

EDITORIAL

Mucho ruido y pocas nueces

Face to Face es una película de fines del siglo pasado con la actuación de John Travolta y Nicolas Cage que trata de la relación de un delincuente y un agente del FBI que ingresa en un quirófano para una cirugía de cara en la que acabará teniendo el rostro de su enemigo; hasta aquí la anécdota de una gran película de John Woo. Una crítica de la época dice: "Punto de partida atractivo... No hay guion, ni historia, ni nada. Sólo explosiones y tiros, muchos tiros". No creemos que el nombre que Atresmedia le dio al debate televisivo entre los dos principales candidatos a la presidencia de España, "Cara a Cara", tenga nada que ver con el subconsciente colectivo de quienes contemplamos la famosa película. Lo cierto es que durante los cien minutos que duró el programa de televisión, el tono fue bronco y más que un debate parecía una pugna entre dos posturas enfrentadas. En nuestro caso, en nuestro interés por enterarnos de lo que se propone para la Sanidad Pública en nuestro país, el tema quedó en agua de borrajas. Ante esta incertidumbre, que tiene que ver con el quehacer de nuestro sector sociosanitario, nos vemos comprometidos a dedicar cuatro páginas de la revista en esta edición para reproducir los principales ítems de lo que proponen los dos partidos políticos mayoritarios para la sanidad en sus programas electorales. Y hemos comprobado (también incluimos un enlace a dichos programas) que el capítulo que dedican a la Sanidad es muy extenso y contiene diferentes propuestas que, de ser cumplidas, resolverían parte de los problemas que aquejan al Sistema Nacional de Salud. Creemos que leerlos puede llevarnos a considerar qué propuestas, según el criterio de cada uno, son más necesarias, urgentes y posibles ante la actual crisis del sistema público de salud. *Sigue en la página 3*

SUMARIO

Editorial: Mucho ruido y pocas nueces	1
Cuidar con ternura para un mundo humanizado	5
José Carlos Bermejo Higuera Director del Centro de Humanización de la Salud San Camilo.	
Documentos: SEPAR Solidaria. Memoria-carta	8
La vigilancia epidemiológica: tan fácil y difícil	9
Joan Artur Caylà Buqueras Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.	
Enlace a libros: Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1 y la Memorias de la COVID-19. Pandemia en las Américas	11
Elecciones SEMG. Asume como presidenta Pilar Rodríguez Ledo	12
La sociedad civil llama al sector salud para el control de la COVID-19 y la Tuberculosis en México	13
Héctor Javier Sánchez Pérez Investigador Titular. El Colegio de la Frontera Sur y miembro del Observatorio Social de Tuberculosis de México.	
II Jornada Iberoamericana de Actualización: TB – COVID-19 de la Red TBS-Stop Epidemias	15
Elecciones SEPAR. Electo presidente David de la Rosa Carrillo	16
La Urgencia de hoy II: una mirada a la Urgencia	17
David Chaparro Pardo Especialista en Medicina Interna. Médico adjunto en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos.	
Enlace a libros: Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1 y la Memorias de la COVID-19. Pandemia en las Américas	19
Elecciones 23J. Ítems del Programa del PP en Sanidad	20
Elecciones 23J. Ítems del Programa del PSOE en Sanidad	22
Noticias en red 1: Podcast de Julio Ancochea Bermúdez	24
Después de la COVID-19, la era del diagnóstico molecular	25
Ana Martínez Hortigüela Directora de Qiagen Iberia.	
Enlace a revistas publicadas: Memorias de la COVID19	27
Consejo Editorial	28
Entidades de la Red TBS-Stop Epidemias	30

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





Nosotros, como campaña de prevención, proponemos desde nuestra constitución como entidad una batalla frontal contra las enfermedades sociales que tienen un componente infectocontagioso como lo es la epidemia de tuberculosis; y también la malaria, el dengue, el cólera y tantas otras. Pero su control es aún más difícil cuando flaquea el sistema sanitario y no existen políticas de Estado uniformes y equitativas entre todas las Comunidades Autónomas que son quienes gestionan literalmente la atención sanitaria en España. No es necesario recordar que la crisis de la Atención Primaria persiste; que el tema de Enfermería está aún sin precisar; que las listas de espera o la atención de los especialistas, cuando no de una operación quirúrgica, pueden tardar en darnos cita meses, incluso años. En fin, que no decimos nada que no conozcáis muy bien. Respecto a la prevención en salud, vemos que, en asuntos como la sanidad global, los gobiernos son ejecutivos en los límites del desastre y únicamente cuando el problema no solo perjudica a los más vulnerables, sino que aqueja a todo el mundo, como lo ha sido la pandemia del coronavirus, solo entonces consensuan un plan. Y prueba de ello es que en menos de un año se lograron vacunas que contuvieron la pandemia. ¿Deberemos esperar que la tuberculosis multirresistente (TB MDR) y la extremadamente resistente (TB XDR) sean epidemia en muchos países o que la infección de tuberculosis latente se convierta en enfermedad, para actuar? Según el *Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2022* publicado por la OMS, “10,6 millones de personas contrajeron esta enfermedad en 2021 -una cifra superior en un 4,5% respecto al año 2020- y 1,6 millones fallecieron a causa de ella (entre ellas, 187 000 son seropositivas por VIH). Además, la carga de tuberculosis farmacorresistente aumentó un 3% en el período 2020-2021, año en que se detectaron 450 000 nuevos casos de tuberculosis resistente a la rifampicina. Por primera vez en años aumentó el número de personas que contraen la enfermedad y que están infectados por bacilos resistentes a los medicamentos”. Debemos tener muy en cuenta y que nos sirva de experiencia que “la pandemia de la COVID-19 causó interrupciones en los servicios de salud en la

lucha contra la tuberculosis en 2021 a nivel mundial y afectó especialmente a las actividades encaminadas a controlar la enfermedad. Además, los conflictos que afectan a Europa del Este, África y Oriente Medio han agravado aún más la situación de los grupos vulnerables". En otro apartado la OMS afirma que: "Debido a las continuas dificultades encontradas para prestar servicios básicos contra la tuberculosis y para acceder a ellos, muchos casos no se han diagnosticado ni tratado. El número de nuevos casos pasó de 7,1 millones en 2019 a 5,8 millones en 2020. Aunque en 2021 se diagnosticaron 6,4 millones de casos, estamos todavía muy por debajo de los niveles anteriores a la pandemia".

La exposición de estos datos es determinante sobre la gravedad de la enfermedad que se descubrió hace 140 años y que tiene cura y que aún es uno de los mayores flagelos de la humanidad. Según la OMS "la tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más letales. Cada día la contraen cerca de 30000 personas y se lleva la vida de casi 4400 personas" a nivel global. Controlar la epidemia de tuberculosis es vital y ello implica una solución urgente y el desarrollo de nuevas vacunas (de las cinco en ensayos clínicos avanzados, dos se están realizando en España).

La tuberculosis era, hasta la irrupción del SARS-CoV-2 en el mundo, la enfermedad infecciosa más mortal del planeta. Pese a su brutal impacto nunca se ha logrado bajar de un millón y medio de muertes al año y aunque el acceso al diagnóstico y a los tratamientos iba mejorando cada año, la pandemia de coronavirus ha barrido estos avances y nos enfrentamos a los peores pronósticos para los próximos años. En España se diagnostican alrededor de 4400 casos de tuberculosis al año y la incidencia es aproximadamente de 6 casos por cada 100 000 habitantes; datos de relativa fiabilidad debido al infradiagnóstico y a que la información oficial lleva un retraso significativo.

El desconocimiento, la estigmatización o simplemente la indiferencia y, sobre todo, la falta de control, la falta de vacunas, sistemas sanitarios precarios o la falta de voluntad política son un peligro latente y como todos sabéis los virus y bacterias no tienen fronteras. Es en los momentos de cambio cuando se producen las decisiones y tenemos opciones según nuestro parecer y conciencia; veremos si esta vez tenemos más nueces y menos ruido.

M. B. / J. A.

Editorial



José Carlos Bermejo Higuera

Director del Centro de Humanización
de la Salud San Camilo

“Cuida tus pensamientos, porque se convertirán en tus palabras. Cuida tus palabras, porque se convertirán en tus actos. Cuida tus actos, porque se convertirán en tus hábitos. Cuida tus hábitos, porque se convertirán en tu destino”.
Mahatma Gandhi

El cuidado es una tesitura de extraordinaria densidad antropológica y moral. Los pensadores griegos utilizaron la expresión *epimeleia* para designar esta cualidad que es una originaria actitud de consideración y de acción, de conocimiento y amor, que deja a la realidad ser, la cultiva hasta que crezca.

La experiencia de la pandemia nos puede hacer tomar una conciencia mayor de nuestra interdependencia radical, la de unos para con los otros. Lejos de proclamar con más razón la conquista de la autonomía personal, moral, por el camino de la libertad, en línea con los deseos y preferencias individuales, estamos ahora más en condición de tener que reconocer nuestra interdependencia radical. Nos sostenemos en función del cuidado que nos damos unos a otros.

Ciudades de los cuidados

¡Qué bien que estamos hablando de la sociedad de los cuidados! Parece que estamos reconociendo el cuidado como un paradigma de humanización. Buscamos la creación y transformación de las ciudades de manera que sean sostenibles, que estén bien organizadas para los peatones, que estén bien gestionadas para el uso debido de la energía, que estén bien diseñadas para los encuentros, para las personas con capacidades diferentes, y también para quienes tienen dificultad de deambulación...

Parece que nos estamos empeñando en promover una hospitalidad compasiva, propia de quien se fija en la fragilidad del prójimo y en su necesidad de ser y de hacerse también por ser acogido. Nos recibimos a nosotros mismos antes



Cuidar con ternura para un mundo humanizado

que hacemos con esfuerzo. Somos resultado de nuestra propia hospitalidad íntima, además de la que nos dispensan y otorgamos entre nosotros. Las ciudades serán dignas de la condición humana, humanizarán, en la medida que sean pensadas (*cogitatus* - acción de cuidar) para prestar atención para asistir, para responder a las necesidades de los más frágiles, no solo de los más productivos.

Cuidar con ternura

El futuro de los cuidados está también en manos de nuestro potencial de ternura, que se debe encarnar en el trabajo contra la soledad no deseada, sufrida; que se debe encarnar en los profesionales del cuidado, que se debe encarnar en los coordinadores y los jefes de programas y servicios.

Nos hacemos y vivimos en función de los mimos de los que somos capaces, esos que expresan una ternura blanda, no blandengue ni infantilizante. La ternura no le pertenece solo a la esfera de lo privado, ni se agota en eventuales

cariños en forma de carantoñas, sino que se expresa también en el espacio público, abiertamente, en la gestión de los lugares, en el uso de la palabra, en las miradas, en el diseño de la tecnología y su aplicación, en la promoción de la intimidad, en la acogida entrañable de la legítima rareza de cada uno y cada persona.

Las profesiones de cuidado son la ternura de los pueblos.

La ternura no debilita a quien la despliega, sino que empodera a uno y otro, porque genera seguridad y respeto a quien se dirige y muestra madurez en quien la dispensa.

Las caricias, como expresión de la ternura –las físicas y las psicológicas-, son tan necesarias para la vida de las personas como las hojas para los árboles. Sin ellas, los cuidadores mueren por las raíces. Se convertirían en veterinarios de cuerpos humanos.

Lo tierno vence a la rigidez. El cuidado entrañable es lo más opuesto a los malos tratos –físicos, verbales, por omisión, por restricción-.

La ternura es lo más opuesto a la guerra.

La ternura tiene el precio de la compasión, pero genera salud porque estimula y protege. No disminuye la productividad ni la bondad de toda ayuda técnica, sino que pone en el centro a la persona como fin, y es la expresión de la nobleza de la condición humana, de la belleza del corazón, que se conmueve entrañablemente en su interior ante toda fragilidad. Podríamos decir que “la ternura es al cuidado lo que la piña es al zumo de piña”.

Cabe esperar de esta civilización de la ternura, que sea capaz de cuidar tanto y tan bien, que no haya nadie que se quiera morir, y, por tanto, nadie que pida ayuda expresa para procurarse o recibir el acto de morir.

Cuidar no es menos que curar

La modernidad ha traído una fascinación tecnológica que aumenta las expectativas en el poder de curarnos, de intervenir en la naturaleza enfermable o traumatizada. Los avances en las

disciplinas médicas son aceleradas y galopantes, particularmente los que se van produciendo con las tecnologías de la información, que generan evidencias y ayudan a dibujar caminos terapéuticos basados en el conocimiento acumulado.

Pero, a la vez, nos vamos dando cuenta de la relevancia del poder de cuidar, conjugando otros verbos importantes, junto al de curar: prevenir, paliar, rehabilitar... Asistimos, pues, a una puesta en valor de la cultura paliativa, en la cual nacen los cuidados paliativos, como espacio multidisciplinar y da curso a estrategias de control de síntomas, de soporte emocional y espiritual, en los procesos de final de vida.

Cuidar el morir define a una sociedad, genera espacios de sentido encontrado, significado, en medio de una sociedad que encuentra dificultad a integrar el límite, el fracaso, el morir. En numerosos lugares se puede encontrar el significado de “cuidados paliativos”. En la fase terminal de la vida, cuando la técnica es muy útil, particularmente para controlar el dolor y procurar confort, pero cuando estamos también en la hora de la verdad de la relación y cuando la vida se presenta en su fragilidad extrema, surge la necesidad de encontrar a un semejante que esté dispuesto a cubrir la fragilidad cuando el enfermo no puede, para aliviarlo en el sufrimiento, procurándole calor, consuelo y apoyo. Y este es el significado de paliar. Allí donde no se puede anular la raíz del sufrimiento porque procede en su gran parte de la proximidad de la muerte, se puede aliviar, cubrir con el “*pallium*” o manto de la relación interpersonal. El desafío no es solo promover los cuidados paliativos como tipo de servicio de salud al final de la vida, sino promover una cultura paliativa.

Cuidar no es menos que curar.

Más aún, curar es una forma de cuidarnos los seres humanos. Se hace urgente la promoción de la humanización de la salud, del sistema sanitario, de la asistencia sanitaria, incidiendo

Sigue en la página 7

en la clave del cuidado esmerado, empático, libre de relaciones dispáticas que añaden sufrimiento evitable.

En bioética, cuando distinguimos entre curar y cuidar, o entre éticas de la justicia y éticas del cuidado, podemos olvidar que la ética del cuidado, además de concretarse en un conjunto de actividades prácticas, necesita la teoría y el pensamiento. A medida que profundizamos en el ámbito del cuidar y lo planteamos en clave de responsabilidad, necesitamos de mediación reflexiva.

Humanizar el cuidado siendo artesanos

En efecto, una de las claves para humanizar las relaciones es el cuidado, que constituye un verdadero arte. En el siglo XVI, San Camilo de Lelis, patrono de enfermos, enfermeros y hospitales, un innovador muy particular en contextos de cuidados de la salud y de los procesos de vulnerabilidad, hizo una aportación merecedora de ser evocada.

Este hombre, que se rodeó de compañeros para educar al cuidado de la vida frágil y enseñar a otros a hacerlo humanamente y cambió radicalmente los olores hediondos por aire puro, que hablara del hospital como jardín, que concibiera las llamadas de los enfermos como sinfonía, y fue visto saltando y bailando por el hospital. Un biógrafo sostiene que una de las intuiciones más brillantes de este “genio de la caridad” es la de haber introducido, en la asistencia a los enfermos, la idea de la belleza. La belleza como referente para hacer atractivo el cuidado. Cuidar bien al otro no como deber, sino como belleza.

Hay una concepción de las relaciones de cuidado como arte, que puede dar paso a la artesanía del encuentro interpersonal y de ayuda. Los artesanos se caracterizan por usar materiales típicos de su zona de origen para fabricar sus productos. Son profesionales muy particulares, tanto que la “profesionalización” de su trabajo podría hacer perder su especificidad, su diferencia, su toque particular.

El cuidado no es solo una tarea práctica para resolver problemas, sino un oficio que transforma al paciente, el mundo material del cuidado y al propio cuidador. Sí, al propio cuidador también, porque la relación en el cuidado puede hacer artista al agente de salud. Cuidar está en el corazón de las relaciones. No solo curar o intentar evitar la muerte; también cuidar. Cuidar en la cronicidad, en la dependencia (desde el bebé, al discapacitado, al enfermo, al mayor, a quien muere...), en los procesos diagnósticos, en los terapéuticos.

Cuidar siempre.

La institucionalización del cuidado desafía la personalización. La complejidad del cuidado abre espacios a diferentes Centros –por ejemplo, residencias de mayores-. Estos tendrán ante sí la tarea de promover un cuidado integral generativo, ayudado de la robótica en todo lo que contribuya a humanizar, sin estereotipar los cuidados burocratizándolos hasta mecanizarlos y despersonalizarlos.



Centro de
Humanización
de la Salud

Religiosos Camilos

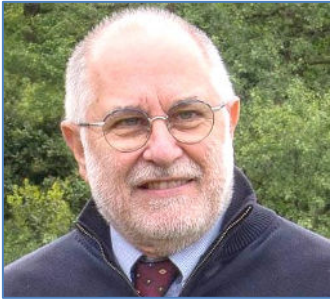


www.josecarlosbermejo.es



DOCUMENTOS

SEPAR Solidaria Memoria



Carta dirigida a la Red TBS-Stop Epidemias por los directores de SEPAR Solidaria, Dr. José María García García y Enfra. Meritxell Peiró Fàbregas con motivo del informe presentado durante el 56º Congreso SEPAR realizado en Granada entre el 8 y 10 de junio de 2023



SEPAR-Solidaria es un comité creado dentro de la estructura de SEPAR con el propósito de cumplir los objetivos fundacionales de cooperación y asesoramiento de la Sociedad. Quiere propiciar el acercamiento, cooperación, intercambio e integración científica, docente y cultural entre los profesionales y las sociedades científicas de neumología y cirugía torácica de otros países. Fue creado en el año 2007, siendo presidente de SEPAR el Dr. Julio Ancochea Bermúdez, quien fue, además, el primer director del Comité. Ha habido desde la formación del Comité muchas intervenciones; destacamos:

- ❖ RESPIRA SOLIDARIDAD (2008-2017): Desarrollado en la Unidad Clínico Docente de Ciudad Sandino en Nicaragua, con la colaboración de la Fundación SEMG Solidaria y respaldo de la Sociedad Nicaragüense de Medicina General (SONIMEG).
- ❖ PROYECTO ZAMBORA (2010): Desarrollado en el Hospital Nacional de Zambia, con la colaboración con el Ministerio de Sanidad de este país.
- ❖ PROYECTO HUMAN PLATAFORM (2011-2012). En relación con la exposición domiciliar al humo de biomasa en poblaciones de la Zona Andina.
- ❖ PROYECTO SAHARA SALUD: Se han hecho visitas a los campamentos de refugiados saharauis en Tindouf (Argelia). Se donó un aparato para el diagnóstico de tuberculosis (GeneXpert) que es utilizado también para diagnóstico de COVID-19.
- ❖ PROYECTO CHACO (2019-2020): Desarrollado en esta provincia de la República Argentina, concretamente en Tres Isletas, en relación con formación en asma.
- ❖ PROGRAMA HORIZONTE (2017, 2018, 2022): Desarrollado en Honduras, relacionado con formación en Neumología intervencionista (broncoscopia, técnicas pleurales).
- ❖ Ayuda anual a la Asociación Síndrome de Down de Jaén y ayudas económicas puntuales en los lugares en los que ocurren catástrofes naturales o conflictos bélicos.

Como actividades más recientes:

- ❖ Proyecto SEPAR-Solidaria UCRI. El objetivo es implantar una Unidad en Tegucigalpa. Se ha promovido una estancia en este país durante el mes de abril de 2022 y una estancia de dos médicos hondureños en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid con el fin de completar su formación.
- ❖ Proyecto ELA-Senegal. Implantación de ventilación no invasiva, en el seno de un proyecto de acción solidaria para pacientes diagnosticados de ELA.
- ❖ Proyecto Horizonte Sahara: Donación y enseñanza de técnicas de espirometría y broncoscopia, y realización de formación en fisioterapia respiratoria. Con colaboración de la Asociación Española de Endoscopias Respiratorias (AEER), Ibersurgical y Suministros Hospitalarios.
- ❖ Actualmente tenemos planteado otro proyecto internacional denominado GASP (*Global Access Spirometry Project*), centrado en la educación de profesionales sanitarios en pacientes diagnosticados de EPOC (financiado por Chiesi).
- ❖ Queremos destacar la implicación de los socios de SEPAR en la realización de estos proyectos que creemos es admirable y ejemplar. Por otro lado, estas actividades conllevan una importante satisfacción personal y profesional para las personas que participan, reflejado en los informes realizados tras la estancia.
- ❖ En cuanto a la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS-Stop Epidemias), SEPAR ha sido miembro fundador de este organismo y SEPAR-Solidaria, uno de los integrantes de este. Queremos felicitarles por la extensa labor realizada y agradecerles la posibilidad que nos brindan de relatar nuestra actividad. Esperamos tener algún proyecto en el que podamos seguir colaborando en el futuro.

Firmado por Dr. José María García García y Enfra. Meritxell Peiró Fàbregas
Junio 2023



Joan Artur Caylà Buqueras

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

En la definición de vigilancia epidemiológica coinciden la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU (CDC) en que es la *recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de políticas de salud pública. La rápida difusión de los datos a quienes deben tomar decisiones favorecerá la prevención y el control de estas enfermedades y por lo tanto la mejora de las condiciones de salud de la población.*

Históricamente, la vigilancia epidemiológica se ha llevado a cabo con mayor frecuencia en las enfermedades infecciosas, pero se ha vuelto cada vez más importante para controlar los cambios en salud laboral, enfermedades crónicas, etc.

El Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, es muy relevante en este tema porque se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Se justificaba porque el “Tratado de la Unión Europea ha generado una dinámica orientada a la armonización de las legislaciones nacionales tendente a la creación, en el espacio europeo, de un marco legal que posibilite, entre otras, las actividades para preservar y promover la salud de la población, tal y como se contempla en el artículo 129 del citado Tratado, mediante actividades de coordinación e intercambio de información entre los países miembros, en lo que constituirá una red de vigilancia epidemiológica de ámbito europeo orientada, inicialmente, a las enfermedades transmisibles”. La RENAVE está gestionada por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) que recoge la información facilitada por las Comunidades Autónomas (CCAA). Considera que tres tipos fundamentales de vigilancia epidemiológica:



La vigilancia epidemiológica: tan fácil y difícil

- ✚ **Vigilancia pasiva** basada en que los servicios de salud pública recogen las notificaciones facilitadas por los declarantes, por ejemplo, con las enfermedades de declaración obligatoria (EDOs).
- ✚ **Vigilancia activa**, cuando los servicios de salud pública impulsan las notificaciones de los casos y los buscan a través de otros mecanismos (por ejemplo, registros de mortalidad, altas hospitalarias, detecciones de microbiología, etc.), tal como se lleva a cabo en algunos programas de tuberculosis (TB).
- ✚ **Vigilancia especializada o centinela**, se basa en la participación de médicos o centros seleccionados para ver la incidencia de determinados procesos, por ejemplo, en la gripe.

El largo camino hacia la creación de Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP): Tras años de discusión, el Consejo de Ministros del 23 de agosto de 2022 aprobó el anteproyecto de Ley por el que se crea la AESAP. La ministra de Sanidad afirmó que este centro nacía para dar respuesta a los desafíos presentes y futuros en

Sigue en la página 10

materia de salud pública en España, y la AESAP desempeñará sus funciones en los ámbitos de vigilancia en salud pública, en preparación y respuesta frente a futuras emergencias, en asesoramiento y evaluación, en salud pública internacional y en información y comunicación de riesgos para la salud. “Se trata de una prioridad política para el Gobierno de España, tras la experiencia vivida con la pandemia de COVID-19 y, también, una necesidad de país para abordar situaciones en nuestro sistema público de salud que requieren de anticipación, respuesta rápida y coordinación”, aseveraba la ministra Carolina Darias en su comparecencia ante los medios de comunicación en la rueda de prensa celebrada tras este Consejo de Ministros. De hecho, el Consejo de Ministros había aprobado a principios del mes de febrero de 2022 la tramitación parlamentaria por el procedimiento de urgencia de este Proyecto de Ley. Hasta este momento, y según informaba desde el Congreso de los diputados, la ley todavía se encontraba en “plazo de ampliación de enmiendas”, las cuales deberán ser atendidas por Sanidad y Consumo. Concretamente, a través de fondos europeos, se habían previsto en este 2023, unos 7,4 millones de euros, de los que un total de 3,2 millones de euros se destinarán para el equipamiento tecnológico de la agencia y 4,2 millones para la Red de Vigilancia en Salud Pública. También se preveía la integración de 49 perfiles procedentes del Ministerio de Sanidad y 13 del Instituto de Salud Carlos III. En total, 251 profesionales pasarían a formar parte de la AESAP.

Por otra parte, la ubicación de la sede de la AESAP ha sido muy debatida. Una de las recomendaciones de los expertos en salud pública fue desde el principio que la entidad se alejara de la centralidad metropolitana, de Madrid. De hecho, son varias las CCAA que han mostrado su interés por acoger la AESAP. Por otra parte, aunque ya conocemos el número de profesionales que la integrarían, aún no se sabe quién estará al frente de la agencia.

En un artículo publicado en Gaceta Sanitaria en 2021 (DG Abiétar y col.) se indicaba que “La creación de una AESAP, con una dotación adecuada de recursos, permitirá afrontar los desafíos de la salud pública del presente y del futuro en España. Para ello, las funciones de esta futura institución deben abordar, además de las necesidades habituales de organización de la salud pública, la conexión con los *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, coordinando una estrategia estatal que integre distintos actores de salud en una red generosa y cooperativa, y desarrollando una estrategia de comunicación en salud pública innovadora, referente y priorizada, entre otros aspectos. La falta de recursos, la relativa desconexión actual de las funciones esenciales de salud pública en el ámbito estatal y la inequidad en el desarrollo autonómico y municipal de estas propician el desarrollo del proyecto de la Agencia como una red de redes, tal como se defiende en este trabajo. Aportamos ideas para un proceso que confiamos en que será decisivo para la salud pública del siglo XXI”. La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) también se ha pronunciado varias veces para que se desarrolle la AESAP. Los epidemiólogos piden la coordinación y colaboración entre las distintas CCAA y el nivel estatal para la puesta en marcha y el buen funcionamiento de la agencia. Ahora, con las elecciones convocadas y sin Cortes Generales, algunas funciones del Congreso están en manos de la Diputación Permanente. Si bien este órgano tiene competencias para tramitar decretos ley, no parece muy probable que esto ocurra antes de las elecciones del próximo 23 de julio. Así, es evidente que deberemos esperar a que se conforme un nuevo gobierno para ver qué sucede con la AESAP y si se mejora la red de vigilancia epidemiológica.

¿Estamos al día en vigilancia epidemiológica?

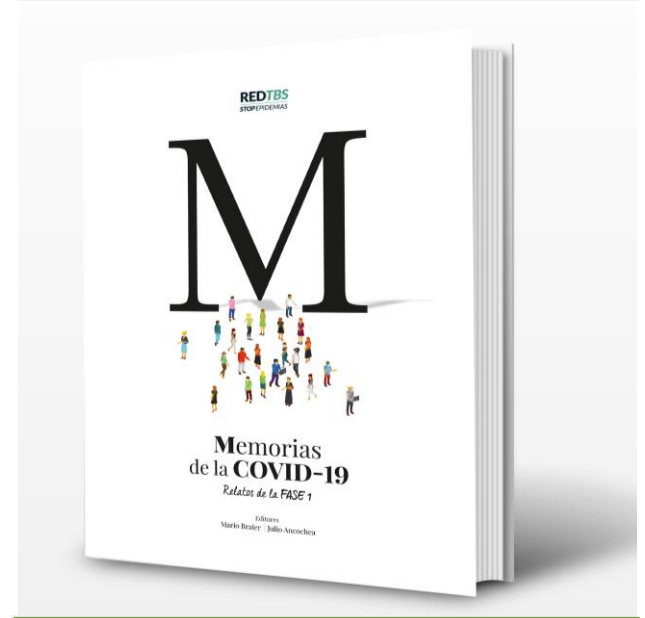
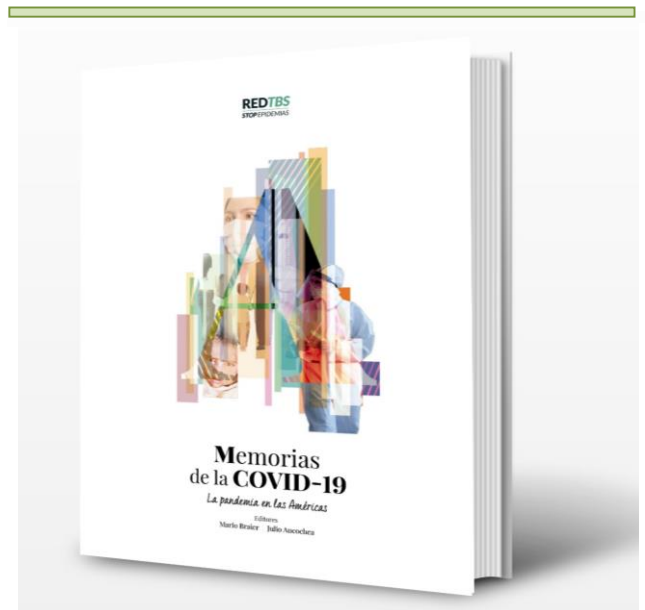
El alud de casos de COVID-19 observados desde 2020 ha evidenciado las limitaciones que tenía la vigilancia epidemiológica en España tanto a nivel

Sigue en la página 11

central como de las CCAAs, sobre todo sistemas informáticos y personal. La informática no estaba interconectada y no podían soportar el elevado número de casos que aportaba la pandemia, y en cuanto a personal no se podían efectuar seguimientos de numerosos casos y contactos. Sobre la marcha se intentó mejorar la situación, aunque hoy en día continúan limitaciones de personal (faltan epidemiólogos, enfermeras de salud pública, agentes comunitarios de salud...). El impacto de la pandemia ha sido importante en la vigilancia tanto de las EDOs como de otros procesos debido a que el personal dedicado a vigilancia fue absorbido por el control de la COVID-19. Se debe tener en cuenta, con datos del pasado 30 de junio del Ministerio de Salud, que se habían recogido más de 13 millones de casos y 121 760 muertes por esta infección (las cifras reales se estiman superiores). La situación explica, por ejemplo, que el informe más reciente de Vigilancia Epidemiológica de TB en España elaborado por la RENAVE es de 2021. Se recogen datos de 3754 pacientes, lo que implica una incidencia en este año de 7,6 por 100 000 habitantes, con grandes variaciones por CCAA. Un total de 50 fallecieron (letalidad de 13/1000). Destaca una gran disminución en 2020 con relación al 2019 y del 2,18% en el 2021. La pandemia ha favorecido sin duda subdetección y subregistro de casos de TB como de EDOs.

La vigilancia epidemiológica en España debe modernizarse. Vigilar, prevenir y controlar tanto las EDOs como otros problemas de salud y detectar precozmente cualquier brote epidémico o nuevas pandemias que también las habrá. Es prioritario formar profesionales para atender la vigilancia epidemiológica, con unas condiciones laborales que favorezcan su continuidad, y que en cada CCAA y a nivel central dispongan de los profesionales adecuados. Esta es la vía para mejorar nuestra salud pública y para cumplir nuestros compromisos europeos.

Una máxima para la vigilancia epidemiológica dice: "Quien más busca más encuentra, y quien más casos encuentra tiene más posibilidades de controlarlos y de estudiar a sus contactos".



La Red TBS-Stop Epidemias editó los siguientes libros: *Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1*, con prólogo de Federico Mayor Zaragoza, y *Memorias de la COVID-19. La Pandemia en las Américas*, con Adolfo Pérez Esquivel. 151 autores que exponen su visión durante esta terrible pandemia en 52 ciudades de 20 países de diferentes lugares del mundo. Se puede acceder a su lectura en formato digital en nuestras webs



ELECCIONES



Pilar Rodríguez Ledo

Pilar Rodríguez Ledo es elegida presidenta de la **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)** durante la celebración del XXIX Congreso Nacional, en la ciudad de Granada. La nueva Comisión Permanente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) fue designada el pasado 16 de junio, dentro de la Asamblea General de Socios 2023 celebrada en el marco de su Congreso Nacional, en Granada. La candidatura presentada está liderada por Pilar Rodríguez Ledo junto a los doctores Higinio Flores (vicepresidente 1º), Irene Arnanz (vicepresidenta 2ª), Asunción Gracia (vicepresidenta 3ª), María Sanz (secretaría), Carlos Y. Durán (vicesecretario), Lorenzo Armenteros (tesorero) y Beatriz Torres (secretaría de comunicación). Así mismo, la nueva Dirección de la SEMG contará con Elena Collada (vocal de médicos residentes, Teresa Benedito (vocal de los Grupos de

Trabajo), Francisco J. Sáez (vocal de FACME), Manuel Mozota (vocal de la Fundación SEMG Solidaria) y Mariam de la Poza (vocal de FIFSEMG/Investigación). Como consejeros se contará con los doctores Benjamín Abarca y Antonio Fernández-Pro, en calidad de anteriores presidentes. Este nuevo equipo es una conjunción de experiencia y nuevas incorporaciones, que aportan ilusión, compromiso y nuevas perspectivas, y que, dando continuidad al trabajo de las comisiones permanentes previas, persiguen impulsar la Medicina de Familia como especialidad, para avanzar en el prestigio y relevancia social que corresponde a la profesión.

La Real Academia Nacional de Medicina de España acogió en la tarde del viernes 7 de julio la toma de posesión del cargo de los miembros de la nueva Comisión Permanente, durante un emotivo acto científico y académico, cargado de gran simbolismo por ser el escenario elegido el lugar que representa la Ciencia por excelencia. Este nuevo equipo que conforma una de las principales sociedades médicas de nuestro país, con gran peso en la defensa de los intereses de los profesionales de Atención Primaria desde el año 1988 en el que fue creada, ha jurado su cargo en el Salón de los Retratos de la Real Academia Nacional de Medicina de España ante la presencia de importantes autoridades, entre ellas, el subdirector general de Cohesión y Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Juan Julián García Gómez, y el consejero de Sanidad de Galicia, Julio García Comesaña. Durante el evento también se ha contado con la asistencia de expresidentes y presidentes autonómicos de la SEMG y representantes de otras sociedades científicas y entidades del sector. La nueva Comisión Permanente de la SEMG liderada por la doctora Pilar Rodríguez Ledo, afirmó en su discurso de investidura que “en este nuevo capítulo de nuestra sociedad nos enfrentamos a grandes retos como colectivo, como son el envejecimiento de la población, la cronicidad, la multimorbilidad, la desigualdad, la crisis del modelo sanitario y, especialmente, la situación de la Atención Primaria, la precariedad laboral, la falta de recursos, la sobrecarga asistencial o la digitalización”. Y en otra parte afirmó que estos retos “requieren de una visión estratégica, de una defensa firme de nuestra profesión y de nuestra especialidad, fortalecer nuestra especialidad y promover la Atención Primaria como pilar fundamental de nuestro sistema de salud, así como de una formación continua y de calidad, de una investigación rigurosa y relevante, y de una colaboración estrecha con otras especialidades y organizaciones de salud para mejorar la atención médica en nuestra sociedad”. Otros de los puntos que ha destacado en su intervención como nueva presidenta de la SEMG es la necesidad de “promover la colaboración y la comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud, fomentar la integración de la Atención Primaria con otros niveles asistenciales para brindar una atención de calidad y centrada en el paciente”.

La **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)** es una de las cuatro entidades fundadoras que conforman la **Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS-Stop Epidemias)**, quienes hace 10 años iniciaron esta campaña permanente de prevención de la salud a la que hoy adhieren más de 50 instituciones públicas y privadas.

Héctor Javier Sánchez Pérez,
Investigador Titular. El Colegio de la Frontera
Sur y miembro del Observatorio Social
de Tuberculosis de México

Al 13 de febrero de 2023, México tenía poco más de 7,4 millones de casos registrados de COVID-19, con un total de 332 580 muertes registradas por esta pandemia. Dentro de esas cifras, de acuerdo con el conteo del Centro de Sistemas e Ingeniería de la Johns Hopkins University,¹ en los 28 días previos se registraron 85 957 casos nuevos y 985 fallecimientos por COVID-19.

El 14 de febrero, la Secretaría de Salud (SSA) informó que en las seis primeras semanas de este año ha habido una reducción constante en la intensidad de la epidemia (cantidad de casos sustancialmente menor en la reciente sexta ola -comparada con las que precedieron-, ocupación hospitalaria de solo un 5% de ocupación de camas de uso general y 2% de ocupación en camas con ventilador, menor número de defunciones y 84% de vacunación en la población elegible de ser vacunada).¹

Es decir, si bien aún no se había controlado del todo la pandemia en el país, y sigue habiendo muertes por esta enfermedad; han quedado atrás los días en que sumaban cientos de fallecimientos por COVID-19. El que la mayoría de la población ya esté vacunada con esquemas completos (al menos tres dosis de vacuna anti-COVID), la presencia de medicamentos para curarla y, la experiencia del personal de salud para tratarla, han impactado en la reducción de su mortalidad, tal como puede apreciarse en el conteo citado de la Johns Hopkins University.

En el caso de la Tuberculosis (TB), en el año 2021, de acuerdo con información proporcionada por el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE) de la Secretaría de Salud (SSA), se registraron 20 382 casos nuevos, con una tasa de 15,8 por 100 000 habitantes, siendo Baja California y Sinaloa los estados con mayores tasas de incidencia (de 58,5 y 38,9, respectivamente) y en Tlaxcala, una incidencia,



La sociedad civil llama al sector salud

Control de COVID-19 y TB en México

menor con apenas una tasa de 1,9 en el citado denominador. En este 2023, en el conteo más reciente con el que se cuenta, relativo a la cuarta semana de este año (febrero 6), se tenían notificados 1504 casos nuevos (en el mismo periodo de 2022, se habían registrado 1199 casos).¹

En lo que toca a mortalidad,³ en el año 2020 se registraron en el país 2151 muertes por TB en todas sus formas, con una tasa de 1,7 por 100 000 habitantes, pero con grandes diferencias al interior del país. Hubo estados como Baja California, Sonora y Nuevo León, cuya tasa fue de 7,4, 4,8 y 3,4 en igual denominador, mientras que otros como Tlaxcala y Michoacán, su tasa fue de 0,1 y 0,4 en el citado orden.

Ante tal panorama, desde el Consejo Consultivo Comunitario Global de Tuberculosis (CAB TB) y del Observatorio Social de Tuberculosis México, recientemente hemos hecho un llamado a las autoridades del sector salud del país para actualizar y alinear de manera urgente las

Sigue en la página 14

directrices nacionales (NOM, guías, manuales) para la prevención, el tratamiento, la atención y el control de la TB en el país, de acuerdo con las emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹ Dicha actualización debería incluir los regímenes de tratamiento de corta duración a los que se refiere la campaña mundial liderada por la sociedad civil como los regímenes "1/4/6".¹

Desde una perspectiva de Derechos Humanos, estos avances logrados en la prevención y control de la TB deberían ser plenamente accesibles a toda la población. Sin embargo, actualmente, dado el alto costo de los medicamentos en los que se basan, solo pocas personas tienen acceso a estos regímenes más cortos y, es precisamente en las poblaciones más vulnerables en donde hacen más falta y en donde menor disponibilidad se tienen de estos esquemas. En este sentido, el estándar de atención establecido por las Directrices de la OMS es el que debe servir como marco mínimo de atención garantizada a personas afectadas por TB (PATB) en todo el mundo.

Un segundo aspecto del que hacemos llamado a las autoridades del sector salud de México está enfocado a que se garanticen plenamente los recursos financieros y de otro tipo necesarios para que a finales de 2023 se pueda contar con el personal, material y equipo para el diagnóstico y seguimiento oportunos -así como también para su mantenimiento-, incluyendo espacios, sistemas y apoyo necesarios para aplicar las directrices nacionales actualizadas antes del 2024.

México se adhirió a los compromisos acordados por los ministros de Salud en Moscú en 2017 y por los jefes de Estado en Nueva York durante la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Tuberculosis en 2018 hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. En este sentido, los regímenes 1/4/6 ofrecen una gran oportunidad para mostrar la voluntad política que asegure la financiación necesaria para corregir el curso de la lucha y poder poner fin a la TB, tal como sugería en su momento Paul Farmer y sus "5-S": personal, material y equipo (pruebas de diagnóstico oportuno y sus correspondientes

consumibles, medicamentos, tecnologías de imagen y otros equipos, así como para su correcto mantenimiento, entre otros), espacios (instalaciones adecuadas y dignas para las PATB, ya sea en una clínica, hospital o un entorno de atención comunitaria, libres de estigma y discriminación), sistemas (mecanismos de elaboración de políticas y regulación, programas activos de búsqueda de casos y servicios de derivación) y apoyo, es decir, acompañamiento a las PATB con medidas de protección social para que mejoren su situación de salud, indispensables como alimentación, alojamiento, asesoramiento y servicios psicosociales...

Como podrá apreciarse, este enfoque requiere una respuesta multisectorial y totalmente financiada. No obstante, está plenamente documentado que sólo con un enfoque integral y centrado en la PATB se podrá hacer frente a los estragos del estigma y la desigualdad social que implica a una persona y a sus familias tener TB. Baste recordar que cada dólar invertido en programas contra la TB supone un retorno de 40 USD en inversión sanitaria, y que el coste de la inacción es inevitablemente mayor: la no adopción y ampliación de las innovaciones de que ya se disponen provocaría en el ámbito mundial 6,6 millones de muertes adicionales por TB y una pérdida económica de 1 billón de USD para 2030.

Finalmente, en este escenario planteado es primordial la participación y el apoyo decidido de la sociedad civil y de las comunidades afectadas por la TB. Muchas organizaciones no gubernamentales tienen amplia experiencia en trabajo comunitario (de ahí el llamado enfoque "Engage TB"), cuya labor se realiza en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica, tanto de zonas rurales como de áreas periféricas de las grandes urbes. Para que la participación sea más efectiva y de mayores alcances, es necesario que los programas de prevención y control de TB, tanto a nivel nacional como estatales y locales, permitan dicha participación en condiciones de apertura y confianza,

Sigue en la página 15

posibilitando sus aportes en los procesos de elaboración de políticas y normas de atención a las personas y comunidades afectadas por la tuberculosis en el país.

Los denominados determinantes sociales de la salud (DSS) tienen un impacto significativo en la aparición, desarrollo y distribución de la TB. En México, al igual que en gran parte del mundo, las comunidades más vulnerables han sido las más afectadas por esta enfermedad a lo largo de la historia y, la pandemia del COVID-19 ha provocado el retroceso de los escasos logros que se habían obtenido para su prevención y control. Debido a ello, es imperativo atender sus necesidades y controlar la TB no solo en términos de su salud, sino también en su economía y bienestar social. Es tiempo de que a todas las poblaciones, especialmente las más vulneradas, se les acerquen de manera más efectiva los avances científicos y tecnológicos, en este caso, de garantizarles métodos de diagnóstico más sensibles y rápidos (solo una pequeña proporción de la población mexicana tiene acceso a pruebas moleculares de diagnóstico, en las que no solo se identifique la enfermedad, sino también la sensibilidad a los fármacos anti-TB en el momento del diagnóstico) y a esquemas de tratamiento menos largos y tóxicos como con los que se les ha tratado durante décadas.

¹ <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

² Conferencia mañanera del 14 de febrero de 2023. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=NXVZ9IyWLXM>

³ <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/801900/sem04.pdf>

⁴ El 8 de diciembre de 2022 se dirigió a las autoridades del Sector Salud en México, así como al presidente de la Cámara de Diputados, al presidente de la Mesa Directiva de la Cámara de Senadores y, a los presidentes de la Comisión de salud de la Cámara de Diputados y Senadores, una “Carta de apoyo a la campaña mundial regímenes 1_4_6 de Tuberculosis en México”, de la cual hasta el momento (febrero de 2022), no se había recibido respuesta alguna. Dicha carta puede verse en: <https://observatbmxico.wordpress.com/>

⁵ Véase OMS (2020) Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis: Módulo 1 Prevención; OMS (2021) Directrices consolidadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2 Cribado, Módulo 3 Diagnóstico; OMS (2022) Directrices consolidadas de la OMS, Módulo 4 Tratamiento de la tuberculosis farmacoadictiva, Módulo 5.

⁵ Manejo de la tuberculosis en niños y adolescentes, y, Módulo 6 Manejo de la tuberculosis y las comorbilidades.

II JORNADA IBEROAMERICANA TB - COVID19
19 y 20 de octubre de 2023
17:00 h. a 20:00 h.
ONLINE
Inscripciones:
redtbs@redtbs.org

ELECCIONES

 Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR



David de la Rosa Carrillo

Concluyó en Granada el **56º Congreso Nacional SEPAR**. Durante el mismo se han dado a conocer los resultados de las elecciones celebradas para designar nuevos directivos para el próximo ciclo de la Asamblea General, que es el órgano supremo de la voluntad social. Como presidente ha sido electo el **Dr. David de la Rosa Carrillo**, neumólogo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, y también ha sido elegido vicepresidente el Cirujano Torácico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, **Dr. José María Matilla González**; ambos asumirán el ejercicio de los cargos en junio de 2024. Completan la Junta Directiva de SEPAR los nuevos coordinadores de cuatro áreas: la Dra. Amaya Martínez Meñeca, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, ha sido elegida coordinadora del Área de Circulación Pulmonar; el Dr. Daniel López Fernández, del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, del Área de Fisioterapia

Respiratoria; la Dra. Sandra Dorado Arenas, del Hospital de Galdakao en Vizcaya, del Área de Enfermedades Respiratorias de Origen Ocupacional y Medioambiental; la Dra. Pilar Cejudo Ramos, del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, del Área de Rehabilitación Pulmonar. También se han renovado cargos en los Comités Ejecutivos de diferentes Áreas. Durante las diversas actividades realizadas durante el congreso se ha procedido a clausurar el “Año SEPAR dedicado a los cuidados respiratorios intermedios” y anunciar que el próximo año estará centrado en el “Año SEPAR del diagnóstico precoz del cáncer de pulmón”. El congreso reunió a más de 2.600 asistentes y se presentaron 900 publicaciones.

“Hemos tenido una afluencia masiva, con salas repletas de asistentes y ponencias del máximo nivel. También hemos dado pasos importantes en la búsqueda de la excelencia y comprobado la vitalidad de nuestros miembros más jóvenes. No tengo duda alguna que a nuestra sociedad le esperan grandes tiempos con vuestro propio crecimiento”, destacó el presidente de SEPAR, el **Dr. Francisco García Río**.

Por su parte el presidente electo destacó: “Quisiera agradecer la confianza a los que me votaron y reconocer a dos enormes profesionales y amigos, el Dr. José Luis López-Campos y la Dra. Marina Blanco, con méritos sobrados para haber ganado en una votación con unos resultados muy apretados. Durante este año como presidente electo, intentaré aprender todo lo que pueda de nuestro actual presidente, pero también intentaré consensuar con la actual Junta las bases para poder implementar las propuestas del decálogo de mi programa electoral”, explicó el **Dr. David de la Rosa Carrillo**.

La **Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)** reúne a 5736 asociados que son profesionales de la salud respiratoria en España, es decir, la práctica totalidad de los neumólogos, cirujanos torácicos y Enfermería y Fisioterapia Respiratoria, junto a otros especialistas nacionales y extranjeros, con intereses comunes. Esto posiciona a la entidad como la primera sociedad científica nacional de respiratorio en el ámbito europeo y le proporciona una fortaleza inusual para ser un referente en el campo de la salud respiratoria, tanto para la Administración, como para los pacientes o la opinión pública en general. Su objetivo es trabajar en proyectos científicos que hagan avanzar la neumología y la cirugía torácica y llevar a cabo iniciativas sobre la salud respiratoria que repercutan positivamente en la sociedad. Dos de las principales líneas de actuación de la sociedad durante este año han sido la investigación y la formación.

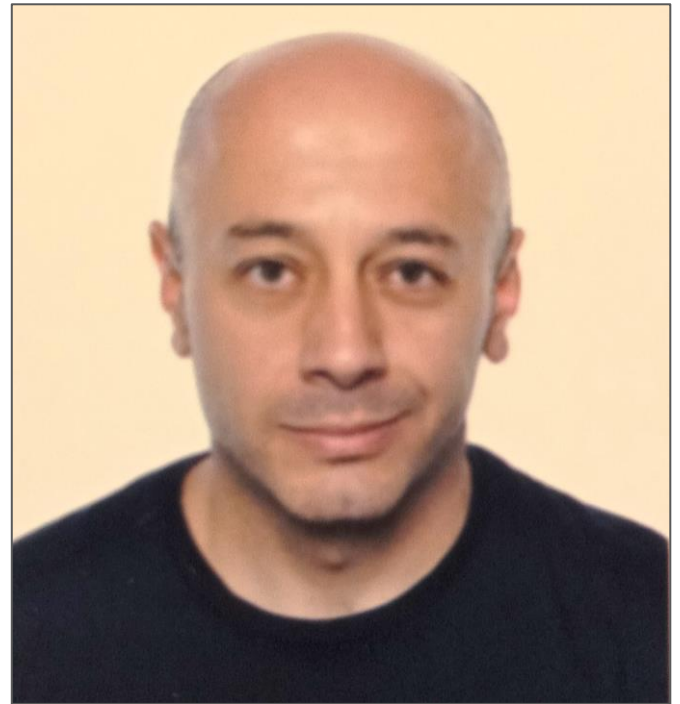
La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) es una de las cuatro entidades fundadoras que conforman la **Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS-Stop Epidemias)**, quienes hace 10 años iniciaron esta campaña permanente de prevención de la salud a la que hoy adhieren más de 50 instituciones públicas y privadas.

David Chaparro Pardo

**Especialista en Medicina Interna.
Médico adjunto en el Servicio de Urgencias
del Hospital Clínico San Carlos**

Faltan algo más de 30 minutos para acabar mi turno. Hoy me toca trabajar en la zona de pacientes leves según triaje. Y efectivamente se ha confirmado la levedad de los casos. Desde un dolor de rodilla de más de medio año de evolución, a un cuadro de diarrea en el que el paciente ha cuantificado la friolera de una deposición, pasando por los clásicos “vengo porque no me hacen caso y a mí me tiene que ver el médico que yo diga”, los que buscan un justificante médico porque hoy no han ido a trabajar por la causa más insospechada o los que pasaban cerca del hospital y han decidido que ya que estaban cerca, merecía la pena pasarse para ser valorado por algo que antes, previamente no era importante pero hoy, por la cercanía del paseo, era fundamental. Un turno plagado de pacientes en urgencias y no de pacientes con patología de urgencias. Un turno de los que minan la moral del trabajador más optimista y fuerte.

Es en este momento cuando ya se vislumbra el final del túnel cuando un compañero me llama para realizar una técnica sobre un paciente que realmente esta grave en otra sala. Me dirijo hacia allí con un cansancio acumulado insoportable tras haber escuchado durante horas las quejas de personas que apenas se les podía llamar pacientes. Mientras subo por las escaleras me pregunto si a esta hora realmente estoy capacitado para realizar la técnica de forma adecuada. Estoy agotado y no sé si seré capaz de dar la respuesta urgente que este paciente sí que precisa a diferencia de todos los que se han tratado en la zona de leves (ya es curioso que haya una zona de manejo del paciente leve en la urgencia).



La Urgencia de hoy II Una mirada la urgencia

Creo que un ciudadano debe entender conceptos como responsabilidad, autocrítica, capacidad de respuesta a una situación sin gravedad al afrontar el desplazamiento a un servicio de urgencias, y el gasto sanitario que representa. Conceptos que generarían un mejor uso de un sistema sanitario finito que está siendo sobreexplotado por regidores y regidos sin tener en cuenta al profesional que anda entre medias y acaba denostado por la sociedad, confundido con su cometido, frustrado por una situación cronificada sin posibilidad para la mejora porque unos disfrutaban del beneficio político y otros del sobreuso extremo del sistema, tratándolo como si de una *app* de móvil fuera, donde el programa no se agota, sin entender que los profesionales son de carne y hueso y sí, se agotan.

Paso al lado de la sala de triaje, hay unas 60 personas, entendiendo que la distribución es por grupos reducidos o parejas, de unos 25-30 pacientes. La mayoría menores de 30 años, salvo tres que son realmente mayores. Se escuchan

Sigue en la página 18

risas de un grupo de veinteañeros que parecen acompañar a un joven con... no sé, no identifico a primera vista la dolencia, pero comparte los chistes con sus acompañantes. Saludo al personal de enfermería que está abordando las preguntas habituales en esta sala. ¿qué le pasa? ¿desde cuándo? ¿Ha hecho algo para paliar el síntoma? Las respuestas que llegan a mis oídos son las quejas de un ciudadano de mediana edad que acude porque no puede más debido a las molestias en un hombro. Lleva un mes esperando una ecografía para el diagnóstico y aún no le han llamado. Ya estoy adelantando como será la atención de esa persona con otro proceso urgente similar a los abordados durante la tarde, con el que me tocará bregar justo antes de concluir mi turno. Seguramente ese será mi último paciente del día y ya temo ese momento. Entro en la sala de agudos donde las camas se sitúan como un aparcamiento de playa cualquier sábado de agosto: de forma caótica y abusiva. Miro alrededor de esa estancia desorganizada y ruidosa donde se trabaja como buenamente se puede sabiendo que ser rápidos no es solo un beneficio para el paciente que está, si no para el que llegará porque esa alta velocidad dejará una cama vacía para su posterior uso. Un residente me muestra un electrocardiograma y me pregunta una duda, su médico adjunto está hablando con una familia, explicando las medidas paliativas que se van a tomar porque ya no se puede hacer nada más por él médicamente.

Veo a dos miembros de enfermería manejar el ecógrafo para valorar a un paciente, mientras un auxiliar trata de convencer a un señor mayor confuso sobre la necesidad de ponerse el camisón del hospital en beneficio a su propia ropa, por muy feo que sea el camisón. Detrás, dos celadores piden paso con la camilla de un paciente afortunado camino del ingreso, por fin tiene una cama de esas tan caras en verano por el cierre de medio hospital para abaratar costes. Se escucha levantar la voz a un joven residente preguntando si alguien ha pedido un radiodiagnóstico; el radiólogo necesita más información. Un familiar

vocea a un teléfono porque alguien no quiere ir a recogerle ahora.

Mientras, escondido entre dos camas, veo a mi compañero, me acerco y valoramos el caso. Nos disponemos a trabajar sobre el paciente. Cojo aire para empezar, ahora me doy cuenta del peso del día, de las continuas discusiones, de las valoraciones rápidas a pacientes con apenas síntomas, pacientes que podrían haber sido valorados en primaria y no deberían llegar a un servicio de urgencias si todo funcionara como debe. Pesa ese turno de respuestas a problemas sociales más que médicos, a problemas de tiempos de realización de pruebas más que a disminuir el tiempo de valoración de situaciones importantes. Me preparo para realizar la técnica y es ahora, justo ahora cuando me doy cuenta de todo lo que cuesta limpiar la zona, todo lo que cuesta coger el ecógrafo, todo lo que cuesta levantar la aguja y acertar; pero tengo una obligación y no queda otra para intentar mejorar la situación de este paciente. Pese a todo el turno previo, al cansancio, a la presión, a la urgencia, al final, se hace. Ya se empieza a instilar un tratamiento que se espera resulte efectivo y mejore la situación clínica del paciente. Un tratamiento en un paciente grave que requiere una respuesta urgente o como a los grandes pensadores de la urgencia les gusta llamar: "emergente".

Veo que este sí es el paciente tipo de la urgencia. Este es el paciente por el que me decidí a trabajar en este servicio, el paciente para el que me he formado durante tantos años y por el que uno acaba cansado al final del turno porque ha exigido el máximo de uno mismo, pero con el que no se acaba quemado, nunca.

Me dirijo de vuelta a la sala de leves. Otra vez a ver a personas con escasa patología, pero mucha conciencia ofendida por no ser el primero en recibir un tratamiento que, salvo él, todos los profesionales entendemos que no es necesario que sea administrado hoy. Otro enfrentamiento verbal. Otro ciudadano no contento con un sistema que no se estira más y que subsiste a

costa de gente joven con mucha idealización de la profesión al inicio de la residencia que después de diez años no sabe hacer otra cosa y por eso no abandona. Y por eso, no abandona.

El paciente con dolor de hombro espera en la sala de espera contigua a la sala donde me toca trabajar. Faltan 10 minutos, le llamo. No hay un hola, ni unas buenas tardes, ni nada. Vomita la mala situación de la sanidad madrileña, lo mal que funciona el sistema y por supuesto, la inoperancia de los trabajadores adscritos al mismo. No entiende porque tardo tanto en llamarle, pedir una prueba y dar una solución a su problema, pero no una solución cualquiera, él quiere su solución. Otra discusión, otro aquí no se adelantan pruebas, ni citas, ni bajas, ni se habla con su jefe, ni se llama a otro especialista que no necesita. Se le explica el procedimiento a realizar y después de otra mala palabra, se va.

Escucho el cambio de turno de mis compañeros de enfermería. Otros que se han ganado bien el sueldo escuchando lo mismo que yo, lo mismo cada día; y continuando, vaya, con una atención excelente sobre el paciente. Sin malos gestos, sin malas palabras.

Como si de una alarma antiaérea se tratara, la llegada del compañero de la noche hace que me levante con ganas de huir de mi trabajo. Un trabajo que hace años me apasionaba y ahora me arrastra día tras día a buscar alternativas en las páginas de empleo. Y aun así, cuando llego a casa, justo después de saludar a los míos, de sentirme persona otra vez, lo primero que hago es llamar a la urgencia para preguntar cómo se encuentra ese paciente tan grave por el que me avisaron.



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.



Publicación de la Red TBS-Stop Epidemias
Edición Sanidad Global 2023 / SSN: 2660-7263
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo.
Fotografías: M. Consuelo Alcaide; Depositphotos; Red TBS-Stop Epidemias; y agencias.
www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org

ELECCIONES 23J



PUBLICAMOS ALGUNOS ÍTEMS DE LOS PROGRAMAS DE LOS DOS PARTIDOS POLÍTICOS QUE TIENEN MÁS POSIBILIDADES DE ACCEDER AL GOBIERNO EL 23J, CON EL FIN DE DIFUNDIR SUS OBJETIVOS Y PROYECTOS EN SANIDAD

Bajo el titulado de UNA SANIDAD MODERNA Y AVANZADA el **Partido Popular** enuncia en su programa de gobierno lo siguiente: “Nuestro sistema sanitario público es uno de los grandes instrumentos con que nos hemos dotado para cuidarnos como sociedad y promover la igualdad de oportunidades. La pandemia ha puesto de manifiesto sus fortalezas, especialmente la sobresaliente capacidad y entrega de sus profesionales; pero también las carencias y las necesidades del mismo, especialmente en lo que se refiere a la atención primaria, que es inaplazable abordar desde la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas”. Sigue con otro titular en el destaca como UNA SOCIEDAD QUE PROTEJA A LOS MÁS VULNERABLES y en ese capítulo expresan: “Si queremos que España sea una gran sociedad de bienestar es necesario que nadie se quede atrás, especialmente aquellos en situación de vulnerabilidad. En nuestra sociedad son numerosas las formas existentes de vulnerabilidad desde la infancia a los mayores”. “En este sentido, el cuidado de los mayores, una tercera edad saludable y la dependencia nos plantean un gran reto como país: ser capaces de financiar y hacer funcionar correctamente este pilar del Estado de Bienestar, tanto más importante cuanto el envejecimiento de la población es una realidad”. Entre otros principios afirma que: “España cuenta con uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo y una plantilla de profesionales sanitarios altamente cualificados que han dado lo mejor de sí mismo cuando los hemos necesitado”.

Los siguientes son algunas de las propuestas que se compromete realizar:

PLAN DE CHOQUE EN ATENCIÓN PRIMARIA:

- Para la solución al grave problema de déficit de especialistas en este nivel asistencial que sufre España. En el plan se combinarán medidas inmediatas, para cubrir plazas con medidas estructurales que aseguren una dotación de personal para la Atención Primaria capaz de permitir que siga siendo el elemento vertebrador del Sistema Nacional de Salud. Con un enfoque más comunitario y con mayor capacidad resolutive.
- Incorporaremos incentivos para hacer más atractivas las plazas de medicina de familia y comunitaria, y pediatría en Atención Primaria.
- Mejoraremos el programa de formación de médicos de familia, potenciando el tiempo de formación y la autonomía del residente en Atención Primaria, así como eliminando restricciones a la formación en centros de salud de menor tamaño.
- Impulsaremos, en colaboración con las Comunidades Autónomas, la incorporación de 1000 plazas formativas más de medicina familiar a la oferta de 2024.
- Reformaremos la jubilación activa mejorada para especialistas en medicina de familia y pediatría de Atención Primaria, ampliándola hasta los 72 años.
- Crearemos el título de especialista en urgencias y emergencias y modificaremos los requisitos de acreditación de unidades docentes en la especialidad de medicina familiar y comunitaria.
- Promoveremos equipos de atención multidisciplinarios. Reformaremos la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias para potenciar las capacidades de categorías como la enfermería o la farmacia.
- Impulsaremos a nivel nacional la figura del personal administrativo sanitario, apoyando la implantación de formación específica que le facilite el apoyo del personal sanitario en la gestión. Desarrollaremos reformas legislativas destinadas a reducir la burocracia en los procesos administrativos que acompañan a la actividad clínica.

Sigue en la página 21

ELECCIONES 23J



PUBLICAMOS ALGUNOS ÍTEMS DE LOS PROGRAMAS DE LOS DOS PARTIDOS POLÍTICOS QUE TIENEN MÁS POSIBILIDADES DE ACCEDER AL GOBIERNO EL 23J, CON EL FIN DE DIFUNDIR SUS OBJETIVOS Y PROYECTOS EN **SANIDAD**

FORTALECEREMOS LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA para que continúe dando respuesta a las necesidades de los nuevos especialistas del futuro. De la mano de las sociedades científicas, actualizaremos los programas formativos de todas las especialidades y los procesos de recertificación de competencias. Promoveremos el aumento del número de plazas del grado de enfermería en las universidades españolas y trabajaremos para reconocer y reforzar el papel del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del Sistema Nacional de Salud.

APROBAREMOS UN 'PLAN NACIONAL CONTRA LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS' desde los ministerios de Sanidad, Interior y Justicia, con el consenso de las Comunidades Autónomas y de los representantes de los profesionales, y desde la coordinación con las Fuerzas y los Cuerpos de Seguridad del Estado, para garantizar la plena seguridad de los sanitarios en el ejercicio de sus funciones en todo el Sistema Nacional de Salud.

DESARROLLAREMOS EL ENFOQUE 'ONE HEALTH' con el objetivo de mejorar la preservación integral de la salud humana y la salud animal y vegetal, considerando factores medioambientales y materializando acciones multidisciplinares que favorezcan la inocuidad de los alimentos, el control adecuado de zoonosis y avances frente a la resistencia a los antibióticos.

GARANTIZAREMOS EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA de los profesionales sanitarios.

INTRODUCIREMOS LEGISLACIÓN EN MATERIA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EL CONSENTIMIENTO de los titulares de la patria potestad previo a la realización del aborto en las jóvenes menores de edad.

RETOMAREMOS LA CREACIÓN DE LA AGENCIA ESTATAL DE SALUD PÚBLICA garantizando la participación de las Comunidades Autónomas en la gobernanza de la misma y la fijación de sus prioridades. Desplegaremos de forma efectiva la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública y todos los sistemas de vigilancia derivados de la misma, en el marco de una nueva Ley de Pandemias. Priorizaremos en nuestra política sanitaria la coordinación con Europa para la respuesta ante crisis sanitarias.

PONDREMOS EN MARCHA UNA AGENCIA ESPAÑOLA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD SANITARIA. Impulsaremos la creación de un sistema en red para la evaluación de la innovación y las tecnologías sanitarias (HISPANICE), similar al NICE británico, que incorpore técnicos de Comunidades Autónomas y expertos en la materia, para establecer un modelo común y eficaz de evaluación de innovación y tecnologías, sujeto a los principios de transparencia y aplicación auditable de la evidencia científica e impulsaremos los procedimientos de compra pública innovadora.

LIDERAREMOS DESDE EL GOBIERNO DE ESPAÑA UN IMPULSO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS, con normativa específica y acciones para homogeneizar su desarrollo y sus estándares de calidad en todo el Sistema Nacional de Salud, priorizando la mejora del bienestar y soporte de los pacientes en fase avanzada y terminal. Con el objetivo de conseguir que estos pacientes dispongan de apoyo sanitario y emocional, además de impulsar el desarrollo de planes de cuidados paliativos y acreditar a nivel nacional las competencias del personal sanitario especializado en esta área, revisaremos la Ley de Eutanasia tomando en consideración la opinión del Comité de Bioética.

ACTUALIZAREMOS LA ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, con el objetivo de reforzar un modelo de atención proactivo, así como de favorecer la atención domiciliaria y con capacidad de adaptación a las distintas necesidades de cada territorio (insularidad, dispersión geográfica, etc.). Abordaremos, particularmente, acciones decididas en el ámbito de las enfermedades respiratorias.

EL GOBIERNO DE ESPAÑA IMPULSARÁ, DENTRO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, un nuevo enfoque para el abordaje de la salud mental tras el impacto de la pandemia del Covid-19, aprobando una nueva Estrategia Nacional en Salud Mental, centrada en la atención temprana.

[Programa completo picar aquí](#)



ELECCIONES 23J

PUBLICAMOS ALGUNOS ÍTEMS DE LOS PROGRAMAS DE LOS DOS PARTIDOS POLÍTICOS QUE TIENEN MÁS POSIBILIDADES DE ACCEDER AL GOBIERNO EL 23J, CON EL FIN DE DIFUNDIR SUS OBJETIVOS Y PROYECTOS EN SANIDAD

Bajo el titulado de SANIDAD el **Partido Socialista Obrero Español** enuncia en su programa de gobierno lo siguiente: “La protección de la salud y la sanidad pública, gratuita y universal son elementos vertebradores de nuestro estado del bienestar, por sus efectos en la mejora de la vida de la gente y en la cohesión social y territorial. También por su papel en el fortalecimiento de la justicia social como base de la convivencia, por su capacidad de redistribución de la riqueza y por su participación en el modelo económico innovador y generador de empleo de calidad”. “Por todo ello, y para continuar en nuestro empeño por mejorar la sanidad pública, nos comprometemos a:

Los siguientes son algunas de las propuestas que se compromete realizar:

Refuerzo del Sistema Nacional de Salud

- La **aprobación de la llamada Ley de Equidad** seguirá siendo un objetivo prioritario, pues estamos decididos a que la salud no esté condicionada por el lugar de nacimiento o las circunstancias socioeconómicas. Una ley que modificará diversas normas para consolidar la equidad, la universalidad y la cohesión en el Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo la Sanidad Pública y ensanchando derechos. Este proyecto de Ley pretende ampliar el acceso universal al SNS, recuperar la cartera común de servicios del SNS, y establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.
- Continuaremos impulsando la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, que concentrará los recursos técnicos y científicos y las capacidades del Estado para identificar, evaluar y monitorear los riesgos para la salud pública.
- Aprobaremos un Plan Estatal de Preparación y Respuesta frente a amenazas para la salud pública que nos permita estar mejor preparados ante futuras crisis sanitarias. El plan establecerá las capacidades, recursos, mecanismos de coordinación y las acciones de los diferentes niveles, incluyendo a las administraciones implicadas, para una respuesta eficaz, anticipatoria y coordinada.
- Redefiniremos el espacio de la Escuela Nacional de Sanidad, aumentando su autonomía y buscando sinergias con la universidad y el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).
- Impulsaremos en el Congreso de los Diputados una Ley de donantes vivos.
- Pondremos en marcha la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, que ampliará la actual vigilancia de enfermedades infecciosas incorporando la de las enfermedades no transmisibles, como son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, permitiendo un mayor conocimiento de las patologías y priorizando las acciones necesarias para mejorar la salud de la población.
- Fomentaremos la excelencia en los cuidados de los pacientes con enfermedades crónicas y en situación compleja, potenciando a través del desarrollo de la Iniciativa Marco en Cuidados la promoción de la salud y la prevención, el seguimiento y la continuidad de los cuidados, y la orientación al autocuidado y la recuperación.

Acuerdo por la Sanidad, que incluirá medidas para las listas de espera y en favor de las y los profesionales sanitarios

- **Acabaremos con las listas de espera**, estableciendo por ley unos tiempos máximos de espera en el SNS de 120 días para intervenciones quirúrgicas, 60 días para consultas externas especializadas, y 30 días para pruebas complementarias, con independencia del lugar de residencia del ciudadano/a.
- Avanzaremos en la revisión del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, con el objetivo esencial de atender todas las nuevas necesidades.

Sigue en la página 23

ELECCIONES 23J

PUBLICAMOS ALGUNOS ÍTEMS DE LOS PROGRAMAS DE LOS DOS PARTIDOS POLÍTICOS QUE TIENEN MÁS POSIBILIDADES DE ACCEDER AL GOBIERNO EL 23J, CON EL FIN DE DIFUNDIR SUS OBJETIVOS Y PROYECTOS EN **SANIDAD**

- Desarrollaremos la acreditación de la formación de la función del Tutor de Formación Sanitaria Especializada, y el reconocimiento de la labor que desempeña.
- Impulsaremos, junto al área de universidades y el Sistema Nacional de Salud, un estudio de necesidades de personal que permita diseñar un incremento de hasta un 15% de las plazas ofertadas en el grado de Medicina.
- Promoveremos el avance competencial y el desarrollo enfermero, y ordenaremos un modelo organizativo de cuidados que integre los diferentes perfiles existentes.
- Concluiremos la aprobación de las especialidades en Medicina de Urgencias y emergencias, Enfermedades infecciosas, del Deporte, y Genética, así como nuevas especialidades que se adapten a las necesidades presentes y futuras de la población.

Pacto por la Salud Mental

- Estableceremos garantías de tiempo máximo de espera en la asistencia la salud mental que incluya un máximo de 15 días para menores de 21 años.
- Reforzaremos la línea 024, incrementando el número de profesionales.
- Facilitaremos la atención psicológica a las personas enfermas de cáncer y a las personas con enfermedades raras.

Nuevos planes, más derechos y mejoras en el sistema

- Celiacía: daremos apoyo económico a la dieta sin gluten para paliar el sobrecoste de los pacientes a la hora de adquirir estos productos (mediante la aplicación de un IVA súper reducido a dichos alimentos y/o fijando ayudas directas periódicas a las personas celiacas).
- Digitalización de la Historia Clínica: conseguiremos que cualquier paciente pueda tener acceso a su historia clínica con independencia del territorio en el que se encuentre.
- Salud Bucodental: promoveremos la incorporación progresiva de servicios como las obturaciones (empastes) o los implantes dentales a más colectivos, comenzando por personas mayores de 75 años.

Plan Nacional para la Promoción de la Salud

- Avanzaremos en programas de prevención de enfermedades cardiovasculares para el conjunto del SNS, tanto prevención primaria, como secundaria.

Salud en el Trabajo

- Mejorar la prevención de los accidentes de trabajo, profundizando en la investigación de las causas que provocan accidentes de trabajo mortales debido a patologías no traumáticas, los cuales representan el 40% de los accidentes letales.

Prevención frente al Tabaquismo. Apostando por una generación libre de humos

- Regularemos el uso de los vapeadores y productos dulcificados derivados del tabaco.

Drogas y Adicciones

- Acordaremos la Estrategia Nacional de Adicciones 2025-32, tras evaluar la Estrategia 2017-24.

[Programa completo picar aquí](#)



Noticias 1

Julio Ancochea Bermúdez en un *podcast* de Redacción Médica

Julio Ancochea Bermúdez, presidente de la Red TBS-Stop Epidemias protagonizó un *podcast* en una revista médica titulado: **“Lo que hay detrás de Asoomega es pasión, Medicina con alma”**



Redacción Médica que ha elegido al presidente de Asoomega, Julio Ancochea Bermúdez, como protagonista del *podcast* sobre “Jefatura de Servicio”. No en vano él fue en su momento uno de los jefes de Servicio más jóvenes de España cuando en el año 2000 se hizo cargo del de Neumología en el Hospital de La Princesa de Madrid. A este centro ha estado ligado durante toda su vida profesional, y hoy, 23 años después, sigue al frente de esta responsabilidad, aunque durante todo este tiempo la ha compaginado con otras no menos exigentes como la presidencia de su sociedad científica, la SEPAR, o actualmente la de Asoomega y de la Red TBS-Stop Epidemias. “Trabajo, perseverancia y cultura del esfuerzo guían la gestión de este neumólogo enamorado de la literatura, especialmente de la poesía y la riqueza que aún hoy encuentra en esta rama de la Medicina”, se afirma en el mencionado *podcast*.

“La neumología es mi vida. Soy neumólogo por mi espíritu poético. Siempre creí que el aire tiene algo de poesía: cada varios segundos tú, yo, todos, cuando inspiramos el aire llega a los alvéolos y el oxígeno pasa a la vía aérea y, a través de ella, a los capilares sanguíneos por un misterioso espacio que llamamos intersticio pulmonar. Esto es lo que siempre he llamado el milagro de la respiración”, reflexionó Ancochea.

Durante su larga trayectoria ha vivido la evolución de la especialidad en primera línea hasta llegar a lo que “hoy podemos denominar la Neumología de la cinco P: preventiva, predictiva, participativa, personalizada y poblacional”. Aunque la esencia, considera, sigue siendo la misma: “La clave de la gestión son las personas” a las que, afirma, “tú tienes que ayudar a crecer personal y profesionalmente”.

Su labor al frente de SEPAR, donde dio la vuelta a la sociedad con la puesta en marcha de su plan estratégico plasmado, entre otras cosas, en la creación de SEPAR Solidaria, o sus cátedras en la Universidad Autónoma de Madrid o la iniciativa *Be Neumo Be You* o el terrible desafío que supuso la pandemia, que vivió en primera línea de acción como médico y también como paciente, forman parte de su bagaje personal y profesional.

“En 2009 me dieron el premio Madrigallego de Oro al Mérito en la Medicina a propuesta de Asoomega, a la que me asocié y con el tiempo formé parte de su Junta Directiva y fui elegido su presidente desde hace ya casi siete años”. Es de destacar una faceta que lo une íntimamente a sus orígenes: “Soy gallego de Puebla de Trives. Mi madre me hablaba de Asoomega, y Caixa Ourense, de la que era presidente mi tío Manolo, que financió el Premio Nóvoa Santos, un galardón de excelencia para un médico gallego”. Julio Ancochea Bermúdez asegura que “en Asoomega hemos implementado valores y hemos empezado a revolucionarlo todo, procuré hacer algo parecido a lo que hicimos en SEPAR y montamos Asoomega Muller, Asoomega Nova, Asoomega Internacional, porque ya no es solo la Asociación de Médicos Gallegos en Madrid, y Asoomega Axuda. Somos soñadores”. Cierra el *podcast* con un sentimiento: “Lo que hay detrás de Asoomega es pasión, hay Medicina con alma, ciencia con rigor. Los sentimientos se sienten y Asoomega es un sentimiento profundo”.

Ana Martínez Hortigüela

Directora de Qiagen Iberia

La pandemia COVID-19, una infección producida por el coronavirus SARS-CoV-2, nos impactó de forma repentina y colocó a la población mundial en una situación inédita y muy adversa. Su rápida expansión y efectos devastadores transformaron la manera de vivir, relacionarse, trabajar. Súbitamente, tomamos conciencia de nuestra vulnerabilidad. El Sistema Sanitario y todas las organizaciones empresariales relacionadas al sector: hospitales, centros de salud, empresas diagnósticas y empresas farmacéuticas, fuimos las estructuras más inmediatamente afectadas, ya que, de alguna manera, de nosotros se esperaban las soluciones, y estábamos obligados a actuar con rapidez y eficacia. Las empresas de diagnóstico estamos habituadas a crear, de manera continuada y en tiempo récord, soluciones innovadoras y proporcionar información clínica que facilite y permita terapias precisas y efectivas. La aparición del virus SARS-CoV-2 planteó un nuevo reto: se hizo esencial desarrollar de forma inmediata protocolos que fueran capaces de detectar si un individuo era portador del virus y por tanto podía transmitirlo, estimar la gravedad de la infección, valorar posibles tratamientos.

Si bien es cierto que ya vivíamos una época de cambios constantes. Esta nueva situación, drástica e insólita, fue el punto de partida para una transformación profunda que está afectando a organizaciones y también a individuos. Atravesamos muchos meses de crisis, que hicieron necesario revisar todos nuestros recursos y poner en práctica habilidades que quizá antes ni siquiera sabíamos que poseíamos. Como dijo Albert Einstein: “En los momentos de crisis, sólo la imaginación es más importante que el conocimiento”. La combinación de ambas cosas hizo posible el desarrollo, por ejemplo, de vacunas eficaces en un tiempo impensable hasta entonces.



Después de la COVID-19 La nueva era del diagnóstico molecular

Tras la pandemia COVID, podemos decir que ha comenzado una nueva era del diagnóstico molecular. La crisis pandémica ha puesto encima de la mesa la necesidad de subsistir, obligándonos a dar saltos científicos de enorme magnitud, masificando la implementación de tecnologías hasta entonces eran minoritarias, e iniciándonos a familiarizarnos con nuevas realidades y conceptos.

Por poner un ejemplo: el diagnóstico mediante RT-PCR no es ni mucho menos nuevo (la técnica de la PCR o Reacción en Cadena de la Polimerasa fue descubierta por Kary Mullis en 1983), pero ¿cuántas personas entre la población general conocían este término a principios de 2020, o sabían qué significaba? Hoy en día, un gran porcentaje tiene una idea global de lo que es la PCR, para qué sirve. Ciertamente es que saltó al conocimiento público de forma desafortunada y forzada; sin embargo, ayudó a la difusión de los conocimientos médicos, y a la toma de conciencia sobre las valiosas aportaciones de los

Sigue en la página 26

sectores sanitario, empresarial, académico. Las palabras *antígeno* y *anticuerpo* también han cobrado protagonismo en tiempos de pandemia, y muchos otros conceptos relacionados con la microbiología (virus, bacterias, patógenos) y con la biología (ADN, ARN) han pasado de alguna manera a formar parte del acervo popular.

Si recordamos el inicio de la pandemia, las primeras pruebas de PCR podían costar en el mercado más de 100 €, con 4-5 días de tiempo de respuesta, mientras que al final de la sexta ola de la pandemia, las mismas pruebas rondaban los 20-25 €, y con respuestas de una hora.

Al inicio, ningún país estaba preparado para diagnosticar a millones de personas, debido a la carencia de equipos (los termocicladores), personal cualificado, los altos costos y la falta de reactivos PCR, que debían mantenerse en frío y seguir la cadena de suministro en estas condiciones.

Las empresas tuvimos que diversificar la cadena de producción y abastecimiento, también reducir la dependencia de unos pocos proveedores, ampliar los laboratorios. Hemos aprendido a estar más preparados, a reforzar nuestros recursos en desarrollo y producción, a evaluar los riesgos y a establecer mecanismos de contingencia ante situaciones de falta de personal, de reactivos, de instrumentos, o de servicios. La gestión de riesgos y la planificación estratégica son elementos clave de la resiliencia -famosa palabra puesta de moda en estos tiempos- empresarial.

Los laboratorios donde se realizaban las pruebas COVID fueron adquiriendo, conforme pasaban los meses, cientos de termocicladores, instrumentos para extracción de ácidos nucleicos, y equipos integrados para la detección de virus y bacterias. Se habilitaron laboratorios de Biología Molecular, se capacitó a miles de personas para procesar pruebas PCR de SARS-CoV-2, se dotó a la Salud Pública de recursos económicos extra, se tomaron medidas económicas como la exclusión del IVA en los productos relacionados con COVID, y en mitad de la pandemia, se logró más o menos mantener un ritmo de diagnóstico constante y viable.

Hoy en día, la situación en el sector del diagnóstico molecular es relativamente diferente y ha mejorado, paradójica y por otro lado lógicamente, debido a esta gran crisis sanitaria. Ahora contamos con infraestructura, equipos y personal para realizar las pruebas PCR, de antígenos, de anticuerpos, y otros tipos de diagnóstico, como la secuenciación del virus SARS-Cov-2. Sin embargo, existen todavía muchos síndromes y enfermedades que quedan sin diagnóstico o prevención por falta de metodologías alcanzables. Hay hoy en día, todavía, miles de casos no diagnosticados por falta de pruebas sensibles, tiempo, recursos monetarios o bloqueos regulatorios. Un ejemplo contundente es la tuberculosis, una patología que tiene cura, pero a causa de la cual más de un millón y medio de personas muere cada año. Otras muchas enfermedades sólo prevalecen en sectores desfavorecidos. Las empresas, particularmente las del sector sanitario, debemos enfocar nuestros esfuerzos en el desarrollo de soluciones, hacerlas accesibles a todos los sectores de la población, generar actividades con impacto positivo en la sociedad, apoyar iniciativas solidarias, destinar dotación y recursos. Es necesaria la autosuficiencia tecnológica para la adquisición de pruebas a precios alcanzables para toda la población, compatibles con los costos de la industria y que realmente se utilicen en beneficio de la sociedad. Estamos, por tanto, obligados a mantener las innovaciones que nos ofreció esta crisis sanitaria que afortunadamente hemos dejado atrás, y a seguir evolucionando, no solo en el desarrollo de tecnologías y métodos diagnósticos, preventivos y terapéuticos, sino también introduciendo modificaciones radicales en el entorno laboral, en el alcance a nivel mundial de nuestras soluciones, en el desarrollo de metodologías accesibles, que no distingan entre capas sociales ni entornos geográficos. Debemos trabajar en la implementación de transformaciones, de adecuación a nuevas circunstancias, aprovechar

Sigue en la página 27

CONSEJO EDITORIAL



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.

EDITORES



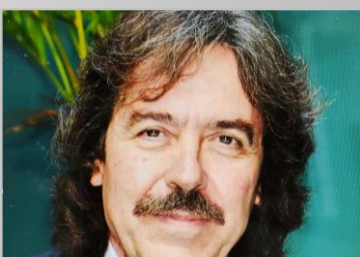
Mario Braier está especializado en periodismo sanitario. Director de la Agencia infomedpress realizó numerosas campañas de prevención en salud para diferentes sociedades científicas. Es coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias

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).

Fátima Cabello Sanabria es directora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Magister en Medicina Humanitaria por la Universidad Complutense de Madrid. Diploma Superior en Pediatría Tropical por la Escuela de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. ES delegada internacional de Cruz Roja Española y Cruz Roja Internacional habiendo participado en diferentes operaciones internacionales.



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*).

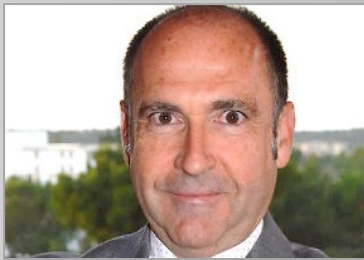
Juana Samper Ospina es periodista, escritora y corresponsal del periódico colombiano *El Tiempo* en España. Es docente e imparte clases de escritura y además es guionista de series y comedias de televisión. También ha colaborado con artículos en numerosos medios de comunicación iberoamericanos.



Joan Artur Caylà Buqueras es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y es 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.

CONSEJO EDITORIAL

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 Cinefórum Solidario de la Red TBS-Stop Epidemias, de la que es su secretario general.

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.



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
Dra. Pilar Rodríguez Ledo
Dr. Francisco García del Río
Prof.ª Fátima Cabello Sanabria

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
Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

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. Juan Jesús Hernández González-Nicolás
Dr. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
D.ª Noelia Martín-Buitrago López-Carpeño