muy útil incorporar este equipo, con el que podíamos atender a la gente de Pakistán, India, América Latina, China, Europa del Este, África subsahariana, Marruecos, países árabes. Figura 6 y 7.

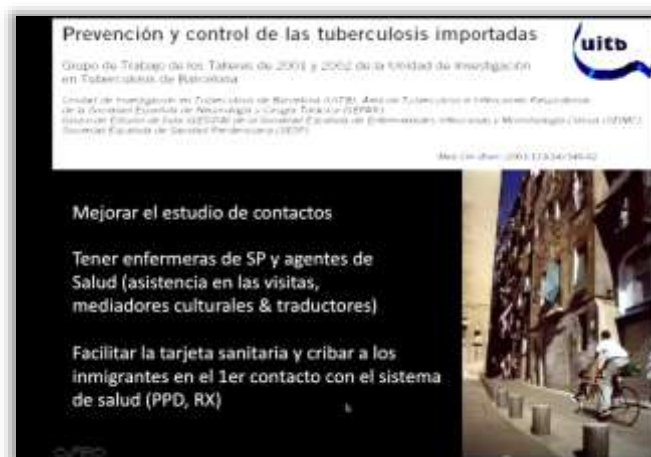


Figura 6 y 7

Con esta actuación pudimos demostrar que con agentes comunitarios de salud se puede mejorar el estudio de contactos en los inmigrantes. Lo que vimos en este estudio es que la cobertura del estudio de contactos de inmigrantes era similar en porcentaje de la población autóctona, lo cual realmente fue un éxito importante. Bueno, aquí podemos ver, por ejemplo, una enfermera que está leyendo una tuberculosis en un piso patera donde hubo un bacilo en esta habitación con seis literas; una habitación muy pequeña para tantas personas. Figura 8.



Figura 8

Sigue en página 18

La única forma de organizarlo fue mediante agentes comunitarios de salud. Puedes organizar un viernes por la noche para que fueran con la enfermera a primero para hacer las tuberculinas y al cabo de tres días alertas. Y cómo tenemos los programas de control de la tuberculosis en España, esto realmente ha sido un hándicap. Fue muy importante del Plan Nacional de Erradicación de la Tuberculosis, que en aquella época franquista se vendió como un gran programa de salud pública y que además tuvo un coste económico equivalente a 540 millones de euros. Pero realmente tuvo muchos puntos débiles y en 1973 lo único que se erradicó fue, lamentablemente, el plan.

El 2007 con Julio Ancochea y más gente se activó este plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Estábamos en el inicio de una crisis económica mundial y también vino la gripe 2008-2009 y realmente el plan no se llevó a cabo. Recientemente, en marzo del 2019, el Ministerio de Sanidad publicó el *Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España*, que es parecido, pero, nuevamente es mala suerte. Ha venido la pandemia de la COVID-19 y me temo que la crisis que comporta y va a comportar la COVID impedirá que se haga algo al respecto.

Sin duda que la pandemia frena la vigilancia de otras enfermedades infecciosas. De hecho, todas las enfermedades de declaración obligatoria han tenido muchas limitaciones.

Aquí, en la figura 9, podemos ver cómo vamos con la estrategia en tuberculosis, al plan de estrategia de la Organización Mundial de la Salud, aunque no podemos comparar los datos actuales de Barcelona y de España. En 2015 Barcelona tenía 17 x 100 000 de incidencia y lo previsible es bajar a un 20 % en el 2020; y así progresivamente. Lo lógico es que deberíamos haber conseguido en 2020, 13,9 x 100 000, pero en 2021 estamos en 15, por tanto, no vamos bien. Y lo mismo podríamos decir para España. En España se hace difícil para mí por lo menos y para mucha más gente, saber si

10 o 15 por 100 000 en 2015. Por lo tanto, deberíamos bajar, pero desafortunadamente, al no tener en funcionamiento el *Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España*, no tenemos datos recientes que sean fiables. Figura 9.



Figura 9



Figura 10

En la figura 10 podemos ver la evolución en Barcelona durante estos años, desde el 1986 hasta ahora mismo. En un primer momento hubo una gran asociación, como se ha comentado, de la tuberculosis con el VIH, la adicción a drogas y prisiones. Aquí alcanzamos la incidencia más alta durante el año de los Juegos Olímpico, de 67 por 100 000. Después, con mejoras en el control antirretrovirales, etcétera, se disminuyó de forma importante. A partir del 2000 la inmigración masiva de países con alta carga hace disminuir el declive. En 2008 con la crisis económica y el 2020 con la

pandemia de la COVID-19 y ahora en la posCOVID pueda sobrevenir una sindemia. Como ya he dicho, la tuberculosis es una enfermedad desafortunada porque siempre tiene problemas que dificultan la continuidad para un buen control de esta misma.

Para acabar, lo que considero importante es que consiguiéramos que fuera realmente una prioridad política y que tuviera suficientes recursos humanos y económicos.

Vemos que la endemia de la tuberculosis y la pandemia de la COVID-19 ha supuesto un retroceso grave en el control de la tuberculosis en toda la población. No podemos pensar ya en la tuberculosis en inmigrantes o en autóctonos, sino en toda la población, debemos recuperar el tiempo perdido en tuberculosis. Debemos conseguir sinergias en vigilancia y control del VIH, de la COVID y de la tuberculosis. Debemos estar preparados para tener respuesta a futuras pandemias; ahora mismo la viruela del mono.

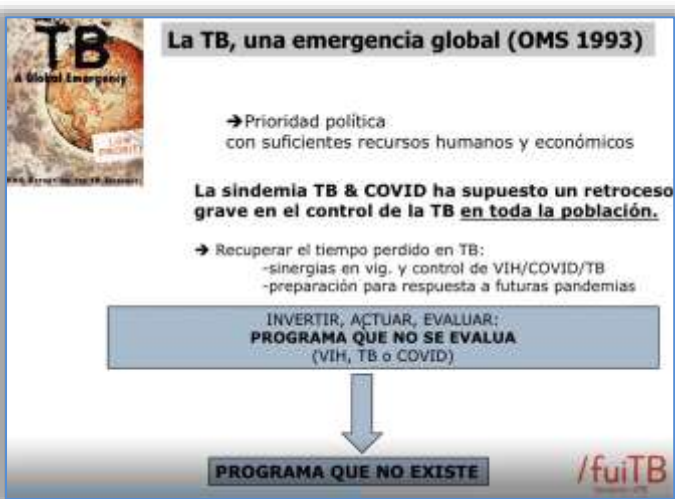


Figura 11

Pensando en tuberculosis, pero también en VIH y COVID y hay que invertir, actuar, evaluar un programa que actualmente no se evalúa. Un programa que no se evalúa no existe. Figura 11. Muchas gracias



Libros editados por la Red TBS-Stop Epidemias; años 2020 y 2021: *Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1* y *Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas*. El prólogo de los libros fue escrito por Federico Mayor Zaragoza y por Adolfo Pérez Esquivel. Han participado 151 autores que han expresado una visión personal sobre lo que ha representado para cada uno de ellos esta terrible pandemia y ha unido a 52 ciudades de 20 países. Los libros son gratuitos. Solicitar un ejemplar enviando tus datos a: redtbs@redtbs.org - También se puede leer en formato digital en nuestra web.



Noticias en red 2 JORNADAS



/fuiTB
fundació uiTB
fundación uiTB
foundation uiTB



Noticias en red 3

**XXVI Jornadas Internacionales
sobre Tuberculosis**
14 y 15 de noviembre de 2022
COMB Centro de Congresos
Passeig de la Bonanova, 47, BARCELONA

PROGRAMA



INSCRIPCIONES



Javier García Pérez
Presidente de NeumoMadrid.
Secretario General del Comité Científico
de la Red TBS-Stop Epidemias

En febrero de año 2020, Julio Ancochea y yo publicamos un artículo a la *Revista Española de Salud Pública*: “La Tuberculosis en el año 2020: retos y oportunidades”, y creo que tuvimos un ojo clínico especial porque planteamos una serie de circunstancias que hasta el momento marchaban con más lentitud de lo esperado, pero que se estaban consiguiendo. Íbamos avanzando en la disminución de casos de tuberculosis en el mundo, en la disminución de la mortalidad, aunque mucho más lento y a una velocidad menor de la que esperábamos. Pero pocos días después asistimos a la declaración de una pandemia, a una pesadilla que trastocó esas cifras de tuberculosis que, como digo, con mayor lentitud de lo esperado, nos ofrecían un panorama más optimista del que ha venido luego al confirmarse con la pandemia.

El pulmón de la tuberculosis y el pulmón de la COVID-19 se parecen, ambos son los centros especiales, los órganos especiales donde estas enfermedades afectan fundamentalmente y son los responsables en la mayoría de los casos, de la mortalidad. Figura 1.



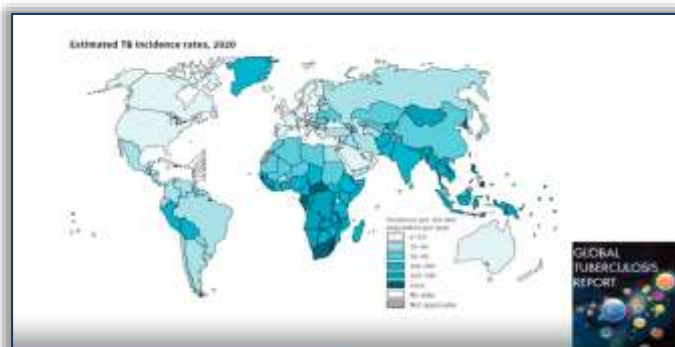
Figura 1

A la izquierda tenéis un pulmón de una necropsia con tuberculosis y a la derecha de una necropsia de una neumonía bilateral por SARS-CoV-2. ¿Veis que se parecen? En ambos pulmones se ven cavernas y material inflamatorio, exudativo, hay también *caseum*.



¿Hemos seguido viendo tuberculosis en el hospital durante la pandemia de la COVID-19?

En el último informe que publicó hace casi un año la Organización Mundial de la Salud nos decía dos datos fundamentales después de la aparición de la pandemia; dos datos que quiero resaltar. Hubo una caída de notificaciones de tuberculosis del 18 % con respecto al año anterior. Se pasó de 7,1 millones a 5,8 millones y, por primera vez desde 2005, aumentó la mortalidad. Más de 1,5 millones de personas fallecieron por una enfermedad prevenible y curable. Y para la historia de datos negativos que recordaremos tenemos todos que saber que el 1 de abril de 2020 fue el día en el que las muertes diarias por COVID-19 superaron a las muertes por tuberculosis. Figura 2.



La caída de las notificaciones en 84 países desde 2019 hasta 2020, como ven en algunos de los países más significativos fue muy alta: India, Indonesia, Filipinas, Sudáfrica. En algunos de ellos la caída no es tan acusada, pero en la mayoría eso son los meses del 2020, sobre todo a partir de marzo las notificaciones de TB caen drásticamente y como la pandemia de COVID-19 vino a configurar un escenario distinto en la lucha contra la tuberculosis. Figura 3.

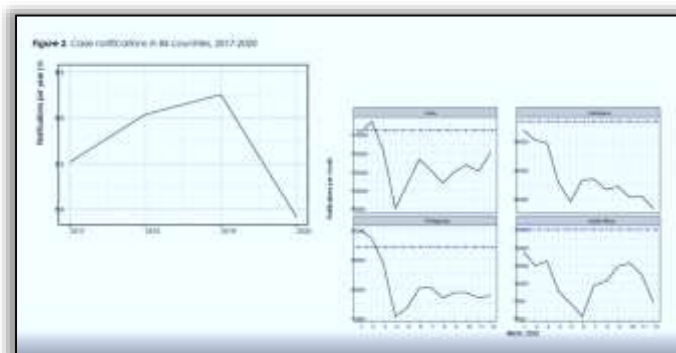


Figura 3

Como recoge también esta gráfica de la OMS, una caída aproximada del 17/18 % de las notificaciones en los casos de tuberculosis supone un exceso de mortalidad claramente observante y relevante. Figura 4.

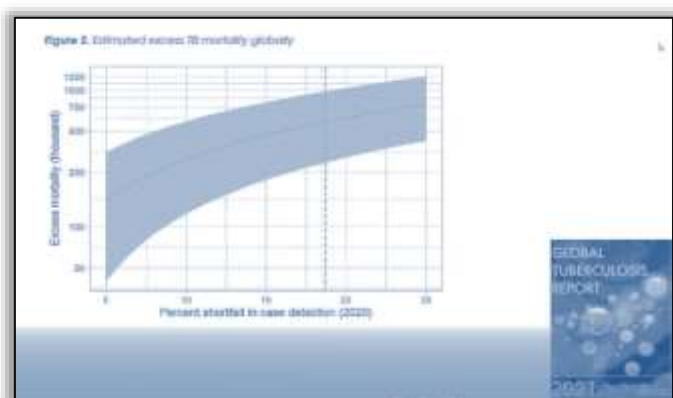


Figura 4

Por tanto, la epidemia de la COVID-19 con su viraje de recursos hacia esta infección vírica, con la utilización de los métodos diagnósticos, y estoy pensando en las técnicas de biología molecular que fueron suplantadas para poder ser utilizadas en el diagnóstico de las infecciones víricas han cambiado por completo el panorama de tuberculosis y nos han hecho retroceder en las vías positivas que estábamos teniendo en los últimos años.

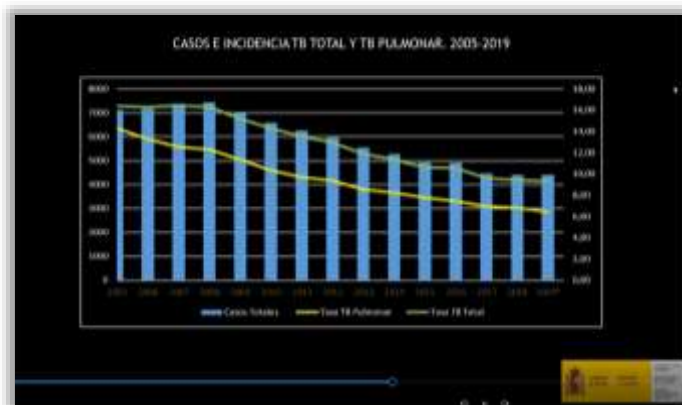


Figura 5

Esta es una gráfica oficial (figura 5) del Ministerio de Sanidad donde podemos observar en los últimos años los casos totales, las tasas de tuberculosis pulmonares y las tasas totales. Como habían ido cayendo hasta el año 2019 (España es hoy un país de baja incidencia de tuberculosis), que son aquellos países en los que la cifra de casos está por debajo de los 10 casos por 100 000 habitantes. Pasaba en el periodo 2015 a 2020, fíjense la reducción en la incidencia que tendría que haber sido de 20 % son un 11 %. El número de muertes en ese quinquenio que tenía que haber reducido 35 % y cayó en un 9,2 %. Y también había una caída más llamativa en el porcentaje de la gente que no tenía que hacer frente a los gastos catastróficos que supone para algunos hogares de papel dados el enfrentarse a la tuberculosis. Es decir que mucho más lento, pero estábamos en una buena línea. Ha ocurrido ya en este periodo, también, de 2010-2015 y lo que se vio básicamente en la caída del año 2019-2020, es que el número global de personas que recibieron un tratamiento preventivo, pues también cayó drásticamente y todas las personas que estaban bajo tratamiento preventivo cuyos objetivos tenían que cumplirse cayeron en todas las edades. Frente a un índice de 30 millones sólo cayeron 8,7 millones de las personas que iban a ser tratadas por infección tuberculosa latente. Y eso ocurrió en todas las edades, en los menores de cinco años y en los mayores de cinco años. Sólo hay un dato positivo de en ese período de 2018 a 2022, las únicas personas que cumplieron y que excedieron el objetivo previsto de ser

tratadas para la infección tuberculosa latente eran las personas con VIH y por lo tanto el programa VIH ha seguido funcionando de manera razonablemente bien de forma global a pesar de la pandemia COVID. Figura 6.

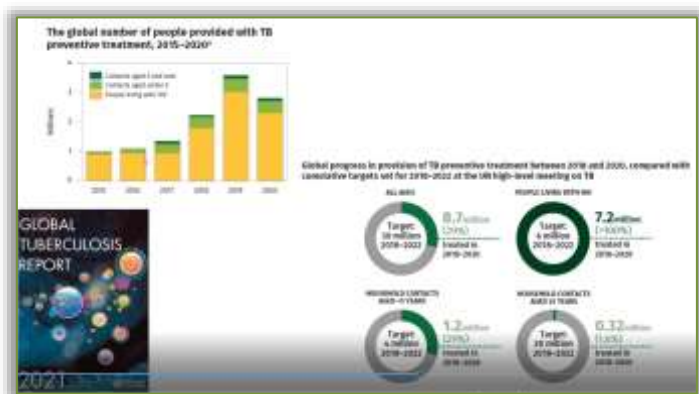


Figura 6

Pero ya se fue viendo que la catástrofe se nos venía encima y se ve en publicaciones recientes que en el año 2021 la pandemia ha supuesto la interrupción y detección y tratamiento de casos con tuberculosis en el 42% de los países.

Ha supuesto también, o se va a ver, que habrá 6,3 millones de casos adicionales entre 2020 y 2025 y 1,4 millones de muertes adicionales en ese periodo; es decir que se sumarán a las que ya hubieran fallecido en condiciones normales. Y esto se ha visto, por centralizar alguna forma, que afecta a la parálisis de los programas de cribado, de la tuberculosis en albergues, en comedores públicos, centros de desintoxicación y en la mayoría de los países.

Obviamente la pandemia de la COVID da lugar a muchísimas publicaciones en su relación con la tuberculosis, algunas de título tan atractivo como *“Diseñando o previniendo la tormenta perfecta entre la COVID-19, la tuberculosis y la pobreza”*. Evidentemente que el impacto en el control de la tuberculosis ha sido llamativo y hemos tenido también que cambiar un poco alguno de los de los objetivos y de los enfoques en el manejo global de la tuberculosis.

¿Qué ha pasado con los casos en los hospitales? Nosotros somos un hospital medio del centro de Madrid con una población de alto nivel económico en los residentes, aunque el nivel económico baja con esas personas que cuidan



Figura 7

a los residentes y que son los que hacen sus tareas domésticas. Y evidentemente esto tiene no tiene valor epidemiológico, pero tiene un valor descriptivo. En el año 2017 en nuestro hospital tuvimos 16 casos de tuberculosis, 2, 3, 4, o cinco años atrás teníamos 30/40 casos, eso ya ha sido especificado por mucha gente, como ha ido cayendo la tuberculosis con el control del VIH y con los planes puestos en marcha. En el año 2017 en nuestro hospital tuvimos la misma cantidad de casos que 2018, 21 casos en 2019 y aquí en 2020 empieza la pandemia y tenemos 8 casos; la caída es drástica. 6 casos en 2021 y en lo que llevamos de 2022, solo llevamos 11 casos; hemos vuelto a superar las cifras previas. Figura 7.

Es decir, son datos muy similares a los que acaba de presentar Joan Kaylà en Barcelona. El porcentaje de inmigrantes de estos casos no ha cambiado, es alrededor de un tercio de los casos de tuberculosis de forma global. Figura 8.



Figura 8

Sigue en página 24

En España la tuberculosis se da en particular en personas inmigrantes, pero ese porcentaje se dispara la mitad de los casos en los grandes núcleos como son Madrid y Barcelona.

De estos 70 y tantos casos que se han dado en estos últimos seis años indica que estamos controlando la tuberculosis al controlar el VIH. Solo dos casos de estos 70 y tantos casos de estos 6 años tenían VIH positivo.

¿Cómo se controla la endemia tuberculosa? ¿Por qué podemos estar resistiendo y podemos interpretar estos datos? Habitualmente cada enfermo bacilífero, para perpetuar la endemia de tuberculosis, debe infectar al menos a 20 personas. Solamente 2, es decir, el 10 % de esas 20 personas desarrollarán la enfermedad y únicamente uno de ellos será bacilífero y es el que mantendrá la endemia. Por tanto, si por las razones que sean, por la eficacia de un programa o por algunas razones, como veremos ahora, un enfermo infecta menos de 20 individuos por lo que normalmente habrá un declive natural de la enfermedad.

SEPAR alertó este año, en una nota pública en el Día Mundial de la Tuberculosis, que el covidcentrismo, es decir lo ocurría cuando todos nos entráramos en la COVID-19, era capaz de descender notablemente los casos también de notificación de tuberculosis, no sólo en el mundo global y en esos mundos de condiciones económicas más deterioradas, sino también en el conjunto de España.

Respecto a los dos últimos años de 2019 y 2020, en la notificación de casos de tuberculosis ha caído un 23,9 %. En 2019 había 4400 casos de tuberculosis y esto bajó en 2020 a un 16,3 %, 3681 casos. En 2021 se notificaron únicamente 3400 casos. Es decir, la caída de notificación ha sido también relevante en nuestro país y así lo comunicaba la Sociedad Española de Patología Respiratoria en una nota pública. Esas son las razones que podemos argumentar para decir porqué han caído las notificaciones. Esperemos que también hayan caído los casos, aunque estamos a la espera de tener datos oficiales.

El confinamiento, las ciudades vacías han hecho que la gente no se relacionara fuera de sus domicilios. En la mayoría de los casos, salvo aquellos sectores ocupacionales que debían seguir trabajando, no se ha relacionado en el metro, en la calle, en los cines, en los teatros, en los bares... Acabamos de ver que la tuberculosis es una enfermedad de transmisión aérea y eso ha podido generar una caída de casos, también el uso de la mascarilla. Evidentemente, cuando ya pudimos tener la opción de salir a la calle, el toser o reírse nos transmite bacilos. Pero el hacinamiento que ha podido ocurrir en algunos lugares donde las casas son pequeñas y se acumula mucha gente es capaz de generar también que, en el futuro, como consecuencia del aumento de los pacientes infectados, podamos tener más casos y a lo mejor podría ser una de las causas que ahora estemos aumentando los casos. Esas familias que han permanecido durante mucho tiempo confinadas en casas. No tenemos que olvidar también que los niños son más vulnerables a la infección tuberculosa y por eso parece que se ha visto un pequeño repunte también en el número de casos de tuberculosis infantil.

Las conclusiones por lo acaecido en los últimos años sería que la COVID-19 afectó negativamente la notificación, detección y tratamiento de la tuberculosis y de infección tuberculosa latente, aumentando la mortalidad. En 2020 y 2021 hemos asistido a un descenso de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en nuestros hospitales y el confinamiento y las mascarillas han podido frenar la propagación y contagios de tuberculosis. La otra cara de la moneda es la convivencia y el hacinamiento que pueden haber aumentado el número de infectados y no me siento capaz de dar un diagnóstico certero y tenemos muchas incertidumbres sobre la evolución de casos en nuestro país. Por tanto, es evidente que para poder revertir la situación que se ha producido en estos años de pandemia hay que seguir sensibilizando a la población y a las autoridades sobre la tuberculosis.

Xavier Casas García Director Médico de Serveis Clínic

Empezaré con la evolución de la incidencia de tuberculosis en Cataluña porque me gusta, en primer lugar, explicar de dónde venimos. Como síntoma monográfico de tuberculosis, Serveis Clínic inicia sus actividades en 1993 para dar respuesta al boom de casos de tuberculosis que se dieron en los años 90, fundamentalmente en pacientes, en personas con VIH/sida, usuarios de drogas inyectadas y que vivían en la calle... Entonces, para dar respuesta a estos, a esta tuberculosis, a este aumento de la incidencia de casos, se creó el Centro de Tuberculosis Monográfico, que es ahora Serveis Clínic. Nuestro objetivo fue el de abordar la tuberculosis por el tratamiento directamente observado (TDO) en la población y sobre todo en la población vulnerable. Ya en los primeros años cuando dentro del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis se pudo crear este centro y dar respuesta a estos casos de tuberculosis. Figura 1.



Experiencia en atención sanitaria y social en un centro de referencia en tuberculosis

En cuanto al internamiento, Serveis Clínic tiene una capacidad de 50 camas y todas tienen capacidad de aislamiento respiratorio porque son negativa y disponemos de un Departamento de Trabajadora Social que es muy importante para abordaje de la atención social de estos pacientes. Además, tenemos un farmacéutico y tenemos una sala de fisioterapia y un jardín en el cual los pacientes pueden airearse y pasear. Figura 2.



Figura 1

Dentro de la estrategia dos, que ya había recomendado la OMS en 1993 y la guía de 1999 en la cual se publica todas las recomendaciones en relación a lo que es el TDO y Serveis Clínic ya tiene opción a este tratamiento. Por un lado, el internamiento, que fue ya en el 93 con la creación del centro y por otro lado tenemos la opción de un TDO de forma ambulatoria, de un TDO comunitario con equipos de ETODA.

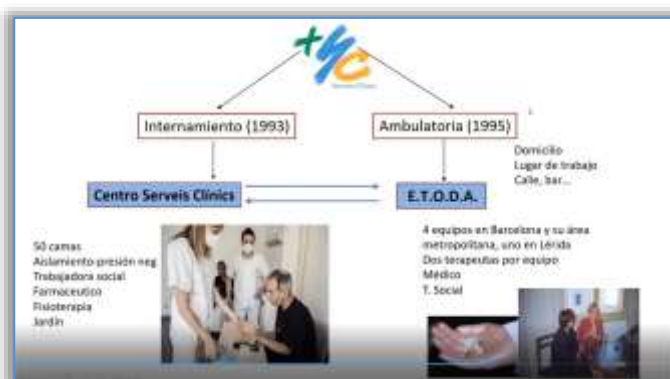


Figura 2

En cuanto al equipo de ETODA, son 4 equipos en el área metropolitana de Barcelona y uno en Lérida. Tenemos dos terapeutas por equipo, un médico que se ocupa de la evolución clínica y de la coordinación con médicos de otros

Sigue en página 26

hospitales, más la trabajadora social que aborda todos los temas de estos pacientes que viven una precariedad social muy importante. En cuanto a los ingresos son siempre voluntarios y se ingresa cualquier forma de tuberculosis con cualquier patrón de resistencias. Todos ellos son procedentes de Cataluña y muchos de ellos con infección por VIH; sobre todo en los primeros años. Después ha ido bajando esta incidencia de infección porque ya no ingresan las concertadas por VIH.

Apenas tenemos lista de espera y damos respuesta inmediata a una propuesta de ingreso y tenemos el paciente firma su consentimiento informado y se aplica la Ley de Protección de Datos. Autorizan, también, a que el personal pueda requisar bebidas alcohólicas, armas y objetos peligrosos que pueda tener el paciente durante su ingreso. Como norma se establece la higiene a fondo con permetrina para evitar episodios de sarna dentro del centro, sobre todo en los pacientes sin domicilio fijo. Si bien todos los ingresos son voluntarios, sí que hemos tenido un grupo a lo largo de la historia de ingresos involuntarios por orden judicial. Figura 3.



Figura 4

El perfil de este paciente es incumplidor, de incumplimiento terapéutico por barrera cultural, por problemas sociales, por adicciones... Tenemos también tuberculosis por gravedad, diseminadas y con un patrón de resistencias o son tuberculosis complicadas por comorbilidad asociada. También se ha visto un cambio en el perfil del paciente; en los primeros años era un paciente autóctono con VIH, uso de drogas inyectables, que vivía en la calle y había una alta mortalidad hasta más o menos el año 1998, que hubo mucha mortalidad por el VIH y por infección por tuberculosis, pero esto ha ido cambiado con los años, sobre todo desde 2014. El aumento de población extranjera ha sido una evidencia y hasta el 2021, un 88 % de los ingresos eran de población extranjera; la mayoría de indocumentados sin domicilio fijo, pero que no viven en la calle. Podían vivir en diferentes sitios con familia desestructurada y adicciones, no tanto con heroína como en la primera década, pero sí cocaína, cannabis y otras drogas alucinógenas; esto sí que no ha variado a lo largo del tiempo. El consumo excesivo de alcohol es uno de los factores de riesgo más predominantes en estos pacientes. Nuestra realidad es compleja porque nuestro paciente es complejo y por lo tanto no hay una receta estándar para todos, sino que hay que hacer un traje a medida y ello demanda una atención personalizada para cada uno de ellos. Se trabaja en equipo y atención multidisciplinar y todas las decisiones siempre se basan en las circunstancias del momento porque sabemos que las soluciones pueden servir para en un momento dado, pero para puede cambiar en

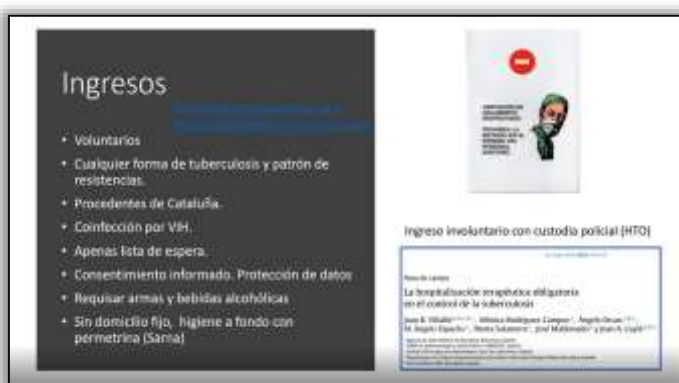


Figura 3

Los que han sido ingresados bajo custodia policial, cuando ha sido efectiva, ha dado muy buen resultado y se han podido curar a estos pacientes. Esta es una publicación en la cual se muestran 12 casos de pacientes que se trataron bajo este régimen de HTO. Como he comentado esto es un ejemplo de armas acumuladas durante estos años en estos pacientes y que se han requisado de sus habitaciones. Figura 4.

Sigue en página 27

en poco tiempo porque las circunstancias van variando. Entonces, esto se hace a través de un proceso que llamamos Plan Individual de Atención Interdisciplinar (PIAI) y en el cual todos los profesionales participamos de este proceso y hacemos entrevistas presenciales con el paciente cuando es posible. Figura 5.



Figura 5

Habitualmente intentamos dialogar con el paciente y que nos exponga sus necesidades, sus inquietudes, su ética, sus dudas sobre la enfermedad y sobre el tratamiento y por lo tanto hemos creado espacios de diálogo entre pacientes y profesionales. En cuanto a la atención sanitaria, básicamente hacemos un TDO a diario, monitorizamos los efectos secundarios, luego, aparte, manejamos las comorbilidades asociadas que puede haber como el VIH, diabetes, hepatitis C, un control de las adicciones mediante un programa que incluye metadona, estamos autorizados para ello. También hacemos talleres de educación sanitaria de forma periódica, la administración de preservativos porque, aunque ya sabemos que está prohibido el sexo en el centro, sí hacemos difusión de preservativos para que lo hagan en su vida privada con las medidas de seguridad adecuadas. Participan con nosotros agentes de salud, mediadores socioculturales, que es muy importante para poder trabajar con estos pacientes y poder comunicarse con ellos cuando hay una barrera idiomática o cultural, sobre cuáles son los aspectos de su enfermedad y su evolución. Tenemos un programa de deshabituación tabáquica que es importante por el alto índice de tabaquismo que tienen estos pacientes. Figura 6.



Figura 6

Estamos vinculados a una serie de especialistas de los hospitales de referencia, sobre todo de Barcelona; también tenemos un vínculo muy importante en psiquiatría transcultural cultural, porque necesitan también una evaluación muchas veces psiquiátrico-psicológica. Y en los centros de drogodependencias, uno de los aspectos importantes es el manejo de los efectos secundarios de los antibióticos y esto es especialmente en tratamientos en tuberculosis muy resistente y extremadamente resistente en los que se utilizan fármacos con efectos más tóxicos e intentamos hacer unas pautas mucho más cortas para que tengan menos efectos tóxicos. Es muy importante para ello el pase de visita médica, enfermera a diario y control de síntomas y se hacen pruebas rutinarias como cultivos de esputo, radiografía en algunos casos de tórax, analíticas o test de tóxicos. La vigilancia estrecha de los sujetos tóxicos como la hepatitis tóxica, las toxicodermias. Figura 7.

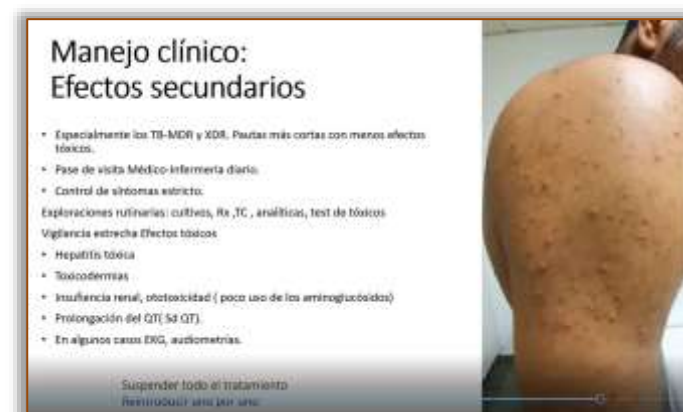


Figura 7

Sigue en página 28

¿Y cuáles son las notas finales en un periodo de 20 años? Importante es que, a pesar de atender a una población tan compleja, con adicciones, con movilidades, hemos tenido un 87 % de curación y solo un 7 % de perdidos con un 6 % de éxitos en el cual se puede se dieron más en los primeros cinco años y vemos por lo tanto en el gráfico de la figura 8 la evolución por años de las tasas de curación en el centro SSCC que ronda el 80% y en el de TDO ambulatorio que está en los últimos años cerca del 90 % de tasas de curación.

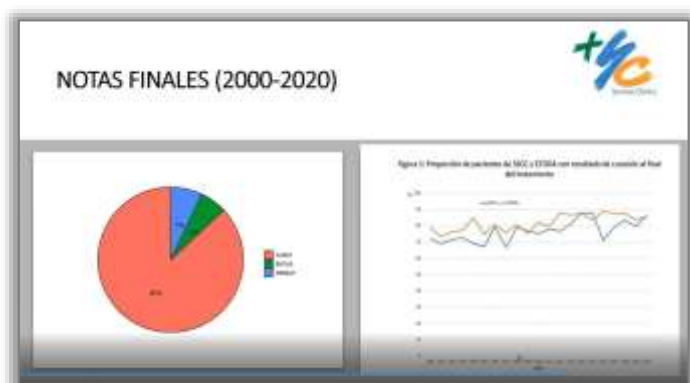


Figura 8

Cuando un paciente ingresa en prisión y nos llaman y nos preguntan el tratamiento tenemos confianza en que allí se hace un TDO. La experiencia indica que por tener antecedentes de problemas con la justicia es un factor de riesgo para interrumpir el trabajo. Algunos acaban perdiéndose por el perfil de paciente.

Figura 9.

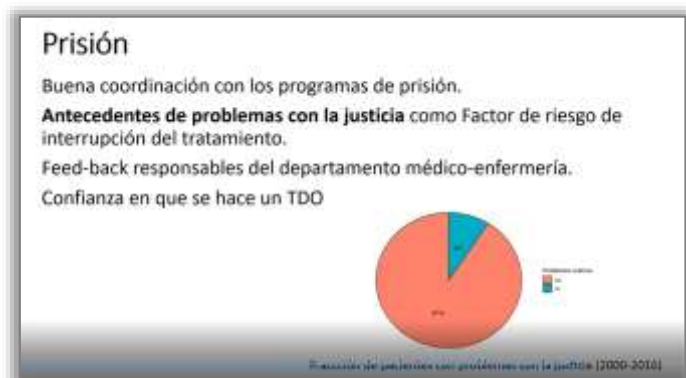


Figura 9

En los últimos años hemos introducido el tratamiento de la hepatitis C, un tratamiento caro, el cual, indicado por el hematólogo, si se llegase en dos o tres meses, es un tratamiento con muy buenos resultados y normalmente después del tratamiento de la tuberculosis.

En cuanto a la atención social muy importante, sabemos que los tratamientos son eficaces si se hay un buen o una buena intervención social. La atención psicológica es importante debido al estigma, como sabéis, de la tuberculosis. La barrera idiomática y cultural que tienen estos pacientes, la depresión reactiva por la misma enfermedad y por los problemas sociales. La terapia ocupacional es importante en cuanto a manualidades como fabricación de pulseras de cuero, pintar mandalas, actividades lúdicas, culturales o salidas a museos. También salidas a actividades deportivas o dentro del centro. También hacemos cursos de formación basados sobre todo en cursos de castellano y catalán. Lo que se trata es de ocupar el tiempo en cosas útiles y hacer vínculos, hacer vínculos entre los pacientes y el personal del centro. Figura 10.



Figura 10

Las conclusiones a las que podemos llegar las resumiría en que la atención que ofrecemos es una ciencia centrada en el paciente experto que es protagonista de su propio proceso de curación y, muy importante, según recomiendan en las últimas guías la OMS, una atención integral, interdisciplinar, con los profesionales trabajando en la misma dirección y enfocada a los aspectos sociales, porque son claves para la adherencia al tratamiento. A pesar de sufrir la tuberculosis creemos que para el paciente esta etapa también puede ser un punto de inflexión, el inicio de una nueva vida. Muchas gracias.

Joaquín Rodrigo Poch
Director General de Sandoz.
Presidente de la Asociación Española
de Medicamentos Biosimilares

Buenas tardes a todos, voy a presentaros que es Sandoz y a que nos dedicamos. Básicamente nosotros trabajamos para contribuir a que a que más gente acceda a los medicamentos que necesitan. Actualmente aún queda muchísimo camino por recorrer, pero nosotros somos una compañía muy enfocada al desarrollo de genéricos y biosimilares. Es decir que cuando los fármacos originales finalizan con su patente, nosotros somos catalizadores de que esos medicamentos puedan ser accesibles a la mayor cantidad de población posible. Como sabemos no vivimos en un país, afortunadamente, muy desarrollado y el problema no es tan grande. Pero sabéis que en otros países y en otros continentes existen muchísimos problemas de acceso a los medicamentos e incluso en España. Pero, obviamente, comparado con otros muchos países, menos. Que sepáis que ese es básicamente nuestro propósito y la visión de la empresa que es líder en este tipo de medicamentos fuera de patente. Sacar genéricos y o biosimilares según sea una molécula de síntesis química de la que saldría un genérico o según sea una molécula biológica, pues en este caso sería un biosimilar.

Figuras 1 y 2



Genéricos y biosimilares: una herramienta para la mejora al acceso de los medicamentos

Estamos presentes en más de 100 países a nivel mundial y tenemos más de 1000 moléculas comercializadas entre genéricos y biosimilares. Llegamos a 500 millones de pacientes tratados anualmente en el mundo y seguimos creciendo. Intentamos poner en marcha el propósito de que los medicamentos sean más accesibles a toda la población centrándonos en España, pues aquí tenemos un total de más de 200 empleados y un porfolio de los más grandes en biosimilares con 8 productos comercializados. En genéricos tenemos más de 200 moléculas y en el vademécum de productos de síntesis química. Una característica particular de nuestro vademécum es que el genérico sea bioaparente con la molécula del medicamento original, es decir: mismo tamaño, mismo color, misma forma farmacéutica que la referencia. 3 y 4



Figura 1

Os voy a dar algunos datos para tener en cuenta. Nosotros somos líderes mundiales en el desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos biosimilares.



Figura 2



Figura 5

Sandoz es líder en el desarrollo de biosimilares, pero también no sé si sí sabíais pues que nuestra experiencia se remonta a los años 40. En biotecnología desarrollamos la penicilina en su momento, llevamos más de una década desarrollando biosimilares, desde el primero que fue la hormona de crecimiento y ahora ya tenemos anticuerpos monoclonales anti-TNF... Estamos presentes en cualquier biológico que pierde la patente; ahí es dónde estamos. Tres décadas desarrollando proteínas recombinantes y todo lo tenemos comercializado en una gran parte de la geografía mundial. Figura 6.



Figura 3 y 4

Esto ayuda bastante a mantener la adherencia al tratamiento, sobre todo si se emplean sistemas personalizados de dosificación, blíster que no se ve la caja, sea el mismo color, mismo tamaño y misma forma, pues ayuda a que a que el paciente siga con su pastillita roja, ovalada... En España tenemos dos unidades de negocio, una es de biosimilares y genéricos hospitalarios; incluyendo medicamentos para trasplante. Y otra unidad que se dedica a comercializar los genéricos de venta extrahospitalaria, es decir, en farmacia de calle y en otros organismos como pueden ser Instituciones Penitenciarias. Sandoz emplea en España a 227 personas, que provienen de 13 nacionalidades, su edad media es de 7,3 años y la diversidad de género está bastante balanceado entre hombres y mujeres. La edad media de la plantilla es relativamente joven y lo que sí intentamos es asegurar que la gente venga a trabajar feliz. Si no se trabaja feliz y con motivación y estando muchas horas haciendo lo mismo, si no gusta es complicado. Entonces intentamos, dentro de lo que cabe, pasárnoslo lo mejor posible. Eso es al menos lo que reconocen las auditorías externas. Figura 5.



Figura 6

Concretamente en antiinfecciosos tenemos unos 75 años de experiencia produciendo penicilina; Sandoz fue uno de los productores de la primera penicilina oral en el año 1951. Nuestra fabricación es principalmente europea y la principal es en una fábrica muy grande en Kundl, Austria, y también tenemos fabricación en España, en Palafolls, Barcelona, fabrica en la que vamos a hacer inversiones importantes para modernizar la planta. Figura 7

Sigue en página 31



Figura 7



Figuras 8 y 9

En Sandoz tenemos claro que el medicamento tiene que ser accesible y por eso trabajamos con muchos agentes del sector sanitario para que todos estemos entendiendo lo mismo por accesible. Aquí en la figura 7 podéis ver también algunos ejemplos del amplio portafolio que tenemos en antibióticos y muy en concreto para tuberculosis. Tenemos la rifampicina, etambutol, pirazinamida, isoniácida, y bueno, intentamos poner nuestro granito de arena.

También tenemos para trasplantes genéricos que también son área de alta necesidad

Comentaros un poquito que más allá de lo que es el medicamento, investigar, fabricar y comercializar, pues intentamos hacerlo de una manera que aporte mayor valor al paciente. Pues hacemos actividades de valor añadido y por poner un ejemplo de lo que hacemos es medidores de nivel de fármaco en sangre, de manera que podemos adecuar y ser más eficientes en la cantidad de dosis que necesita el paciente para personalizar su tratamiento. Y bueno, yo creo que ese es un paso adelante y si vamos un poquito más allá, algo tan sencillo o tan o tan no sencillo, pero que en este caso nosotros teníamos claro que había una necesidad no cubierta en hacer legible la ficha técnica de los medicamentos en todo el colectivo social de los pacientes. A mí personalmente me cuesta ya leer un prospecto normal y aún conservo bien la vista. Hacer legible las instrucciones es un proyecto de plena inclusión y hacer prospectos entendibles para personas discapacitadas. Figuras 8 y 9.



Ya tenemos un grupo de 30 moléculas con los prospectos adaptados y pretendemos que en el corto plazo todo nuestro Vademécum esté adecuado y de hecho estamos invitando a otras compañías para que se adhieran a la causa y el prospecto legible esté, en un plazo de tiempo lo más corto posible, disponible en España. También estamos ligados a los objetivos de protección medioambiental y para el año 2025 pretendemos que nuestra producción y el clima sean prácticamente carbono neutral y el problema del reciclaje resuelto y tengamos un consumo de agua y neutralidad hídrica. Figura 10. Muchas gracias.

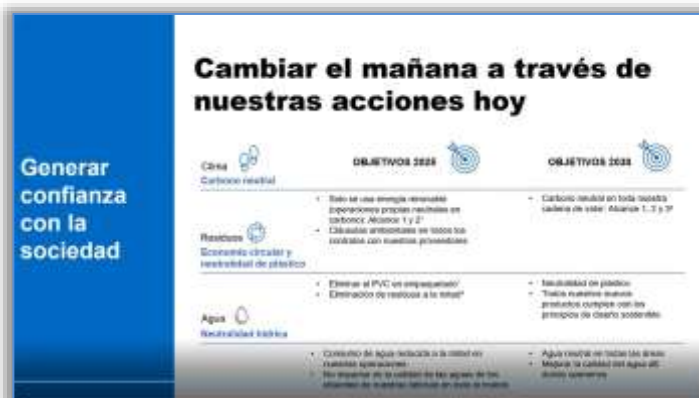


Figura 10

Noticias en red 4 NeumoMadrid

La Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica, NeumoMadrid, ha otorgado sus premios anuales, en esta ocasión los XXII Premios que reconocen los mejores proyectos de investigación, las publicaciones más punteras y la tesis doctoral más relevante del año. Además, se hizo entrega de premios especiales a organizaciones humanitarias como es Cruz Roja Española y personalidades destacadas durante los últimos años. Irene Milagros Domínguez Zabaleta fue premio a la residente del año; el actor Antonio Resines por su labor divulgativa de la patología respiratoria; José Luis Izquierdo fue elegido el neumólogo del año; y el premio correspondiente a trayectoria científica e investigadora fue para Joan B. Soriano; María Jesús Nieto es miembro honorífico de la sociedad.



Javier García Pérez
Presidente de NeumoMadrid



Queremos destacar que Joan B. Soriano, es miembro del Consejo Editorial de esta revista y es también representante de ASOMEGA ante el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Soriano es profesor asociado de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), además de editor asociado de *European Respiratory Journal* y de *The Lancet Respiratory Medicine*, así como investigador sénior en el Instituto del Hospital Universitario de La Princesa. En 2021 lideró el grupo de trabajo de expertos internacionales que ha definido por primera vez la denominación de "COVID persistente" para la Organización Mundial de la Salud, como lo reflejó *Lancet Infectious Diseases*, la revista de mayor impacto en enfermedades infecciosas en el mundo. "Es probable que los umbrales de tiempo y las agrupaciones de síntomas cambien a medida que aumenta el conocimiento sobre esta nueva enfermedad y sus secuelas. Pero haber consensado una primera definición nos proporciona una base para los estudios clínicos y ensayos en curso, y una mejor exploración de sus mecanismos, factores de riesgo y terapias".

Francesca Sánchez Martínez

Médica Adjunta del Servicio
de Enfermedades Infecciosas.
Hospital del Mar. Barcelona

La coordinación de pacientes vulnerables en el área sanitaria de nuestro hospital se realiza porque debemos tener presente que el factor principal para desarrollar tuberculosis es haber estado en contacto con una persona enferma que no se haya podido contagiar; justamente lo añadimos o lo asociamos a una situación de vulnerabilidad social ya sea en pacientes autóctonos o inmigrantes. Pero justamente los inmigrantes en las ciudades muy grandes se encuentran con una mayor vulnerabilidad que en sitios más pequeños. El hecho de que vengan de países con una gran carga de enfermedad posibilita el hecho de que traigan la infección latente y el hecho de que se expongan a otros, a otras personas enfermas que tengan muchísimo riesgo de desarrollar tuberculosis. Figura 1.



Coordinación de la acción hospitalaria en pacientes vulnerables

Estas amenazas son más frecuentes cuantos más factores se asocian y el hecho de la inmigración, *per se*, una inmigración precaria, no el inmigrante que viene con trabajo estable, sino quienes vienen por motivos económicos están en situación de precariedad. Ese hecho en sí mismo aumenta el riesgo de adquirir la enfermedad y también de tener problemas a la hora de cumplir con el tratamiento porque se encuentran que no tienen trabajo fijo ni un domicilio estable o no tienen tarjeta sanitaria, con lo cual no tienen acceso al sistema público de salud. Y los problemas de comunicación que son los que he marcado en color en la figura 2.

Factores de riesgo	
Factores de riesgo para adquirir la infección tuberculosa y desarrollar tuberculosis activa	Contacto estrecho y continuo con un paciente con tuberculosis pulmonar Grupos de riesgo: ● Situaciones de vulnerabilidad social ● Inmigrantes procedentes de países de alta endemicidad tuberculosa, refugiados, desplazados y cooperantes ● Residentes y personal laboral de centros sanitarios, residencias de ancianos, centros socio-sanitarios, comedores sociales y prisiones ● Abuso de alcohol y drogas ● Inmunodeprimidos

Figura 1

Un artículo de *Archivos de Bronconeumología* y que es un trabajo también multi profesional, la enfermera de coordinación de tuberculosis de aquí, juntamente con otros profesionales, enfermeros, médicos clínicos, epidemiólogos, llegaron a las conclusiones de que realmente estas personas tienen, además de la situación de vulnerabilidad, en el caso de que se les diagnostique tuberculosis, se enfrentan a una serie de amenazas para el cumplimiento del tratamiento. Figura 2.

Archivos de Bronconeumología	
Volume 57, Issue 5, May 2021, Pages 230-237	
Threats and Interventions During the Treatment of Tuberculosis in an Inner-city District	
Olivera-Jedidi ^a , Elia Alshadid ^a , Alena Shagimur ^a , Juan José Villar ^a , Jordi R. Gargallo ^a , Angelika Hübner ^a , Carlos Ruiz ^a , José A. Cayón ^a , Francisco Sánchez ^a	
TABLE 1	
Characteristic	Number of patients (n=100)
Age (years)	Median (IQR)
Sex	Male (n=50) / Female (n=50)
Ethnicity	Spanish (n=40) / Immigrant (n=60)
Residence	Urban (n=80) / Rural (n=20)
Occupation	Unemployed (n=40) / Employed (n=60)
Education	Primary (n=30) / Secondary (n=40) / University (n=30)
Health status	Stable (n=60) / Unstable (n=40)
Comorbidities	Diabetes (n=20) / Hypertension (n=20) / Asthma (n=20) / Other (n=20)
Medication	First-line (n=60) / Second-line (n=40)
Adherence	High (n=60) / Low (n=40)
Outcomes	Completed (n=60) / Lost to follow-up (n=40)

Figura 2

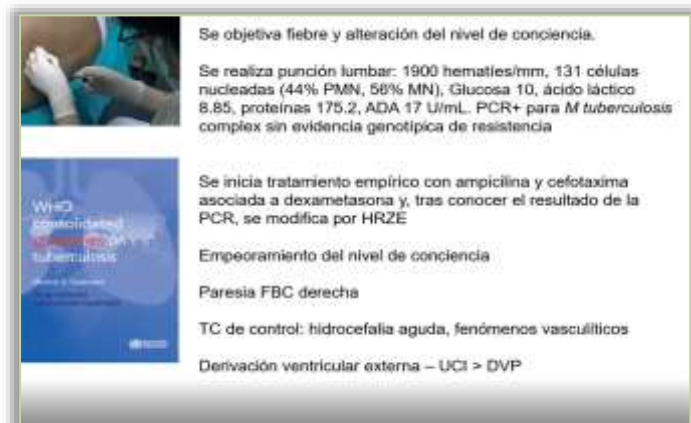
Sigue en página 34

El hecho de que cada vez que la persona vulnerable se enfrenta a la tuberculosis se encuentra con que se pueden ir sumando problemas. Lo que nosotros intentamos hacer es que les resulte más fácil el acceso al sistema. Nos opusimos frontalmente y fuimos unos desobedientes civiles ante aquel famoso decreto que decía que tenían que estar tres meses aquí para ser atendidos. Y bueno, encontramos una puerta trasera que era atender como emergencia sanitaria. Si encima esto se asociaba a VIH o se asociaba a un virus o cualquier otro proceso infeccioso contagioso, aún añadía más puntos y entrábamos por esta puerta trasera para que el hospital nos permitiera atender a estos pacientes, aunque no tuvieran tarjeta sanitaria y no se les pudiera facturar su atención. Entonces, pues emitimos todos aquellos informes que fueran necesarios para ayudarles a nivel de la Oficina del refugiado o de las asociaciones de Cruz Roja para que pudieran conseguir una residencia provisional por motivos humanitarios. Con esta gestión podíamos comunicarnos con ellos y decirles que nosotros no somos policías, sino que somos personas que estamos destinados a curar, ayudarles a curar su enfermedad y a poder integrarse, que es a lo que ellos vienen, a poder llegar a trabajar y a así poder llevar dinero a sus familias. Por tanto, gestionábamos la mediación cultural para explicarles lo que era la enfermedad y el alcance de esta y que se cura con tratamiento si se lo hace completo y bien. Tanto los mediadores culturales como los trabajadores comunitarios de salud permitían a estas personas ir a través del sistema sanitario y también de la burocracia administrativa para conseguir al menos una residencia provisional, como digo, por motivos humanitarios. Son pacientes a los que tenemos que llamar frecuentemente para que acudan a la consulta, porque a la que encuentren un trabajo, por muy precario que sea, dejan de concurrir. Por supuesto que en cuanto se empiezan a encontrar bien por el tratamiento, abandonan.



Figura 3

Son pacientes que además de necesitar mucho soporte, necesitan un seguimiento más intenso que personas que no están en esta situación de vulnerabilidad. Este es un ejemplo que ilustra la figura 3 (es una foto de Internet, de estas que están libres, no es el paciente real), pero sí que es real la historia. Es un varón de 51 años de Pakistán, es sastre, sin antecedentes de salud de interés, una persona sana y está en urgencias porque lo encuentran en la vía pública con una disminución del nivel de conciencia; se ha dado un golpe en la cara. Cuando podemos hacer la anamnesis con los convivientes del piso, porque el paciente no tiene familia, nos dicen que llevaba unas cuantas semanas quejándose de una cefalea muy intensa que no podía dormir y además que le había cambiado el carácter. En urgencias hacen una exploración neurológica fina, pero en la nota inicial sí que dicen que el paciente estaba orientado y no se comunicaba y pensaban que era por un problema de barrera idiomática. Descartaron que no hubiera una intoxicación por ningún tipo de sustancias. Lo que sí vieron en el TAC es que tenía una fractura de los huesos propios de la nariz. No se vio ninguna línea de hemorragia ni se vio ninguna lesión en aquel momento, pero sí que en las siguientes horas le subió la fiebre, alteración del nivel de conciencia, y entonces como sabían que no tenía lesiones intraparenquimatosas sin sangrado, le hicieron una punción lumbar que era compatible con una meningitis. Si vemos estas células hay casi el 50 % de cada lado, pero bueno, se decantan un poquito más hacia las



Figuras 4 y 5

nucleares con una glucosa consumida, el ácido láctico alto, con las proteínas muy altas, el ADA elevado, pero no todas las tuberculosis elevan el ADA, la PCR para *M tuberculosis* positiva la supimos 48 horas después. Se cambió el tratamiento y pensamos en una meningitis bacteriana, o ya veremos se inicia tratamiento con ampicilina y cefotaxima y corticoides. Tras conocer el resultado de la PCR 48 horas más tarde se cambió el tratamiento a 4 fármacos clásicos manteniendo la dexametasona. El paciente, a pesar de esto, empeoró el nivel de conciencia y presento una paresia faciobraquial derecha brusca y en el TAC de control se vio una hidrocefalia aguda y fenómenos de vasculitis que se confirmaron por una resonancia y llevarlo a la UCI. Finalmente, después de varias pruebas acabó con una derivación ventriculoperitoneal externa urgente. Figuras 4 y 5.

¿Qué ha pasado? Pues que este paciente está solo, no ha recuperado el habla y puede comunicarse con la familia mediante una *tablet*; con nosotros, no. Figura 6



Figura 6

Y estos son los actores y las medidas, además del reglamento de la tuberculosis que estamos interviniendo a nivel hospitalario. Tenemos a nuestra gestora de casos informando a Salud Pública intentando conseguir saber cuáles son sus referentes para hacer los estudios de contactos, porque a este señor alguien le ha contagiado la tuberculosis y/o una meningitis, porque no tiene lesiones pulmonares e igual ha hecho una primoinfección y por motivos de estrés inmunológico ha hecho una tuberculosis. igual que puede tener una infección no conocida, pero bueno, es un paciente que previamente no había tenido contacto con el sistema sanitario. Este paciente sí que tenía tarjeta porque llevaba tiempo trabajando aquí, aunque fuera de forma precaria e ilegal. Y bueno, esto como digo, es lo que hicimos, que se comuniqué con su familia de Pakistán a través de una *tablet* y que trabajo social juntamente con la gestora de casos le busquen los referentes entre los compañeros de piso y también hemos conseguido el número de teléfono de su familia en Pakistán. Los mediadores culturales y el agente comunitario de salud han llamado por teléfono a la embajada de Pakistán para conocer la situación de la familia que parece que ahora están sin recursos económicos porque el paciente lleva ingresado en el hospital más de tres meses y nosotros, los médicos, estamos escribiendo todos aquellos informes que nos piden para que esta situación a nivel burocrático para saber si la familia le puede hacer alguna ayuda consular.

Sigue en página 36

¿Y mientras el paciente se recupera, qué será lo siguiente? Pues que este es un artículo sobre las amenazas, sobre el papel fundamental de los agentes comunitarios de salud en el proceso asistencial a pacientes con barreras de cualquier tipo y vulnerabilidad de cualquier tipo. Figura 7.



Figura 7

Aunque hablen el idioma no es la única barrera, pues de lo que estamos pendientes ahora es de que el paciente se recupere. Tiene concedida cama y un instituto de rehabilitación intensiva, que es la Clínica Guttmann, y después de que haga la rehabilitación intensiva pase a Serveis Clínics porque consideramos que como mínimo necesitará un año de tratamiento. El relato de este caso es nuestra aportación a esta jornada. Muchas gracias.

Figura 8



Figura 8

Noticias en red 5



La Cumbre Clínica y Educativa Global sobre la TB anual regresará este octubre, los días 27 y 28; la inscripción está abierta y el primer día es *online* y el segundo asistencial. Con más de una década de realización, el evento del año pasado contó con más de 3000 asistentes y 120 países se unieron a 25 expertos en tuberculosis para combatir este virus fatal, pero prevenible.

La cumbre de TB de este año se llevará a cabo de manera virtual y presencial en el *Royal College of Physicians*, en Londres, Reino Unido, y la asistencia es gratuita.

Los oradores debatirán sobre cómo podemos abordar juntos la TB en lo que aún son tiempos extremadamente desafiantes para la medicina respiratoria. Se expondrán los últimos conocimientos sobre el control y la prevención de la TB de la mano de expertos mundiales. El asistente podrá relacionarse con sus pares, escuchar relatos de primera mano de casos clínicos de TB y participar en actividades de intercambio comunitario durante todo el evento.

INSCRIPCIONES



Fátima Cabello Sanabria

Directora del Área de Salud
de Cruz Roja Española



El título de la ponencia intenta reflejar un poco lo que desde Cruz Roja Española hacemos concretamente. Desde mi responsabilidad en la dirección de salud, le damos importancia a la atención integral al tener la perspectiva de otros compañeros y otras áreas, sobre todo en el ámbito más social y viendo la repercusión que pueda tener directamente en la salud y, como refiere el título atender la salud y sus determinantes sociales tras la pandemia. Y no quiero perder la oportunidad de recalcar sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Figura 1.



Figura 1

Para conseguir ese fortalecimiento de la salud y el bienestar en general de las poblaciones es importante no desatender los determinantes sociales de la salud y tener en cuenta también las consecuencias indirectas que todas estas circunstancias tienen sobre las enfermedades específicas por la repercusión que ha tenido la pandemia de la COVID-19 y que ha contribuido al aumento de la pobreza, también en el mercado laboral o en la salud mental de las personas y, por supuesto en el medio ambiente, como se puede ver en la segunda franja hacia el centro del gráfico de la rueda.

Desde Cruz Roja a la hora de definir nuestras intervenciones con las poblaciones más vulnerables, que es a la que nosotros dirigimos

La salud y los determinantes sociales tras la COVID-19

nuestras acciones y ponemos más el foco en ellas, es importante tener en cuenta. Por eso para Cruz Roja es fundamental saber qué sucede en la población usuaria que atendemos por ello hacemos un estudio denominado *Boletín sobre Vulnerabilidad Social*. Estos se centran sobre todo en entrevistas que pueden ser telefónicas y en lo que son los *focus group*, principalmente entre usuarios de la institución, pero también para personas externas. Querría transmitirles esta visión, aunque ahora mismo hay numerosos informes. Y este estudio viene a confirmar algunas de las cosas que ya se han comentado en las anteriores ponencias y que a nosotros nos sirven para saber que vamos en la línea adecuada de atención, sobre todo en la parte de salud, que es enfocar bien lo que es la acción y las prioridades.

El impacto de la COVID en la población atendida a través del *Plan Cruz Roja Responde* fue como un llamamiento de emergencia que lanzamos al desatarse la pandemia, precisamente para dar respuesta a estas necesidades que surgían en las personas más vulnerables.

Sigue en página 38

Y he traído un poco algunos datos de los que nosotros hemos sacado en conclusión con la población estudiada, y es que los perfiles nos han variado entre el 2020 y el 2021, aunque se ha seguido haciendo como ahora nuevos boletines centrados en colectivos específicos como pueden ser jóvenes y mayores, pero básicamente en esta franja de tiempo hemos visto que hay un rejuvenecimiento de la población usuaria. Es decir, personas que son más jóvenes vienen a ser usuarios de Cruz Roja y ha habido un aumento de la demanda joven. Figura 2.



Figura 2

Con datos actualizados de 2022 y viendo un poco lo que hemos comentado de la pobreza del mercado laboral, todo esto, agravado con la crisis, el problema medioambiental con el cambio climático, la pobreza energética y ahora la guerra en Ucrania, entre otras cosas, hemos visto que hemos tenido un 30 % más, en los últimos meses, de demanda de ayuda para la cobertura de las necesidades básicas. Como se pueden imaginar son múltiples problemas, desde el tema de pago de la renta de la vivienda hasta el pago de las facturas de la luz o el material escolar ahora que ha empezado la vuelta al colegio. Es decir que, como queda claro, las personas vulnerables no tienen cobertura para poder afrontar una necesidad básica y hemos identificado, desde el punto de vista también más de salud, el tema de la alimentación.



Figura 3 y 4



En estos estudios cuantitativos y cualitativos, lo que hemos visto es que una proporción de usuarios, el 64,9 65 % son mujeres que tienen una media de edad de 54,9 años; el 29,4 % son de origen extranjeros y el 44,3 % tiene estudios primarios y secundarios el 35,7 %.

¿Cuál ha sido la repercusión o lo que cuentan respecto a salud durante la COVID? Lo que detectamos es que en más del 25 % de los usuarios de los hogares usuarios de Cruz Roja ha habido contagios y parte de ellos señalan un empeoramiento en su salud. Esto es evidente y también está reportado en otros informes por dificultad de acceso al sistema sanitario y por suspensión de tratamientos y la imposibilidad de costearlo. Y un poco hablando de epidemia, se ha hablado mucho de tuberculosis durante la jornada de hoy, pudimos comprobar durante la epidemia de ébola en África del oeste, sobre todo por el estigma o por la dificultad, el miedo al sistema sanitario, simplemente porque no había recursos para afrontar los problemas de salud que no fueran en ese momento el ébola.

Lo que sí, dentro de las usuarias o usuarios que hemos estudiado, la afectación es más elevada en mujeres que en los hombres y el 17 % indica fatiga pandémica, aunque este porcentaje sube hasta el 25 % en las personas que son mayores de 65 años. Figuras 3 y 4.

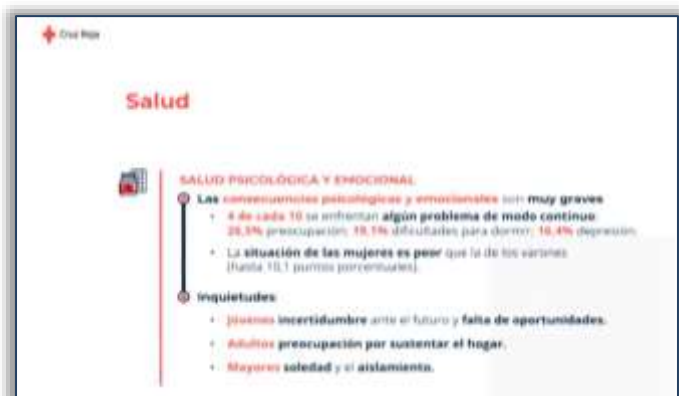


Figura 5

En lo que respecta a la salud psicológica y emocional, ésta es una parte muy importante para Cruz Roja que tiene iniciativas propias de apoyo psicosocial y emocional, acompañamiento sobre todo como es el *Cruz Roja de Escucha*, y básicamente lo que hemos visto es que cuatro de cada diez de los usuarios se enfrentan a algún problema de modo continuo derivado de la salud emocional: preocupación, dificultades para conciliar el sueño, depresión e inquietudes de diferentes grupos. Hemos visto que en jóvenes es la incertidumbre ante el futuro y la falta de oportunidades. Para los más adultos es la preocupación por sustentar los hogares y para los más mayores, la soledad y el aislamiento. Por eso si nos centramos en la parte de los determinantes sociales de la salud, en la parte de educación, del ambiente laboral, de las condiciones de vida o el tema del empleo, es importante saber desde nuestro punto de vista en qué situación están los usuarios con los que trabajamos. En situación ocupacional el 44,7 % de las personas se encontraban en desempleo y unos perdieron el empleo durante la pandemia y otros ya estaban desempleadas. La precariedad laboral para las personas que están trabajando acepta cualquier trabajo que pueda tener un reporte económico, sea bueno, fraudulento, sumergido, temporal, etcétera. Figuras 5 y 6.



Figura 6

En cuanto vivienda y suministros hay dificultades en el pago en el 46 % y pobreza energética en el 34,3 %. Esto es algo que nos está preocupando de cara al invierno y trabajamos para ver cómo lo podemos cubrir. Estos problemas en economía sumergida de la vivienda o reagrupación familiar en la misma vivienda es evidentemente también una consecuencia del confinamiento. Figura 7.



Figura 7

La brecha digital y la educación es importante porque casi la mitad no tiene Internet o carecen de ordenador y hay problemas en competencias digitales y en educación cuando las clases fueron online. Se ha visto que más del 30 % de niños han tenido problemas con lo cual la brecha se está volviendo determinantes. Figura 8.



Figura 8

Respecto al ingreso mínimo vital, pues de las personas que lo han solicitado, al 43,2 % se lo han denegado y el 67,9 % ni se lo ha planteado o no sabe lo que es. Figura 9.



Figura 9

Este es un poco el panorama de la situación desde el punto de vista social y si contemplamos lo visto en los *Boletines de Vulnerabilidad Social* que lanzamos desde Cruz Roja para ver un poco cuál es la situación y nuestras líneas de acción, simplemente puntualizar, sobre todo en jóvenes y en personas mayores, que es una situación llamativa en la población estudiada. Figura 10.



Figura 10

Es importante saber cómo a lo mejor puede que resulte evidente que hay una posible transmisión intergeneracional de la pobreza a los jóvenes porque se reproducen las mismas condiciones de riesgo social o vulnerabilidad de las familias de origen. De hecho, las cifras siguen dando mayoría a las mujeres ya que son el 54,4 % como vimos en la muestra general y la media de edad es más o menos aproximada. No entraré en los tramos etarios porque habría que ver exactamente qué es lo que ha hecho

que varíen o fluctúan un poquito según los tramos de edad en la parte de jóvenes.

En los efectos de la pandemia se refiere a la situación de la salud con un 27 % de enfermedad y un 8 % de secuelas. Sin embargo, el 27 % pierde el empleo, más aún en las mujeres, un 18 % interrumpe los estudios, 28 % debe cambiar o cambios en la vivienda y un 51 % cambios en los lugares de ocio con la repercusión que eso conlleva. Figura 11.



Figura 11

En socialización, incluso en la salud mental, lo que sí hemos visto es que hay problemas de bienestar emocional sobre todo relacionado con la incertidumbre vital en la que los jóvenes se encuentran relacionados con estrés, tristeza, ira y miedo al futuro. Figura 12.



Figura 12

Esto me parece llamativo porque respecto a lo que puede ser la participación social, el sentirse parte del sistema, el 42 % no tiene interés por la política. El 36 % no se siente representados, el 24 % siente que no disfrutan de sus derechos y un solo un 16 % colabora con organizaciones de acción social. Figura 13.

Sigue en página 41



Figura 13

Con lo cual las expectativas de estos jóvenes que hemos entrevistado, el 71 % cree que están en la misma situación dentro de seis meses. Y esa inmediatez, frustración, desmotivación y falta de confianza es muy difícil para poder definir sus objetivos profesionales y vitales. Pues por supuesto que con estos datos hemos visto que es una proporción de afectación importante en temas de salud mental, de riesgo suicida, etcétera. Figura 14.

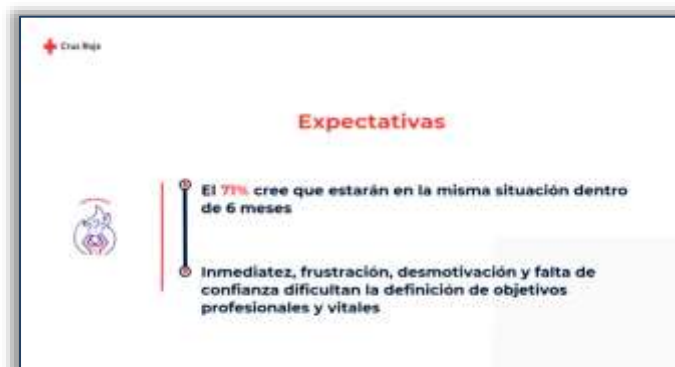


Figura 14

Las recomendaciones muy ligadas a todos estos determinantes sociales es que hay que hay que orientar a los jóvenes no solo en el aspecto laboral, sino también mediante acciones vitales, sociales, culturales y en la parte más psicológica. Figura 15.

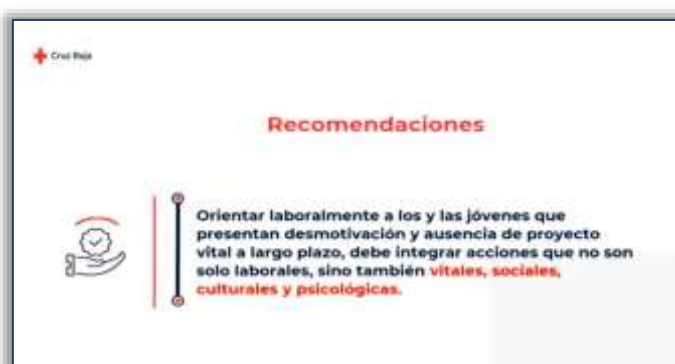


Figura 15

Para terminar, en el *Boletín de Vulnerabilidad Social* de personas mayores, fue tema principal de la pandemia de la COVID-19 a todos los efectos indirectos en el sistema de salud con la reducción de consultas médicas, casi el 50 % considera que ha habido deterioro de su estado físico. Los aspectos de soledad y aislamiento es algo que reportan a través del servicio que tenemos de *Cruz Roja Te Escucha*, que es una línea de trabajo para que las personas mayores puedan expresar su soledad, aislamiento y además el fuertísimo impacto psicológico en las personas cuidadoras. Figura 16.



Figura 16

Estamos sobre todo reforzando toda la parte de acompañamiento domiciliario y al centro de salud a personas mayores y ayudas económicas y apoyo psicológico; la salud mental es una clave importante dentro de la salud integral y la salud holística. Simplemente complementar la parte clínica del estudio que pretende mostrar lo que es la organización Cruz Roja donde trabajamos interactuando con otras áreas dentro y fuera para determinar prioridades y anticiparnos a cualquier pandemia. Figura 17. Muchas gracias.



Figura 17

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 exdirectora 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 por 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



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