

EDITORIAL

El fin y los medios II

Dedicamos este número de la revista y, también el anterior, a la 2ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias, que se celebró con la participación de destacados ponentes que abordan diferentes cuestiones que consideramos que son del interés de nuestros lectores. También se puede ver la jornada completa en nuestro canal de YouTube; pero este soporte de revista digital permite que se puedan ampliar las imágenes de los gráficos con la herramienta lupa y/o zoom.

¿Por qué hemos interrelacionado sectores de la sanidad con diferentes procedimientos? Porque creemos necesario vincular organizaciones en diferentes medios, pero que tienen un mismo fin social: el servicio a la comunidad. Así podemos indagar en esas cuestiones que tienen que ver con la forma y el contenido al tiempo que conforman parte de estructuras de la sociedad civil que le otorgan contenido al principio humanista de la comunicación, la interacción y la solidaridad.

En nuestra Red TBS-Stop Epidemias consideramos que el principio solidario es determinante si pretendemos acabar con las epidemias, ya que estas se ceban principalmente en los sectores de menos protegidos. Estas actividades promueven el ser comunicativo y cada representante de cada medio social con determinados fines específicos es compatible con el fin de ayudar al prójimo a mejorar su condición de vida; la salud de las personas es el factor que nos aglutina. **M.B / J.A**

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
e-mail: redtbs@redtbs.org

SUMARIO

Presentación de la 2ª Jornada Conjunta de Centros penitenciarios, sociosanitarios y organizaciones humanitarias Julio Ancochea Bermúdez Presidente del Comité Científico de IPRATBS-Stop Epidemias.	Publicado en edición nº 39
Situación de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios Enrique Acín García Jefe del Área de Salud Pública en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.	Publicado en edición nº 39
Intervención de la Esfemería en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en I.P.P. Isabel Vázquez Cordero Técnico de Salud Pública en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.	Publicado en edición nº 39
Intervención en adicciones en Instituciones Penitenciarias José Antonio Martín Peláez Jefe de Servicio de Drogodependencias en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.	Publicado en edición nº 39
Atención de la TB en una paciente extremadamente vulnerable Francesca Sánchez Martínez Médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.	Publicado en edición nº 39
Localizaciones atípicas de la tuberculosis Javier García Pérez Unidad de Tuberculosis. Servicio de Neumología del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.	Publicado en edición nº 39
Innovaciones en la atención centrada en pacientes complejos Xavier Casas García Director Médico de Serveis Clínics.	5
Cómo ayuda la epidemiología al control de las enfermedades Joan Artur Caylà Buqueras Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.	9
Genéricos y biosimilares, una necesidad social a nivel global Joaquín Rodrigo Poch Presidente de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares. Director General de Sandoz.	13
Las personas con adicciones en prisión. Intervención Cruz Roja Juan Jesús Hernández González-Nicolás Médico del Área de Salud de Cruz Roja.	17
La salud y los determinantes sociales poscovid Fátima Cabello Sanabria Directora del Área de Salud de Cruz Roja Española.	21
Conclusiones	25
Consejo Editorial	27
Entidades que integran y patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias	29

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





Julio Ancochea Bermúdez

Presidente del Comité Científico
de la Red TBS-Stop Epidemias

Dedicamos esta edición de la revista para cumplir con el programa completo de nuestra *Segunda Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias*. En el número anterior podrán encontrar las ponencias de la primera parte y que por su extensión no nos ha permitido editar el programa en una sola entrega. Esta segunda parte es tan interesante como la primera y, como ya sabéis, el principio de nuestros objetivos es aunar el concepto solidario con la actividad sanitaria, interacción que es el sello de identidad de *Red TBS-Stop Epidemias* como organización al servicio de la prevención en salud.



Como entidad constituida bajo estos principios, es una necesidad para nosotros, tanto la prevención como la formación, así como la actualización en todo lo que se refiere a la situación de la tuberculosis en nuestro país y a nivel global, como la de enfrentarnos a las epidemias de injusticia generadas, también, por otras epidemias como lo son el dengue, la malaria, el colera, la COVID... y tantas otras cuyo contenido infeccioso se ceba principalmente con los sectores más vulnerables de nuestra sociedad.

Quienes participan en esta jornada pertenecen a ámbitos tan diferentes como son las instituciones de reclusión y rehabilitación de personas, las que se dedican a la gestión de pacientes vulnerables y complejos, como también las ONGs que luchan día a día contra el desamparo y las injusticias de todo tipo. Todas tienen en común el de pertenecer a una entidad con sus particularidades, singularidades y objetivos, pero que están sin duda asociadas al ser solidario, a la pertenencia a un grupo preocupado por las personas a las que protegen. Espero que los contenidos de esta edición sean de interés de tod@s.



Javier García Pérez

Secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias
y moderador de la jornada

Vamos a dar paso a esta segunda parte de *Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y de Organizaciones Humanitarias*. Agradezco a tod@s los ponentes que sin dudarlo están más que capacitados por su trabajo y por su experiencia. También a todas las personas que están conectadas *online* que compartirán la experiencia. Tenemos estructurada la jornada en tres grandes bloques temáticos: centros penitenciarios, centros sociosanitarios y organizaciones humanitarias. En esta segunda edición de la revista contamos con la presencia de amigos de la *Red TBS-Stop Epidemias* que

nos expondrán temas que estoy seguro serán de gran interés. Cumplimos así con la propuesta de editar en este soporte de revista el programa completo de la jornada que iniciamos en nuestro número anterior. Para quienes quieran revivir la jornada en imágenes pueden ingresar al vídeo en nuestro [canal de YouTube](#).

Xavier Casas García

Director Médico de Serveis Clínic

Innovaciones en la atención centrada en pacientes complejos con tuberculosis

Tengo el placer de dirigir el centro, Serveis Clínic, en Barcelona, y es un centro en el ámbito sociosanitario, monográfico de tuberculosis único en España y que funciona desde 1993. Cumplimos 30 años y formamos parte de una actividad de gestión privada concertada y estamos dentro del programa de tuberculosis de Cataluña. Disponemos de 50 camas y hemos sido una pieza clave para la bajada de la incidencia en Cataluña y clave del *Modelo Barcelona*, considerado un ejemplo internacional de control efectivo de la TB en grandes ciudades. Trabajamos con un colectivo de riesgo, vulnerable a enfermedades como el sida, personas que viven en la calle o usuarios de drogas inyectadas, sobre todo heroína o con problemas con la justicia. Hemos visto a lo largo del tiempo que va cambiando el perfil de los pacientes que ingresan, en particular debido a los movimientos migratorios y tenemos en tratamiento a una población extranjera muy considerable; en la actualidad cerca del 90% son pacientes procedentes de países de alta prevalencia en TB y por tanto aquí se suma la barrera idiomática y cultural. Esta situación agrava la atención que se pueda dar y por lo tanto son pacientes más complejos, además sigue habiendo adicciones, quizás no la tanto la heroína, pero sí la cocaína, derivados de la anfetamina y psicofármacos. Durante estos 30 años hemos atendido a más de 6400 pacientes, eso da una media de 79 pacientes por año. Entre estos pacientes tratamos la situación de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios. Seguimos un modelo de Tratamiento Directamente Observado (TDO) elevado porque, es la fórmula para tratar este tipo de pacientes. Pero no solamente hacemos TDO, sino que tratamos y hacemos pautas heterogéneas porque hay pacientes con complicaciones por hepatotoxicidad que implica un cambio de pauta, multirresistencias... Nosotros seguimos guías y logramos tratamientos más cortos y seguros, sobre todo para los pacientes con



Moderador: Xavi Casas es licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación e hizo la carrera de Medicina en la Universidad Central de Barcelona. Fue MIR en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, donde lo hizo en neumología. También ha sido médico adjunto de neumología en el Hospital Sant Joan de Déu y en Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Desde hace años tiene la suerte de ser director médico de un centro especializado en pacientes con tuberculosis complicada y mucha problemática social: Serveis Clínic, en Barcelona. Nos va a hablar sobre las innovaciones en la atención centrada en pacientes complejos con tuberculosis.



Serveis Clínic

- Centro monográfico de TB desde 1993.
- Programa de TB de Cataluña.
- Disponibilidad de 50 camas
- Colectivo de riesgo determinado
- ETODA como equipo de TDO en la comunidad.

6406 pacientes atendidos
Centro 2385 (79xa)
ETODA 4021(190xa)

Atención médica o sanitaria

- Modelo TDO. Pautas heterogéneas con fármacos antiTB, tratamientos MDR más cortos, seguridad.
- Habitaciones presión negativa, oxigenoterapia, vacío y aspiración. Habitaciones de HTO con vigilancia policial.
- Coordinación con hospitales, vinculación a especialistas
- Digitalización de las radiografías. [Compartir en HC-3](#).
- Tratamientos concomitantes: VIH, Hepatitis C.
- Versatilidad, oferta variada de atención. [Hospital de Día](#)

De un modelo paternalista a un paradigma de atención centrada en el paciente
Paciente autoresponsable de su proceso.

Realidad compleja, heterogénea y cambiante: en busca del Caorden

Dee Hock (2001)

- Incapaz de aceptar las normas**
 - Sin orden, sin constancia ni paciencia
 - Efectos adversos
 - Barrera idiomática y cultural
 - Adicciones
- Diálogo**
 - Constancia
 - Autoresponsabilidad
 - Consenso y pactos
 - Flexibilidad
 - Escucha activa
- Protocolos y normativas**
 - TDO diario, control clínico, Rx, micro
 - monitorización de efectos adversos.
 - HTO con custodia policial

Atención enfermería

- Registro de TDO
- Presencialidad en el centro
- Vínculo de confianza
- Perseverancia
- Contención porosa

- Alta complejidad con un programa de mínima exigencia que intenta seguir un patrón de reducción de daños.

perfiles anormativos altamente complejos

multirresistencia y extremadamente resistentes. Tenemos habitaciones que disponen de presión negativa con oxigenoterapia y estamos ampliando y condicionando mejores habitaciones de aislamiento, con prestaciones de vacío de aspiración para drenajes. Vamos a disponer de habitaciones para más favorables un HTA, una hospitalidad con terapia obligatoria y con vigilancia policial si es necesaria.

Es fundamental la coordinación con hospitales, sobre todo en tuberculosis extrapulmonar. Ya hace un par de años que estamos digitalizando las radiografías y nuestro objetivo es compartir la historia con toda Cataluña. Realizamos tratamientos concomitantes, como ya lo hacíamos con el VIH y ahora con la hepatitis C, sobre todo al final del tratamiento de la tuberculosis y cuando están curados les hacemos hasta tres meses de tratamiento para la hepatitis C. Nuestro objetivo es ser versátiles y adaptarnos a las necesidades de cada paciente. Estamos pensando en la creación de una unidad con la cual hacer un control ambulatorio de pacientes que por las características que sean necesiten ese control y no un internamiento. Que puedan controlarse en un hospital de día, por ejemplo, pero el problema es evitar que pasemos a un modelo paternalista. En los últimos años trabajamos por un paradigma de Atención Centrada en el Paciente, pretendemos que sea autoresponsable de su proceso de enfermedad; un modelo de organización, porque nos enfrentamos a una situación cambiante, ante una nueva realidad multicultural. Tenemos un modelo adaptable a cada circunstancia. Pasamos de un modelo paternalista, en el que basábamos la administración de la medicación de forma obligatoria, con una serie de normas en el cual el paciente no tenía capacidad de reflexionar, en el cual el TDO tenía que ser diario. El control tenía que ser estricto, clínico, radiológico, microbiológico, con seguimiento de efectos adversos y cuando no, pues a un ingreso involuntario. Nuestra realidad es la de un paciente capaz de aceptar las normas, pero la de un paciente caótico, un paciente que sufre la enfermedad con sus efectos adversos y que además añade la pared idiomática y cultural y que tiene problemas de adicciones. Por tanto, hemos de pasar a un nivel de orden, no de control simple; es el orden con el que tenemos que convivir muchas veces con el caos. Por eso hablamos de un proceso de adaptar el tratamiento según el paciente.

Sigue en la página 7

Con los años de experiencia hemos creado una serie de habilidades: el diálogo, la constancia y tener la tolerancia necesaria. A veces no podemos ser muy exigentes porque perdemos al paciente, los pacientes se nos van, se escapan, abandona el tratamiento. Les tenemos que transmitir que sean autoresponsables, hay que hacer pactos y consensuar, siempre con flexibilidad para conseguir nuestros objetivos. Es un día a día y hay que desarrollar una escucha activa. Son una serie de conceptos de habilidades que hay que tener a diario y por ello nuestros profesionales de servicios han adquirido una experiencia notable.

La atención de enfermería se basa fundamentalmente en el registro del TDO en el que señalamos si se toma la medicación o no: una cruz es la que cuando no la toma y cuando hay una reja es porque ha estado detenida (última diapositiva en página anterior). Es una serie de símbolos que nos ayudan muy rápidamente a saber cómo va la tendencia de ese paciente, la presencialidad en el centro es un objetivo de enfermería. Para que el paciente se tome la medicación cada día hay que crear un vínculo de confianza, ser perseverantes, pero sin asfixiar; seguimos un patrón de reducción de daños. Nos basamos en una acción en el paciente con las tres claves: que sea integral, que sea interdisciplinar, y que sea global. En ello todos los profesionales tienen que contribuir, intervenir y una atención individual de cada uno, de cara a cada paciente, y en eso se centra en un Plan Integral de Atención Individual. También a nivel social, es muy importante apoyarles en los trámites sociales, por ejemplo, el de conseguir un permiso de residencia, un recurso social muy importante.

La figura del educador social que tenemos es más la de un terapeuta ocupacional que fomenta en los pacientes diferentes propuestas como su formación en cursos de idiomas, talleres de manualidades, educación social y sanitaria, y se ha formado una asamblea de pacientes en el cual debaten conflictos o problemas que puedan tener ellos y en donde dan su opinión; se les da voz para que puedan intervenir. También tenemos áreas culturales y deportivas. La atención psicológica es fundamental porque en estos enfermos están asociados a problemas de estigma social, migratorio, o estrés postraumático, ansiedad, depresión, el consumo de drogas... Hemos tenido agentes de salud comunitarios todos los años y accesibilidad a través de la Salud Pública. El circuito de

Atención centrada en el paciente: Las tres iii

- Integral
- Interdisciplinar
- Individual

PIAI (plan Integral de atención individual)

Agente de salud

atención personalizada y transversalidad

Atención social

- Documentación: TSI, permisos residencia, recurso social figura **Educador social**
- Terapia ocupacional (manualidades, formación, cursos)
- Talleres educación social y sanitaria
- Asamblea de pacientes.
- Salidas culturales, actividades deportivas

Atención Psicológica

Factores asociados a enfermedad mental: **Estigma, duelo migratorio, estrés post-traumático, ansiedad, depresión, consumo de drogas**

Agentes de salud comunitarios. Salud pública
Psiquiatría transcultural, CAS
Voluntarios para acompañamiento emocional: escucha activa

Psicólogo Presencial

Psicoterapia y trabajo con ansiedades ante la medicación o el avance del tratamiento.
Patología dual (adicciones/depresión y otros trastornos mentales).
Gestión del consumo de sustancias versus abstinencia.

ETODA

- TDO con rigor.
- Adaptabilidad con **Video-TDO** (traslados a país de origen, laboral)
- Supervisión telemática, perseverante
- Atención social personalizada
- Coordinación con prisiones, CAS, vigilancia epidemiológica.

¡Gracias!

¿Alguna pregunta ?

Podéis contactar conmigo en:

- @ServeisClinics
- xcasas@serviciosclinicos.com

psiquiatría transcultural en el hospital de Vall d'Hebron es referencia en todos los campos de la salud: la asistencia, la investigación, la docencia, y que nos ayuda a los centros con drogodependencia, incluso voluntarios, que no han hecho acompañamiento emocional, pero al hemos podido, por suerte, incorporar la figura de psicología. Es esencial en muchos casos realizar dos veces por semana psicoterapia, trabajar con la patología dual y la gestión del consumo de sustancias; todo ello nos ayuda enormemente.

Para finalizar, no puedo dejar de mencionar a nuestro Equipo de Observación Directa de Tratamiento Ambulatorio (ETODA) que acude a diario a administrar el tratamiento al paciente en su domicilio o lugar pactado con el enfermo. Acercamos el tratamiento facilitando la adherencia, supervisión y curación. Reforzamos también la asistencia a las citas y analíticas pendientes. En general colaboramos en la educación y conocimiento de la enfermedad e identificación temprana de reacciones adversas o nuevas patologías o problemas que puedan suceder durante la duración del tratamiento. Igual que en la clínica se apoya y acompaña al paciente en las necesidades sociales que pueda tener.

Tenemos la suerte de tener una aplicación al cual el paciente se puede grabar, auto, grabar y enviar de cómo se ha tomado la medicación. Esto nos ayudará mucho, sobre todo en pacientes que se han trasladado a sus países de origen o que han hecho permisos penitenciarios largos. Se les ha podido documentar que se han tomado la medicación o porque tienen, pues horarios laborales que hacen incompatible. Pero en estos casos se puede llegar al domicilio si hay supervisión porque es imposible ver al paciente o un control muy telemático para recordarle de que tiene que tomar la medicación. Hay una atención social personalizada y una coordinación fundamental en prisiones con vigilancia epidemiológica. Muchas gracias.



¡Puente de Diciembre en Senegal!

Del 30 noviembre al 9 diciembre - 1.200 euros

(Media pensión. No incluidos vuelos y visado de Gambia)

Viaje responsable
DOX SENEGAL

El jueves 30 de noviembre nos iremos a Senegal a vivir una experiencia única en un grupo reducido. Durante 10 días exploraremos desde la Petite Côte hasta las montañas de País Bassari, pasando por la hermosa Casamance y terminando en el delta del Sine Saloum. Disfrutaremos de impresionantes paisajes, cascadas y poblados remotos e islas paradisíacas, compartiendo momentos inolvidables con nuestros representantes locales: Abdoul, Arouna, Mbaye y Marie Luise. Además, conoceremos de cerca algunos de nuestros proyectos como la escuela rural de Louly Sindiane, el centro de salud y la maternidad de Louly Benteigné y el proyecto Enhebra-Nass-Gara-Kafeu de arpilleras.

INFORMACIÓN COMPLETA



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

Cómo ayuda la epidemiología al control de las enfermedades

Yo comentaré cómo ayuda la epidemiología al control de las enfermedades. Basaré la definición de epidemiología, presentaré un ejemplo de tuberculosis y otro de COVID y aportaré algunas conclusiones. Definiciones de epidemiología realmente ha habido muchas en estos años, casi una por año o más. 102 definiciones; fueron recogidas entre el 1978 y 2017. Esta es una publicación muy interesante (Imagen 2). “La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud (incluidas las enfermedades) y la aplicación de este estudio al control de enfermedades y otros problemas de salud. Se pueden utilizar varios métodos para realizar investigaciones epidemiológicas: estudios de vigilancia y descriptivos para estudiar la distribución, y estudios analíticos para objetivar determinantes. *OMS 2017*”. También, “estudio de la distribución y los determinantes de los estados relacionados con la salud entre poblaciones específicas y la aplicación de ese estudio al control de los problemas de salud”. A partir de aquí dice este compendio y la epidemiología sería, pues, la ciencia o el estudio de la distribución de las enfermedades y sus determinantes o de otros eventos relacionados con la salud. Por ejemplo, podríamos estudiar cuánta gente, por decir una edad, llega a los 60 años con una buena calidad de vida. Para realizar investigaciones epidemiológicas nos vamos a ayudar de estudios de vigilancia y descriptivos y para estudiar la distribución en estudios de analíticos para objetivar determinantes. Y importantísimo, hay que aprovechar para aplicar al control de los problemas de salud y la epidemiología. También ha de ser muy útil para evaluar programas de control. Aquí tenemos un ejemplo de Del ejemplo de tuberculosis, donde basado en un estudio que algunos de ustedes ya conocen, y es sobre el cumplimiento del tratamiento lo que vimos en los años 1987 y 1988. En Barcelona teníamos 1802 casos, el 69% eran cumplidores y el 14%, no. (Imagen 3).



Moderador: La tuberculosis en nuestro país está ligada a Joan Caylà, que fue coordinador de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona y su investigador principal. Es responsable de la mayoría de los proyectos nacionales e internacionales de los ensayos clínicos sobre tratamientos de la tuberculosis, autor de más de 200 publicaciones sobre epidemiología de enfermedades infecciosas. Actualmente preside la fuiTB y responsable y organizador del curso de tuberculosis más importante que hay en nuestro país y también de enfermedades emergentes.

Cómo ayuda la epidemiología al control de las enfermedades

Contenido

- Definición de epidemiología
- Un ejemplo de TB
- Un ejemplo de COVID
- Conclusiones

1

/fuiTB
Fundación U+I+T+B
Fundación U+I+T+B
Fundación U+I+T+B

Definición de epidemiología

PLOS ONE 2018

RESEARCH ARTICLE
What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017

Mehdi Freni¹, Annick Lafont^{1*}, Simon Aho², Patrick Callier³, Karine Astou⁴, Ludwig Serge Aho Gilhe^{1*}

1978-2017: 102 definitions of epidemiology were retained.

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud (incluidas las enfermedades) y la aplicación de este estudio al control de enfermedades y otros problemas de salud. Se pueden utilizar varios métodos para realizar investigaciones epidemiológicas: estudios de vigilancia y descriptivos para estudiar la distribución, y estudios analíticos para objetivar determinantes. OMS 2017.

estudio de la distribución y los determinantes de los estados relacionados con la salud entre poblaciones específicas y la aplicación de ese estudio al control de los problemas de salud.

2

Un ejemplo de cómo ayuda la epidemiología a la TB: El cumplimiento del tratamiento

Predictors of non-adherence to TB treatment, 1987-88:
1802 cases (69% adherents, 14% no)

Vigilancia
Estudio descriptivo

Estudio analítico:

Variable	Odds ratio	95% CI
Homeless	6.27	4.26 – 9.23
Prison	6.18	3.07 – 12.44
Men	2.56	1.63 – 4.02
Age >15 years old	2.58	1.31 – 6.08
IVDU	1.59	0.93 – 2.71

Actualizaciones SEPAR, 1995



3

Tratamientos directamente observados

control:

1988: geographical distribution of 89 TB cases from South Raval. >300/100,000



1987-1992: long stay facilities for homeless from the inner city.



© 1995 House Publications Ltd

Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients

E. Díez¹, J. Claverol², T. Semp³, J. A. Cuyàs⁴, J. M. Jansà⁵, R. Palau⁶, J. R. Viladom⁷
¹Unidad de Neumología de la Salud, ²Unidad de Servicios Personales, Distrito de Ciutat Vella, Ayuntamiento de Barcelona, Spain

⇒ 2015: 86/100,000 (3 Spanish cases + 20 foreign-born cases (87%))

4

Tratamientos directamente observados

control:



Since 1993: Serveis Clínic.
Our modern sanatorium:
A long stay center (50 beds)
ETODA.
Alcalde et al. Arc Bronconeumol
1998
1993-2022:
2000 ingresados
4000 en ETODA



Innovación: TDO por video vía teléfonos móviles, ya unos 80 pacientes incluidos.



5

Por lo tanto, partíamos de un sistema de vigilancia epidemiológica que nos permitió hacer un estudio descriptivo y llegado a este momento puedes hacer un estudio analítico, estudiar determinantes o predictores de abandono del tratamiento. Entonces vimos que los que tenían mayor probabilidad de abandonar eran los indigentes, los presos, los hombres. Aquí lo podemos leer al revés, los menores, los niños, cumplían mejor el tratamiento seguro por las madres, los padres. Y peor, también, los usuarios de drogas por vía intravenosa. Por tanto, lo importante es proceder a medidas de control.

(Imagen 3). Lo que veíamos, por ejemplo, en el año 1988 es que la tuberculosis en la parte sur del barrio del Raval, que es el barrio que lo tenía peor en aquellos años, pues la incidencia era impresionante, como de 300% y en pocas calles se reunían muchos casos y muchas veces eran indigentes o personas con un nivel socioeconómico muy deprimido (Imagen 4). Conseguimos impulsar una residencia para larga estancia para indigentes en un primer momento, que solo vivieran en Ciutat Vella, que es el distrito socioeconómicamente deprimido. Y pudimos evaluar este programa, se pudo publicar demostrando que era rentable desde el punto de vista económico porque estos pacientes ya no regresaban como antes en el Hospital del Mar o en el Hospital Clínic Barcelona. Además, a estos pacientes que era muy difícil curarlos, por fin se curaban. Así fue como el Tratamiento Directamente Observado (TDO) se fue extendiendo, por ejemplo, a programas de mantenimiento con metadona en prisiones (allí ya se les daba el tratamiento de la tuberculosis) y después, como incentivo la metadona. De esta forma, el cumplimiento era efectivo. Se coordinaba con los programas de mantenimiento de la ciudad por sí durante el tratamiento de TB obtenían la libertad. Entonces el preso iba a su centro de metadona buscarla, pero allí recibía primero el tratamiento de TB (Imagen 5). En el año 1987 solo cumplían el tratamiento el 81% de los pacientes y desde el 1995 lo cumplen más del 95%. Una innovación importante han sido los agentes comunitarios de salud que mejoraron el estudio de contactos entre los inmigrantes, alcanzando porcentajes similares a los de los autóctonos. Y bueno, estos agentes comunitarios de salud, a partir del estudio de contactos, favorecieron el seguimiento de los pacientes y, como se ha comentado antes, pues bueno, tienen gran acogida. (Imagen 6 y 7).


La COVID, el segundo ejemplo de base en la ciudad para evaluar. Las estrategias anti-COVID, este es un trabajo que estamos acabando ahora mismo (Imagen 8 y 9). Pueden ver la evolución de la incidencia de casos a nivel de la Unión Europea y a nivel mundial. Es un gran pico con la COVID en su variante ómicron en febrero o marzo de este año. En cambio, la gran onda a escala mundial se da con la apertura de China y su año nuevo chino. Aquí llama la atención que en los primeros momentos de la pandemia el número de casos era insignificante comparado con una mortalidad que era muy alta a nivel de la Unión Europea. Vemos en rojo cómo evoluciona en UE y a nivel de escala del mundo en azul. Entonces, continuando con los sistemas de vigilancia, nos permiten hacer este tipo de descripciones y aquí se compara los países que han presentado mayor mortalidad o mayor mortalidad según fuere países de estrategia de mitigación o estrategia de cero COVID. Entonces, aquí destaca mucho Perú (Imagen 10). En este país el programa de control, yo diría, fue pésimo y la mortalidad fue impresionante y muy superior a la de otros países, en principio muy avanzados pero que tuvieron mortalidades muy altas como Reino Unido, Estados Unidos, Brasil, Italia, Argentina, México y España. Mientras, destacan los 8 países cero COVID (Imagen 10) que presentan unas mortalidades inferiores. Entonces, aquí se puede ver que el riesgo relativo pues va en contra de los países de la mitigación que presentan mayor mortalidad y por tanto una diferencia estadísticamente significativa. El estudio analítico nos confirma que la mortalidad fue inferior en los países cero COVID.

Aquí, para este tema de evaluar las estrategias anti-COVID, valoramos el Producto Interior Bruto, entonces podemos ver que en la Unión Europea el Producto Interior Bruto antes de la COVID había aumentado con relación al año previo 1,8% (Imagen 11). Con el primer año de pandemia, pues baja de forma estrepitosa y después se va recuperando al nivel del mundo, pasa un poco lo mismo que en la Unión Europea y a nivel de estos países cero COVID. La realidad es que en el año 2020 ninguno de estos otros países presenta una situación peor que la de la Unión Europea, mientras que, en el 2022, pues hay 3 de estos 8 países que estarían peor que la cifra de la Unión Europea. Por tanto, aquí se deduce una diferencia estadística precisa o casi estadísticamente significativa.

Tratamientos directamente observados

→ control:

Programas de mantenimiento con metadona (PMM). Los PMM de prisiones están coordinados con los PMM de la Ciudad.



Marco A et al. Eur Respir J 1998

% del cumplimiento:
1987: 81%
Desde 1995: >95%

6

Innovaciones en los estudios de contactos: I.- Agentes comunitarios de salud (ACS)

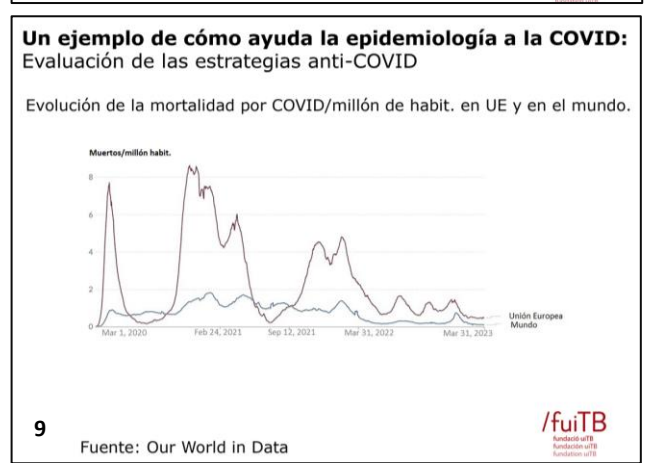
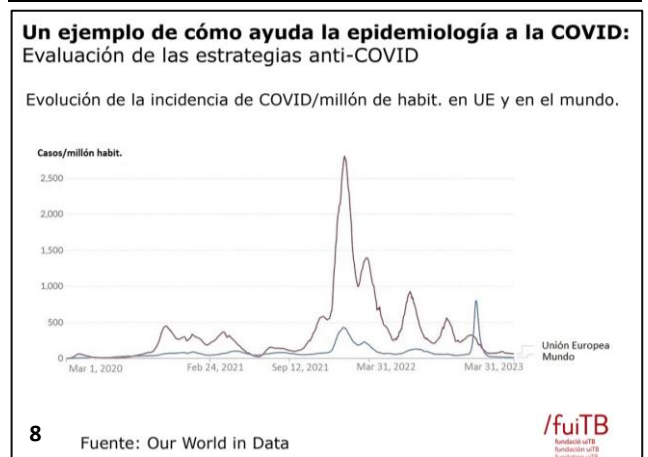
Los EECC favorecen el diagnóstico de la ITL y de la TB

A positive experience with Community Health Workers...



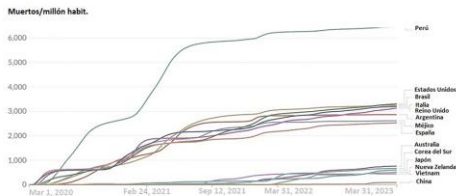
ACS: Favorecen los EECC y el seguimiento de los pacientes.

7



Un ejemplo de cómo ayuda la epidemiología a la COVID: Evaluación de las estrategias anti-COVID

Mortalidad acumulada por millón de habit. En países que siguieron la estrategia de mitigación y en otros que siguieron COVID-cero



In zero-COVID countries, mortality was much lower than in mitigation countries (IRR= 6.82; CI:6.14-7.60).

10 Fuente: Our World in Data



En el sentido de que en el primer momento el impacto económico de la COVID en estos países de cero COVID fue menor y por tanto, desde la COVID, por ejemplo, de otros temas que se estudien a partir de estudios descriptivos y analíticos, podemos impulsar medidas de prevención y control. Y si tenemos medidas de control hay que evaluarlas. No nosotros siempre decimos que un programa de control que no se evalúe es un programa de control que no existe.

Y bueno, para acabar entendemos que la epidemiología ayuda al control de las enfermedades mediante la vigilancia epidemiológica, mediante la elaboración de estudios descriptivos y analíticos, mediante la prevención y control y la evaluación. En definitiva, la epidemiología ayuda al control de las enfermedades mediante seis acciones determinantes:

- Vigilancia epidemiológica
- Estudios descriptivos
- Estudios analíticos
- Prevención
- Control
- Evaluación

Muchas gracias.

Un ejemplo de cómo ayuda la epidemiología a la COVID: Evaluación de las estrategias anti-COVID

Evolution of percentage of the annual growing of gross domestic product in relation to previous year in the European Union, worldwide, and in zero-COVID countries (2019-2022).

Source: World Bank

Area	2019	2020	2021	2022
European Union	1.81	-5.67	5.47	3.54
World	2.59	-3.07	6.02	3.08
Australia	-2.52	-0.1	17.01	7.09
China	5.95	2.24	8.45	2.99
Hong Kong	0.37	-4.99	6.59	-2.4
Japan	1.53	-4.3	-0.86	-15.47
New Zealand	0.57	-0.7	20.22	-3.25
Singapore	-0.01	-3.9	21.64	10.14
South Korea	-4.26	-0.7	10.13	-8.05
Vietnam	7.36	2.87	2.56	8.02

None of the 8 zero-COVID countries presented a GDP growth percentage lower than the EU percentage in 2020, and 3/8 in 2022 (p=0.054).

11



12ª Jornada de Actualización: TB-posCOVID

REDTBS
STOP EPIDEMIAS

2024



El 21 de marzo, de 9.00 a 15:00 horas realizaremos nuestra jornada anual presencial en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Joaquín Rodrigo Poch

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

Genéricos y biosimilares, una necesidad social a nivel global



Bueno Javier, pues muchísimas gracias por tus cariñosas palabras, ya sabéis que el cariño y el aprecio, el aprecio es mutuo y gracias también a Mario y a julio por organizar las jornadas y por contar siempre con nosotros que ponemos nuestro granito de arena como una parte más de la cadena de la atención sanitaria. Estamos muy orgullosos y nos sentimos privilegiados de poder trabajar con vosotros y en este sector sociosanitario. Yo voy a hacer la parte de medicamentos y demás, y lo ya sabéis que me gusta soltar datos y luego abrirlo a debate. Expuestos a estos datos, los nuestros no están directamente relacionados con vuestros día a día, pero sí que sois prescriptores. Así que bueno, espero que os pueda aportar alguna información de interés. Voy a empezar por lo básico, ya sabéis que hay diferentes tipos de medicamentos: todo empezó con la síntesis química. Luego han ido apareciendo otros medicamentos biológicos gracias al avance de la tecnología. Los biológicos son medicamentos producidos a partir de organismos vivos y luego, ya hemos visto también en terapias génicas, es un aporte importante a la ciencia. Yo me voy a centrar hoy en explicar un poquito más en detalle cómo funciona el mercado de los genéricos y los biosimilares, que son medicamentos fuera de patente del medicamento original ya sean de síntesis química o biológica. El medicamento original suele tener, desde que se patenta hasta que vence la patente, 20 años de protección en exclusiva. Esos 20 años incluyen también toda la fase de investigación y desarrollo de esa molécula original; le suelen quedar aproximadamente 10 años de comercialización real en exclusiva. Es decir, que una patente que nadie más que el titular puede comercializar, nadie puede hacer competencia y tiene un monopolio, lo cual es lícito porque necesita recuperar una inversión que, como sabéis, es millonaria. El coste promedio de un fármaco de investigación original ronda entre los mil y dos mil millones de euros y se puede

Moderador: Tengo el placer de presentar a un amigo, Joaquín Rodrigo Poch, que siempre aporta ilusión, ideas y apoyo. Es licenciado en Administración y Dirección de Empresas por la *Bachelor Business Administration* y tiene un máster en Marketing especializado en la Industria Farmacéutica por CESIF y MBA, del Instituto de la Empresa. Su trayectoria ha estado siempre vinculada a este sector en el cual ha ido asumiendo cargos de creciente responsabilidad. Se incorporó a Sandoz en 2011 para la creación de las áreas de Respiratorio y OTC y en 2013 fue nombrado director general de Sandoz España. Desde 2016 es director del Grupo en España y Portugal. También, desde 2015 es presidente fundador de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BIOSIM). Nos va a aportar unas reflexiones sobre genéricos y biosimilares, una necesidad social y global.

tardar en desarrollarlo de 10 a 15 años o más, dependiendo de la complejidad de la molécula, de la cantidad de ensayos clínicos y del tamaño muestral de los ensayos clínicos; en general uno de cada diez mil llega al mercado dependiendo de diferentes factores que hoy no expondré. Bueno, una vez que vence la patente de ese de ese medicamento, ya sea de síntesis química o

biológica, aparece la competencia que son, pues, otras compañías que desarrollan esa misma molécula. En el caso de los medicamentos de síntesis química, aparecen los genéricos y en el caso de los medicamentos biológicos, aparecen los biosimilares. En los últimos años se está hablando mucho de medicamentos genéricos en España, en cambio, de los biosimilares son más recientes en nuestro país; el primero se comercializó en el 2006, que fue la hormona de crecimiento. A medida que van venciendo las patentes de los medicamentos biológicos originales, pues están apareciendo y seguirán apareciendo en los próximos años molécula biológica, es el final es la rueda, de la sostenibilidad del medicamento. Es importante que haya investigación original para que salgan moléculas nuevas, pero también es muy importante que aparezcan los genéricos y los biosimilares, medicamentos fuera de patente que una vez que vence la patente abaraten el coste de esos medicamentos que no tenían competencia. Si no hubiera una bajada de precios, si no hubiera medicamentos genéricos y biosimilares, no se reducirían los costes del medicamento y no estarían al alcance de todas las personas. Los precios del medicamento original no se liberarían y los recursos del sistema sanitario no permitirían su sostenibilidad. Para hacernos una idea de su magnitud, actualmente los genéricos y biosimilares representan alrededor del 70% del volumen total de los medicamentos consumidos en Europa y permiten reducir el coste de estos en un 30% sobre el precio de los medicamentos originales. Es decir, si no hubiera esta alternativa genérica o biosimilar, los precios no se podrían reducir de esta manera tan significativa. Obviamente es de rigor mantener los mismos estándares de calidad que los medicamentos originales, esto queda fuera de toda duda porque si no las agencias evaluadoras del medicamento europeas o internacionales no aprobarían los dosieres de genéricos y biosimilares. El problema actual es el abastecimiento, el suministro de medicamentos. Desafortunadamente hay un problema de coste. El coste promedio de venta es de tres euros el envase de 28 comprimidos o más, equivalente a un céntimo por

unidad; un ejemplo, el paracetamol o el ibuprofeno. Estamos hablando de un precio aproximado de céntimos por comprimido. O sea, que estamos por debajo del precio de un caramelo o de un chicle o de otro tipo de productos que no tienen nada que ver con la exigencia un medicamento, que tiene unos controles de calidad altamente exigentes y un proceso de fabricación complejo; esta es la realidad actual de los genéricos. Hoy en día, cuando hablamos, por ejemplo, de los antibióticos como la aminosidina, amoxicilina, ácido clavulánico... podemos hablar de los antituberculosos también si queréis, estamos hablando de precios por unidad que están por debajo de un euro y en la mayoría de los casos, por debajo de un céntimo la unidad de cada comprimido. Claro, esto indica que los laboratorios de genéricos y biosimilares estamos en una situación de precios muy bajos y tan comprometida que la hace bastante insostenible. Tenemos dos factores determinantes: un incremento de la demanda mundial, porque países en crecimiento poblacional cuyas economías van evolucionando y cada vez necesitan más y pueden pagar este tipo de medicamentos de bajo coste como los antibióticos y, por otro lado, un sistema de precios en Europa y en España en particular, absolutamente inflexible al aumento de los costes de producción. Es decir, en nuestro país, a un medicamento desde que le dan el precio y reembolso, solamente puede bajar de precio. Hay un sistema de precios de referencia que lo que hace son bajadas anuales que siquiera contemplan posibles o potenciales subidos extraordinarias de precio de las materias primas y de producción. Fijaros de que estamos hablando entonces de una situación, en este caso de los antibióticos, que son productos que parten de un precio muy bajo, los costes de producción se han incrementado a causa de la de la epidemia de la COVID-19, ha subido los costes de la electricidad, han subido los costes de las materias primas, el agua, por ejemplo, que es muy importante o el azúcar, que son ingredientes sustanciales para fabricar antibióticos. Y los precios de venta no suben sino todo lo contrario. Pues esto ha hecho que, si de media ha subido el coste el coste de producción un 30%, y los precios son muy

bajos y no tienen márgenes, nos ponen en una situación de inviabilidad económica para poder suministrar medicamentos con ningún tipo de margen, es decir que tendríamos que suministrar a pérdidas, que es mucha en la situación actual.

Con estos os quería un poco comentar la situación que hay ahora mismo con los antibióticos en España, que es realmente preocupante. Y, bueno, al final, también pone un poco de manifiesto que respecto al precio de los medicamentos aquí no vale todo. Aquí hay que distinguir entre tipos de medicamentos y yo os estoy dando datos de cómo están los medicamentos fuera de precios medios de genéricos y de biosimilares en este caso. Al final esto es un problema estructural, quizá va más allá de los medicamentos, también es un poco, pues ya lo sabéis, el envejecimiento de la población hace

que cada vez haya más demanda y el incremento del gasto sanitario sube. Las necesidades de gasto sanitario cada vez son más altas y suben más de la proporción de los recursos destinados a la salud como porcentaje del PIB. Afortunadamente en España todavía tenemos un sistema bastante equitativo y bueno, de atención universal con fondos públicos, pero claro, esto está en riesgo y lo sabéis mejor que yo porque si al final los gastos suben por encima de los ingresos y no se aumentan los recursos en la misma medida que aumentan los gastos tenemos un problema mayúsculo a nivel de mantenimiento del sistema tal cual lo conocemos. No me extiendo más porque quiero ajustarme al tiempo, pero si queréis cuando entremos en debate os animo a que me preguntéis sobre mis reflexiones. Muchísimas gracias.

Noticias en red 1

El 04/11/23 **Diario Médico** publicó una noticia y una entrevista al directivo **Joaquín Rodrigo Poch**.

“La multinacional suiza **Sandoz** comenzó hace unas semanas su andadura en solitario después de que los accionistas de Novartis -en la que estaba integrada hasta ahora- aprobaran su escisión de la compañía matriz. Ya como compañía independiente, Sandoz llega a más de cien países con sus genéricos y biosimilares, que reciben unos 500 millones de personas cada año y generan unas ventas mundiales de más de 9.000 millones de dólares”.

“Como principal proveedor mundial de medicamentos no protegidos por patente, tiene una plantilla global formada por más de 22.000 empleados, de los cuales el 47% son mujeres. Su presidente para España y director general para Iberia, **Joaquín Rodrigo**, expone las fortalezas de la compañía fundada en 1886”.

Democratizar el acceso a terapias biológicas, objetivo de Sandoz



P.- ¿Cuál es la penetración de los biosimilares en España?

R.- Según informó recientemente la patronal BioSim, el uso de biosimilares en los hospitales españoles ha experimentado un aumento notable, alcanzando un 73% de los fármacos distribuidos en 2022. Esta cifra es ocho puntos porcentuales mayor que la del año anterior y 12 puntos más que en 2020.

Noticias en red 2

La respuesta a la tuberculosis se recupera de la pandemia, pero es necesario acelerar las actividades para cumplir las metas



World Health Organization

7 de noviembre de 2023. Comunicado de prensa. OMS. Ginebra.

En el *Informe mundial sobre la tuberculosis 2023* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pone de relieve la importante recuperación registrada a escala mundial en la ampliación de los servicios de diagnóstico y tratamiento de la

tuberculosis en 2022. El informe constata una tendencia alentadora, esto es, que empiezan a remitir los efectos perjudiciales de las perturbaciones debidas a la COVID-19 en los servicios de tratamiento de la tuberculosis.

Con datos procedentes de 192 países y zonas, el informe muestra que en 2022 se diagnosticó tuberculosis a 7,5 millones de personas, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciara el seguimiento mundial de la tuberculosis en 1995.

El aumento se atribuye a la buena recuperación en el acceso a los servicios de salud y la prestación de dichos servicios en muchos países. La India, Indonesia y Filipinas, que en conjunto representaban más del 60% de la reducción mundial en el número de personas con diagnóstico reciente de tuberculosis en 2020 y 2021, en 2022 se recuperaron y superaron los niveles de 2019.

«Durante milenios, nuestros antepasados han sufrido la tuberculosis y sucumbido a ella, sin saber qué era, qué la causaba o cómo detenerla», señaló el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS. «Hoy, tenemos conocimientos y herramientas que ellos ni siquiera podían imaginar. Contamos con el compromiso político y tenemos una oportunidad que ninguna generación en la historia de la humanidad ha tenido: la de escribir el capítulo final de la historia de la tuberculosis».

A escala mundial, se estima que en 2022 10,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis, un aumento con respecto a los 10,3 millones de 2021. Desde un punto de vista geográfico, en 2022 la mayoría de las personas que enfermaron de tuberculosis vivían en las Regiones de la OMS de Asia Sudoriental (46%), África (23%) y el Pacífico Occidental (18%), con porcentajes menores en el Mediterráneo Oriental (8,1%), las Américas (3,1%) y Europa (2,2%).

El número total de muertes vinculadas a la tuberculosis (entre las que se incluyen las de personas con VIH) ascendió a 1,3 millones en 2022, lo que supone un descenso con respecto a los 1,4 millones de 2021. Sin embargo, durante el periodo 2020-2022, las perturbaciones debidas a la COVID-19 provocaron medio millón más de muertes por tuberculosis. Esta enfermedad sigue siendo la causa principal de muerte entre las personas con VIH.

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) sigue siendo una crisis de salud pública. Si bien se estima que en 2022 unas 410 000 contrajeron tuberculosis multirresistente o resistente a la rifampicina (TB-MDR/RR), solo dos personas de cada cinco tuvieron acceso a tratamiento.

Se han registrado progresos en el desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas, medicamentos y vacunas contra la tuberculosis, si bien los avances se ven limitados por el nivel general de inversión en dichos ámbitos. [Nota completa](#)



Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Médico del Área de Salud de Cruz Roja

Las personas con adicciones en prisión. Intervención de Cruz Roja

Lo que os voy a contar brevemente es cuál es la intervención que realizamos desde Cruz Roja dentro de prisiones con personas con adicciones. El Plan de Acción del Plan Nacional sobre Drogas incorpora como uno de sus objetivos una atención integral de calidad a población que está reclusa. Los informes penitenciarios recogen una alta prevalencia de problemas en drogodependencia e Instituciones Penitenciarias, por medio de distintas acciones solicita el apoyo de entidades, en este caso Cruz Roja, para la atención a este colectivo. Nosotros llevamos trabajando dentro de prisiones en este en este proyecto desde el año 1991. ¿En qué consiste lo que hacemos con las personas que tienen adicción? Atendemos fundamentalmente los objetivos generales que tiene el Plan de Salud de Cruz Roja. Atendemos a las personas con adicciones para mejorar su adherencia por esa enfermedad crónica que tienen, que es la adicción, lo que consiste principalmente en un desplazamiento de nuestros equipos a los centros penitenciarios y colaboramos con los del personal penitenciario para mejorar ese seguimiento de la pauta terapéutica de estas personas.

Brindamos atención sanitaria, prescripción de fármacos de metadona, etcétera, apoyando lo que realiza el sistema sanitario penitenciario. Lo que hacemos es ayudar, dar un apoyo a todas estas personas para que mejoren esa adherencia terapéutica siguiendo un poco lo que es la estructura de nuestro Plan de Salud. Esto se sintetiza en tres objetivos operativos principales que buscan intentar controlar las tres grandes causas de problemas de salud que hemos detectado en nuestras revisiones y en nuestra reformulación del Plan de Salud. Mejorar los conocimientos cuando el problema de salud tiene que ver con la falta de conocimientos, con lo que nosotros llamamos internamente, el “no lo sé”. Y eso implica sesiones informativas, charlas, talleres... de manera de posibilitar ese seguimiento, sea facilitar cuando la persona no puede realizarlo por distintas razones, porque necesita el apoyo a una persona



Moderador: Inició su carrera de Medicina y desde entonces su relación como voluntario en Cruz Roja desde 1993 ha sido muy activa. Es Técnico del Plan de Salud del Área de Salud de la Oficina Central de Cruz Roja, desde mayo de 2010, y referente nacional del programa de Intervención en Adicciones de Cruz Roja desde noviembre de 2011, y además coordina la Comisión de Salud y Reinserción que agrupa varias entidades que trabajan con adicciones en centros penitenciarios y con las familias de los internos, del Consejo Social Penitenciario. Es un exponente activo e imprescindible de la Red TBS-Stop Epidemias y miembro vocal del Comité Científico. Nos va a hablar sobre las personas con adicciones en prisión y cómo interviene la Cruz Roja.

1

cruzroja.es


Plan de Acción 2017/2024 del Plan Nacional Sobre Drogas, incluye entre sus objetivos:
"Garantizar una **atención integral de calidad entre la población reclusa**, además de mantener, ampliar la cobertura y adaptar a los nuevos perfiles de consumo los programas de reducción del daño en el entorno penitenciario"

Según datos de la propia Institución Penitenciaria, **una de cada cuatro personas reclusas en España estaba condenada en 2013 por delitos relacionados con las drogas**, lo que suponía un 24,6%.

Por ello, y de forma recurrente, los informes penitenciarios recogen una alta tasa de **prevalencia de problemas de drogodependencia entre la población reclusa**, e Instituciones Penitenciarias (IIPP) solicita el apoyo de entidades como Cruz Roja Española (CRE) para su atención

2

CRUZ ROJA INTERVIENE CON PERSONAS CON ADICCIONES EN PRISIÓN DESDE 1991 PARA INTERVENCIONES PSICOSOCIALES



El proyecto consiste en el **desplazamiento de un equipo de profesionales** a los Centros Penitenciarios para el desarrollo de actividades de atención a personas que padecen adicciones y que se encuentran privadas de libertad. Se lleva ejecutando desde el año 1991

El objetivo es **mejorar el seguimiento de la pauta** terapéutica de personas adictas que no la realizan correctamente, ofreciéndoles acciones específicas en un ámbito de actuación penitenciario

3

OBJETIVO GENERAL

- Mejorada la **gestión de la enfermedad** de los hombres y las mujeres que no la realizan correctamente , con enfoque biopsicosocial , acciones de promoción de salud, prevención, atención y desarrollo de competencias.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Mejorado el **seguimiento de la pauta terapéutica** en hombres y mujeres adictas que no la realizan correctamente, ofreciéndoles acciones específicas en un ámbito de actuación penitenciario

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Mejorados los conocimientos de los hombres y mujeres adictas que no conocen la forma adecuada de seguir la pauta terapéutica en un ámbito de actuación penitenciario.
- Posibilitado el **seguimiento de la pauta terapéutica** de los hombres y mujeres adictas en un ámbito de actuación penitenciario
- Generado un **cambio positivo** en los hombres y mujeres adictas que le permite realizar un seguimiento correcto de la pauta terapéutica en un ámbito de actuación penitenciario

4

El programa da una **respuesta flexible** a las necesidades que no son cubiertas directamente por la propia Institución Penitenciaria.

Incluye **ofertas terapéuticas** diversificadas: actividades de intervención psicológica y social individual, grupos de autoayuda, educación para la salud y preparación para su salida en libertad

RESULTADOS 2022

- 3.241 personas usuarias (3.005 hombres y 236 mujeres)
- Actividad en 25 ámbitos territoriales distintos.
- 150 personas voluntarias y 50 contratadas
- 2 horas semanales de implicación media del voluntariado
- 775 talleres de salud y prevención
- 15.222 intervenciones psicológicas
- 5.198 intervenciones sanitarias
- 3.836 intervenciones sociales



5

cercana, un recordatorio, un "estar presente", para generar un cambio positivo en aquellas personas que tienen un problema de motivación.

De hecho, la mayoría de los equipos están formados por psicólogos que trabajan en esa generación de cambio positivo y de esta motivación. Obviamente la respuesta es flexible a lo que nos pide cada centro penitenciario, aunque tengamos un marco general.

Las ofertas terapéuticas están diversificadas, en algunos sitios hacemos más intervención individual, en otros más grupal, en otros hacemos más educación para la salud. Colaboramos cuando nos piden una ayuda, por ejemplo, para la sensibilización sobre el tema de sobredosis dentro de prisión... Estamos trabajando para tener un marco de intervención conjunta de todas las entidades con este documento que elaboramos y que vio la luz el año pasado por consenso y que ha salido de la Comisión de Reinserción y Salud del Consejo Social Penitenciario.

A nivel del volumen en este proyecto hemos atendido el año pasado a 3241 personas en 25 ámbitos territoriales distintos, con más de 150 personas voluntarias que participan activamente en el proyecto y que entran en los centros penitenciarios. Como imagináis es una carga importante a la que se agregan 50 personas contratadas. También hemos realizado 775 talleres en salud y prevención, pero fundamentalmente intervenciones psicológicas: En cifras: 15.222 intervenciones. Estas son las intervenciones que más lo demandan y entendemos que es lo que más carecen estas personas en la atención que reciben dentro de dentro de la prisión. (Imagen 5).

La satisfacción en relación con las intervenciones es alta y en una encuesta de satisfacción realizada por Cruz Roja de cómo valoran la intervención que realizamos da en una escala de cero a al cinco la cifra es muy cercana al máximo (Imagen 6). La valoración es altamente muy positiva por parte de los usuarios internos y de las internas que participan en el proyecto y por lo tanto estamos contentos. De hecho, el proyecto tiene que funcionar bien porque lleva funcionando desde el 1991, con lo cual, desde luego, tiene que ver con la experiencia probada. Existe una necesidad con que los profesionales de Cruz roja trabajan de una forma muy adecuada porque si no, obviamente, no llevaríamos tantos años colaborando con la mediación penitenciaria.


Sigue en la página 19

Simplemente, por daros un apunte, nuestros equipos se adaptan a las situaciones que van surgiendo, por ejemplo, veamos qué ocurrió durante la pandemia. Nuestros equipos no podían entrar en los centros penitenciarios para realizar la intervención y tuvimos que reinventarla para no paralizarla y no generar un aislamiento añadido al que supone estar en prisión. Todo el tema, ya recordáis, de las dificultades de acceso, de cuarentenas, etcétera. El confinamiento, eso que hicieron, bueno, pues que se buscaron la manera de seguir prestando apoyo.

Tenemos diversos materiales y cuadernillos para la atención psicológica individual que nuestros psicólogos entregaban a los internos para que ellos realizaran determinadas actividades psicoeducativas. Así, si bien se mantenían en cuarentena unos días, para luego pudiesen ser entregados a la persona usuaria. Luego la persona usuaria los trabajaba y devolvía al personal. Se recogían al hacer la devolución y según se fue abriendo un poco las posibilidades, empezamos a poder tener los cuadernillos cuando la institución penitenciaria nos lo permitió. Entonces, también, se activaron las llamadas telefónicas y/o videollamadas individuales o grupales. Esto permitió mantener la intervención incluso en los momentos más duros de la pandemia y el aislamiento (Imagen 8). Aunque el proyecto lleva funcionando desde 1991, se ha ido adaptando a la situación de cada momento. Es que ha sobrevenido, que han existido situaciones que requerían cierta adaptación a cada momento histórico, y fuimos adaptando a la realidad las intervenciones, tanto de las adicciones en particular como de la realidad penitenciaria en general.



Efectivamente tenemos que ser el dinámicos y poder adaptarnos a las situaciones que tenemos en cada momento y para ello vale nuestra experiencia y resultados positivos.

En fin, con esta pequeña presentación quiero destacar la actuación de todos y todas y sirva de reconocimiento a estas personas, tanto a las voluntarias como a las que están contratadas en los distintos ámbitos territoriales. Agradecimiento a las personas voluntarias y voluntarios que son las que hacen posible que este proyecto de Cruz Roja lleve funcionando ya veintidós años y que siga teniendo una valoración tan positiva por parte de los usuarios como de la administración penitenciaria. Como, también, el Plan Nacional sobre Drogas. Muchas gracias.



ENCUESTA SATISFACCIÓN CRUZ ROJA	
PROMEDIO ENCUESTA (0 A 5)	4.72
FÁCIL ACCESO	4.73
SE SENTÍO ESCUCHADA	4.74
RECIBIO INFORMACION ADECUADA	4.72
HEMOS COMPRENDIDO SU NECESIDAD	4.69
SATISFECHO CON LA PROPUESTA REALIZADA	4.75
TIEMPO QUE HEMOS TARDADO EN ATENDER	4.59
RECURSOS NECESARIOS A SU DISPOSICIÓN	4.65
SATISFECHO RESPUESTA RECIBIDA	4.82
HA PODIDO CONTACTAR CON NOSOTROS	4.70
TRATO RECIBIDO	4.82
RESPECTO A SU INTIMIDAD	4.89
SU SITUACION HA MEJORADO	4.52
SATISFECHO POR HABER ACUDIDO A CRUZ ROJA	4.77


6


LA PANDEMIA POR COVID-19 PROHIBIÓ LA ENTRADA DE NUESTROS EQUIPOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

LOS EQUIPOS REINVENTARON LA INTERVENCIÓN PARA NO PARALIZARLA Y NO GENERAR UN AISLAMIENTO AÑADIDO AL QUE SUPONE ESTAR EN PRISIÓN Y EN CONFINAMIENTO

7




- **Cuadernillos para intervención psicológica individual**
 - Se llevaban al centro penitenciario
 - Se mantenían en cuarentena unos días
 - Se entregaban a la persona usuaria
 - La persona usuaria los trabaja y devuelve
 - Se volvían a poner en cuarentena unos días
 - Eran entregados al equipo de Cruz Roja que los recogía en el centro penitenciario
 - Existía un protocolo para su uso sin riesgo en las sedes de Cruz Roja
- **Llamadas telefónicas** cuando lo permitió la Institución Penitenciaria
- **Video llamadas individuales** cuando fueron autorizadas
- **Video llamadas grupales** cuando se consiguió el permiso para realizar terapia de grupo




TODO ESTO PERMITIÓ MANTENER LA INTERVENCIÓN INCLUSO EN LOS MOMENTOS MÁS Duros DE AISLAMIENTO

8



SIRVA ESTA INTERVENCIÓN COMO MUESTRA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO A LAS 50 PERSONAS CONTRATADAS Y A LAS 150 VOLUNTARIAS QUE HACEN POSIBLE ESTE PROYECTO



9



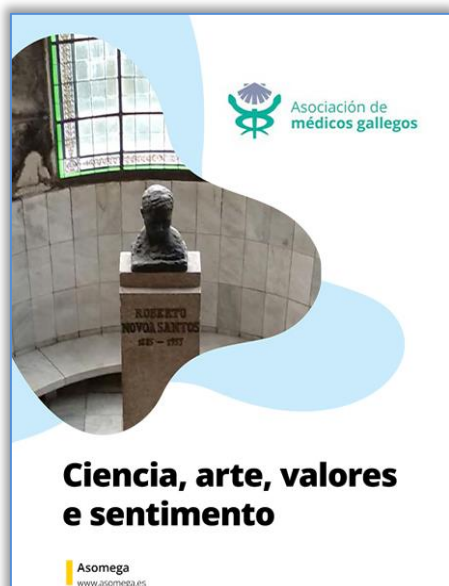
Asociación de
médicos gallegos

“Los médicos gallegos compartimos muchas cosas: inquietudes, proyectos, ilusiones, la pasión por la medicina. La entendemos como ciencia, arte, valores y sentimiento, pero hay algo más que es el amor a Galicia, la pasión por Galicia”. **Julio Ancochea Bermúdez**

Con esta definición el presidente de la Asociación de Médicos Gallegos (Asomega) prologa el dossier que han publicado bajo el denominativo de **“Ciencia, arte, valores e sentimiento”**. En este documento que acaba de distribuirse el ámbito sanitario y de las instituciones públicas y privadas, definen a su asociación como un **“Sentimiento”**: *Asomega es una asociación sin ánimo de lucro cuyo propósito es aglutinar a los profesionales del ámbito de la salud de origen gallego o que tengan lazos especiales con esta tierra. También una “Iniciativa”: Asomega quiere incentivar el contacto humano y profesional con las universidades gallegas, impulsar la formación de sus socios, celebrar reuniones científicas y fomentar la difusión del conocimiento científico basado en la evidencia. Y concluyente esta triada sobre la que se asienta su qué hacer con la palabra “Futuro”: Asomega, a punto de alcanzar los 30 años de historia, se presenta como una entidad joven, abierta, con vocación paritaria, que hace del contacto entre sus miembros su razón de ser y con la vista puesta en los nuevos talentos. Y presentan la fórmula de:*

ASOMEGA = CIENCIA + HUMANISMO + MEDICINA + GALLEGUIDAD

Son cinco los contenidos de los temas que contiene el sumario del dossier: **¿Qué es Asomega? ¿Quién forma parte de Asomega? ¿Qué hace Asomega? y Hazte socio de Asomega**. Son muy claros en cómo y con quienes operan: “Pueden formar parte de Asomega profesionales del ámbito de la salud de origen gallego o de educación universitaria gallega, así como los que por razones familiares, vitales o sentimentales tengan una especial relación con Galicia”. “Hoy día integran Asomega profesionales de los cinco continentes, hijos o nietos de la diáspora o expatriados de primera generación que mantienen vivo el vínculo con sus raíces, así como profesionales de la salud que ejercen en Galicia”. “Entre todos tejen una red urdida con el hilo común del amor por la tierra y la pasión por la Medicina”. Tras relatar todas las actividades que realizan, concluyen en la necesidad hacerte socio de Asomega “Para pertenecer a la asociación basta con ser profesional de la sanidad y tener una especial vinculación con Galicia ya sea por nacimiento, lazos familiares, formación en universidades gallegas o una relación afectiva especial con nuestra tierra”. Bienvenidos sean todas estas propuestas de afinidad y progreso.



Fátima Cabello Sanabria
Directora del Área de Salud de Cruz Roja

La salud y los determinantes sociales poscovid

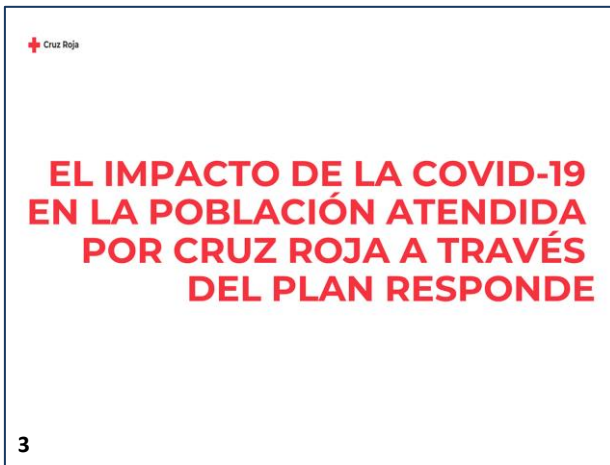
Hace poco se trataron los determinantes sociales y la salud tras la COVID-19 en la 11ª Jornada de Actualización de la Red TBS-Stop Epidemias, así que ampliaré un poco la información que ya tenéis de unos estudios sobre los usuarios que Cruz Roja Española tiene a través de encuestas de grupos focales y expondré una serie de resultados basados en estos determinantes sociales de la salud y su importancia. Simplemente, esto no hace falta que lo que lo explique, las consecuencias que todos estos factores tienen sobre la salud y sobre el cumplimiento de estos, pero la pandemia ha retrasado el cumplimiento. Esto no quiere decir que si no hubiera habido pandemia no se hubieran retrasado, pero en situaciones de crisis la importancia de estos determinantes sociales se agrava. Haré un breve resumen de repaso para ver los en los últimos estudios por parte de Cruz Roja en base a los datos analizados de las intervenciones, cuáles han sido los resultados que no son muy diferentes de la anterior ponencia sobre el impacto que tuvo la COVID-19 en la población atendida por Cruz Roja a través de un plan focalizado en la respuesta a la pandemia, que fue el Plan Responde.

Para recordar, vimos que dentro de nuestros usuarios había cada vez personas más jóvenes. Había un rejuvenecimiento de la de la población atendida. Incluso un incremento en esas personas se vio en cuanto a los datos sobre el género: más del 64% eran mujeres, casi el 30% de origen extranjero y el 44% con estudios primarios, el 35% con estudios secundarios, y algo que todos sabemos, había un 5,3% que denotaban un empeoramiento de la salud y la afectación por COVID-19 (Imagen 4). los resultados dieron que era más elevada en mujeres, sobre todo por COVID persistente, aunque la mortalidad era mayor en hombres.

La salud psicológica y emocional como parte de la salud general holística ha tenido y tuvo consecuencias graves en todas ellas, sí abogamos o nos remitimos a la parte de los determinantes sociales en grupos de población.



Moderador: Vamos a cerrar la jornada con Fátima Cabello Sanabria que es directora del Área de Salud de Cruz Roja Española y también es miembro de nuestro Consejo Institucional de Red TBS-Stop Epidemias. Es máster en ciencias sociosanitarias y magíster en medicina humanitaria, tiene un diploma superior en pediatría tropical y solventa una gran experiencia profesional, docente y clínica con más de 25 años en Unidad de Cuidados Intensivos. Entró como voluntaria en Cruz Roja en el año 1995 y ha estado presente en múltiples situaciones dramáticas de catástrofes naturales y sociosanitarias en casi todo el mundo asistiendo a poblaciones en crisis como terremotos, huracanes, epidemias... Estuvo presente y asistió a la epidemia de cólera en Haití, Chad y Sudán del Sur; durante la epidemia de ébola en Sierra Leona; en los desplazamientos de la población en Burundi, en las crisis migratorias del Mediterráneo... por tanto, sabe de lo que habla y su compromiso con la salud de las personas es total. Hoy expondrá un tema que es relevante y trata sobre la salud y los determinantes sociales poscovid.



En cuanto a la situación ocupacional, bueno, pues el desempleo afectaba a casi el 50% de las personas activas; estaba en toda la parte de la economía sumergida, incluso en empleos a tiempo parcial o empleos precarios. La vivienda era otro problema, había muchas dificultades de pago de vivienda y suministros. El 46% de las personas que entraron en la muestra sufrían pobreza energética, sumado a la brecha digital que afectó también particularmente a la población mayor. La atención a las clases de estudios afectó sobre todo a la población más joven. En cuanto a un dato que sí quería recalcar, es que en la población joven había un incremento de población joven atendida donde el 55% eran mujeres y una cosa curiosa era que había una transmisión intergeneracional de la pobreza (Imagen 4 y 4A). Nos encontramos con muchas personas jóvenes que, independientemente de la enfermedad o de la secuela, sobre todo había una parte de estos determinantes sociales como que han perdido el empleo, interrumpen los estudios, cambian de vivienda y cambian los lugares de ocio. En cuanto a la salud mental, se determina que hay signos y síntomas de depresión y de desesperanza; incluso de no tener ilusión por el futuro. En el otro extremo de la pirámide estarían las personas mayores que, aparte de lo que ya todos sabemos: de la suspensión de las consultas, deterioro del estado físico, estaba el tema de la soledad y aislamiento, la angustia y preocupación, y un factor que resaltó mucho y que había calado era toda la parte de los cuidadores. No había un impacto psicológico en los cuidadores y las cuidadoras, sobre los que había que prestar atención con lo cual, en resumen, las inquietudes por grupos de población en los jóvenes era incertidumbre ante el futuro y falta de oportunidades en los adultos, preocupación por sus tener sustentar el hogar en cuanto a vivienda, pagar las facturas, etcétera. Y en mayores la soledad y aislamiento (Imagen 4 y 4 B - C - D - E - F - G - H - I).

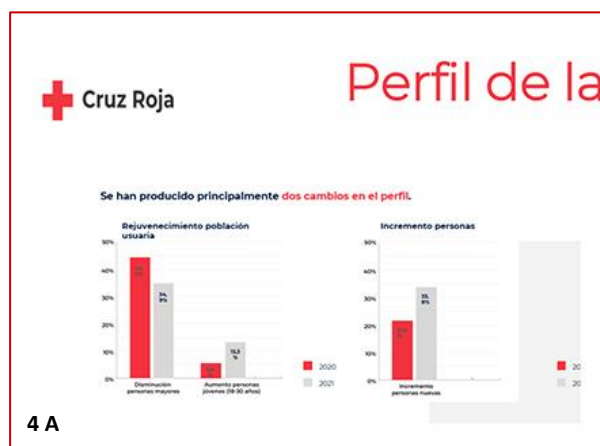
Aquí sí que rescato esta diapositiva, porque fue algo y algo que sigue y que desde Cruz Roja continuamos trabajando en este tipo de proyectos. Es el tema de la soledad no deseada está registrado en el estudio durante la pandemia y como pueden ver dentro de la muestra de un total de 1200 personas, las necesidades prioritarias se centran en el tema de la compañía domiciliaria (Imagen 5). Entonces, esto es algo que debe invitar a la reflexión de manera urgente.

Y revisando nuevos estudios que se han hecho en base al COVID-19 de determinantes sociales, sí hay que recalcar que, en lo que en un momento se consideró como que era una pandemia de igualdad porque afectaba a toda la población por edad, sí que se confirma que hay una asociación entre los determinantes sociales y la incidencia de COVID-19 que están relacionados, sobre todo con tema de pobreza material, el hacinamientos y las condiciones de vida y, sobre todo, también el mecanismo de transmisión de la enfermedad, las malas condiciones de la vivienda, las etnias y el estatus migratorio, sobre todo porque esta parte de la población tiene menos acceso a los servicios; viven hacinados o en viviendas no adecuadas (Imagen 6).

El acceso al mercado laboral no siempre, a veces, es el más regulado o el más condicionado. La edad hemos visto que era importante y también el género, sobre todo porque las mujeres han sido el colectivo social que más ha estado expuesto y las más perjudicadas.

Para ver esta parte de contraste de los últimos informes en función de los datos que, a través de la Federación Internacional de la Cruz roja, con los datos del 2022, que se ha publicado a principios de este año, está el informe mundial sobre desastres que se ha centrado sobre todo en la COVID-19 y en el impacto que ha tenido en la preparación para crisis, centrado en la confianza en la equidad y en la acción local (Imagen 7).

Esto lo quería presentar porque es llamativo que al final, la Federación Internacional de Cruz Roja, que aglutina más de 190 Cruz Roja y Medialuna Roja, con diferentes niveles de desarrollo y con diferentes problemáticas de base, saca conclusiones bastante parecidas. Así, dentro del informe mundial sobre desastres que les invito a leer, es público se denomina: Confianza, Equidad y Acción Local, millones de personas, a raíz de la pandemia están con una reducción del empleo, pérdida de ingresos, inseguridad alimentaria, mayor exposición a violencia, sobre todo a violencia de género y agravamiento de problemas de salud mental. Con todo ello se han agudizado las inequidades, se han intensificado las condiciones de vulnerabilidad, ha disminuido la residencia e incluso en países con pocos casos. Por lo mismo las mujeres quedaron más expuestas a contagio porque fundamentalmente están más comprometidas a las labores de cuidados o aspectos sociosanitarios y las personas migrantes, por condiciones de vida y trabajo o



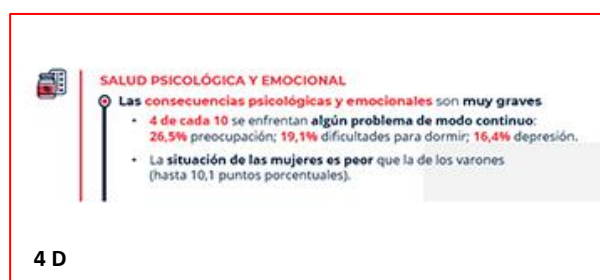
4 A



4 B



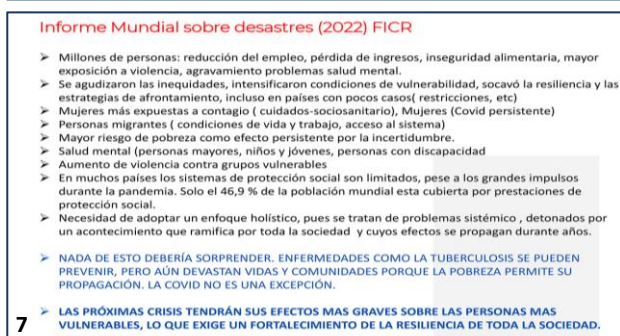
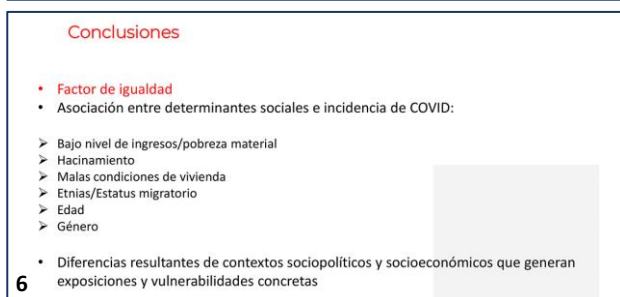
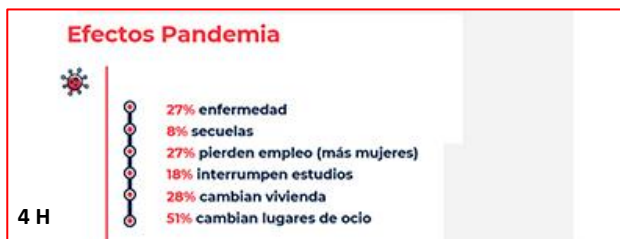
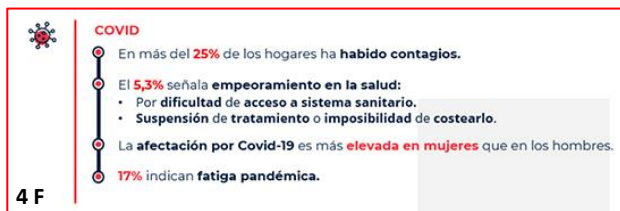
4 C



4 D



4 E



problemas de acceso a sistema, también. La salud mental, ya lo he comentado como en personas mayores, niños y jóvenes, y en personas con discapacidad y la violencia que sufren. Para terminar, como conclusión, decir que en muchos países los sistemas de protección social son limitados y pese a los grandes impulsos que se ha tenido en la pandemia solamente el 46,9% de la población mundial está cubierta por prestaciones de protección social (Imagen 7).

Es necesario, independientemente de la enfermedad y de las secuelas, resolver esta situación que pone en evidencia la necesidad de adoptar un enfoque holístico para abordar esta parte de los determinantes sociales, pues se tratan de problemas sistémicos de base que se agravan en estas situaciones de crisis detonados por acontecimiento que se ramifican a toda la sociedad y que los efectos se propagan durante años. Nada de esto debería sorprender y estas reflexiones las he sacado literalmente del informe, porque enfermedades como la tuberculosis se pueden prevenir, pero aún devastan vidas y comunidades porque la pobreza permite su propagación. La COVID-19 no es una excepción sino una experiencia propia les puedo decir que durante toda la epidemia estuve viviendo situaciones que viví en Sierra Leona durante mi estadía y mi participación en la respuesta a la epidemia del ébola. También respecto a la tuberculosis se han estado comentando a lo largo de las ponencias de hoy cómo puede ser el estigma psicosocial, el rastreo de contacto, la trazabilidad, la adherencia... Con lo cual, aun teniendo mecanismos de transmisión diferentes, son determinantes todas estas cuestiones. De hecho, en Sierra Leona decía que el ébola había matado a muchas personas, pero había una gran problemática, sobre todo por el impacto económico y sobre todo en la educación porque las escuelas estuvieron cerradas durante un año, sin hablar del estigma, de la discriminación de la población. Para concluir, como dice el Informe Mundial sobre Desastres, las próximas crisis tendrán efectos más graves sobre las personas más vulnerables, lo que exige un fortalecimiento de la resiliencia. Esto era un poco lo que quería hacer, una comparativa desde la perspectiva de lo que hemos visto en la atención a estos colectivos en el día a día en Cruz Roja frente a lo que se ha vivido en toda la atención durante la pandemia del movimiento internacional de la Cruz Roja. Muchas gracias.

Javier García Pérez

Secretario General de la Red TBS-Stop Epidemias.
Moderador de la jornada



CONCLUSIONES

Iniciamos la jornada con **Enrique Acín** que nos sigue sorprendiendo, ese número de presos medios en los cuales tenemos unas cifras de VIH en prisión muy bajas, del 3,2%. Nos congratulamos por ese dato que indica la eficacia del programa de control sanitario de las prisiones a su cargo, de que haya cero conversiones en la prisión me ha resultado curioso. Además, cuando cuenta los casos de tuberculosis, esos casos en 2022, en ese microcosmos que es la prisión, nos refleja muy bien

en cuanto a la afectación de un 78% pulmonar, la mitad baciliformes, más en extranjeros, lo que refleja muy bien el entorno que es similar a los datos de sector y proporción fuera de las de las prisiones.

Isabel Vázquez nos narró sobre la aplicación práctica de cómo estudian a los internos cuando llegan al centro penitenciario, como cuenta la aplicación de normas que se sigue en prisiones. Es verdad que hay que hacer una extracción de sangre, pero todo se andará seguro y cómo enfermería es sensible a esta realidad.

José Antonio Martín nos dio datos de cómo está la situación sanitaria en prisiones, sobre todo las tasas disparadas de las adicciones respecto a la población general, pero como también la entrada en prisión disminuye mucho esas tasas. Nos mostró datos muy significativos de como aumenta en prisión los consumos por vía inyectable. Me llamó mucho la atención como la vigilancia y los programas especiales que hay para las personas que han tenido sobredosis. También fueron muy ilustrativas esas campañas informativas impresas, de diversa índole, para afrontar las adicciones más frecuentes en prisión.

Francisca Sánchez, del Hospital del Mar, de Barcelona, nos habló de una realidad que nos golpea de manera muy sensible, de una paciente ucraniana, en este caso una paciente con muchos problemas extra sanitarios. Y nos habló de cómo hay que abordar eficazmente los programas de intervención y en actuación social de manera global. Habló sobre la prescripción de fármacos y nos dejó una interrogante que todos nos preguntamos muchos: ¿Qué hacer con los contactos? Sobre todo, con los niños y la tuberculosis multirresistente.

Xavi Casas, que dirige Servei Clínic, un centro de éxito, pues hizo honor a su formación, aparte de la médica su formación como el licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación. Su experiencia sanitaria especializada en tuberculosis y su manera filosófica de reflexionar sobre el paradigma de ese paciente auto responsable de su proceso durante la adherencia y de conversión, ese concepto de concienciar en el caos nos lleva a ver que siempre hay una nueva manera de adaptarse a las circunstancias del momento para ser eficaz.

Joan Caylá hablo de cómo la epidemiología nos ayuda en nuestra práctica diaria y puso ejemplos tanto en tuberculosis como en las estrategias antiCOVID, y como el estudio epidemiológico serio y riguroso nos da claves para poder mejorar nuestra actuación en tuberculosis. Dejo claro que un estudio epidemiológico quien no se evalúa, no es serio.

Sigue en la página 26

Joaquín Rodrigo, que siempre nos ha presentado con claridad particularidades sobre los medicamentos, nos presentó a los biosimilares y los genéricos y su ventaja a la hora de hacer cada vez más igualitario su consumo por la sociedad global. Sobre todo, nos ayudó a pensar de cómo los biosimilares y los genéricos, en un contexto de inflación y de crisis económica, son un aporte a la sostenibilidad del sistema sanitario. Sostiene que veces el gran descenso de los precios de referencia de los medicamentos les hace, pues, cuestionarse y preguntarse cuáles son sus aportaciones y rentabilidad ya que su precio de venta es extremadamente bajo. Dio datos como que estos fármacos representan el 60% del consumo de los medicamentos en Europa. Y nos llamó la atención y marcó de seguridad de calidad y su respuesta terapéutica, flexible y diversificada que nos hace responder adecuadamente a las distintas necesidades de los pacientes.

Juan Jesus Hernández nos amplió la visión de cómo funcionan las redes de apoyo a la atención sanitaria en las prisiones; en su caso particular la de Cruz Roja. Cómo se atiende a los usuarios con adicciones cuando están en las prisiones. La intervención psicológica, la autoayuda, la educación para la salud. Nos comentó que es consciente de su efectividad porque ha visitado muchas prisiones y visto la evolución de estos pacientes y que en su mayoría tiene una respuesta eficaz.

Por último, **Fátima Cabello**, nos habló de una forma llamativa y muy interesante sobre los cambios en determinantes sociales tras la COVID-19, nos recalcó el 17% de personas que sufren fatiga pandémica y cómo son las secuelas, sobre todo en las mujeres tras la epidemia. Señaló las necesidades prioritarias que tiene que ver con una atención tanto grupal como personalizada. El acompañamiento de las personas mayores, la compañía en el domicilio para menguar la soledad, la ayuda económica, el soporte para acudir al médico de este colectivo, el apoyo psicológico... Su exposición sirve como mensaje dirigido a nuestros políticos y a nuestros líderes sociales para que se mejore la situación de este gran problema social. También, pronostico la pena que, según la Federación de Cruz Roja, a nivel mundial las próximas pandemias la sufrirán las poblaciones más vulnerables.

Y yo mismo en mi presentación abordé el tema de las localizaciones atípicas de la tuberculosis y me referí a que muchos asociamos tuberculosis con tuberculosis pulmonares, no obstante, hay diferentes tipos como aparte de la tuberculosis pulmonar como lo es la tuberculosis vertebral de un mal de Pott (d); la tuberculosis ganglionar con captación a varios niveles; la tuberculosis prostática; la tuberculosis del sistema nervioso central... Sin embargo, la tuberculosis pulmonar que es la que más nos interesa desde el punto de vista de salud pública porque es la que tiene la gran capacidad de contagio y la que nos va a perpetuar altas cifras de tuberculosis en la población.

Resumiendo, y en mi opinión y a tenor de los contenidos de las exposiciones temáticas de todos los ponentes, esta ha sido una jornada diversa que nos permite interactuar y asociar problemas y soluciones en un contexto conjunto de centros de atención sociosanitaria. Las conclusiones son positivas y cada cuál medirá las aportaciones según su interpretación de cada tema tratado. Lo que es evidente es que la sanidad, la salud de nuestros pacientes, es el nexo común con el cual lidiamos día a día en cualquier sector o especialidad de nuestra actividad y que el contexto social es determinante en la mayoría de los casos. Agradezco mucho a todos los ponentes, sus aportaciones, sus trabajos, sus ponencias. Agradezco mucho también al más del centenar de personas inscritas que se han conectado y nos han estado siguiendo hasta este momento de clausura de la jornada. Desde la *Red TBS-Stop Epidemias*, su presidente Julio Ancochea que ha inaugurado la jornada, Mario Braier desde la coordinación general, y yo mismo, muchas gracias a todos y todas por vuestro apoyo y participación. Os emplazamos a las próximas jornadas. Hasta muy pronto.

CONSEJO EDITORIAL



EDITORES

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



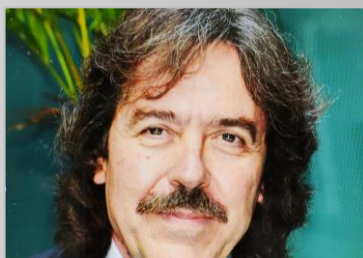
Mario Braier está especializado en periodismo sanitario. Director de la Agencia infomedpress realizó numerosas campañas de prevención en salud para diferentes sociedades científicas. Es coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias

ASESORES



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

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