

EDITORIAL

Disyuntiva sanitaria mundial

Lo mejor es prepararse para lo peor. Suena fuerte, digámoslo de una manera más positiva: Lo mejor es estimular la esperanza, aunque el pensamiento crítico pueda ser derrotista no debemos dejar el optimismo de lado. A título de ejemplo de la actual situación mundial y de una de las decisiones que afectan a nuestro sector es la noticia de que Estados Unidos se retira de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que nos plantea la pregunta sobre si este organismo de las Naciones Unidas tendrá la capacidad de asumir su rol de combatir las enfermedades a nivel global y responder a emergencias en todo el mundo sin disponer del financiador principal.

Estados Unidos aporta aproximadamente el 18 % de la financiación de una OMS sumando todas las aportaciones, en la actualidad, la OMS tiene dificultades para obtener los recursos necesarios para atender a todas las emergencias mundiales que se presentan como es el caso de asistir a las poblaciones en zonas de guerra. En los últimos años, EE. UU. financió casi el 75% del programa de la OMS para el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y también más de la mitad de las contribuciones para combatir la tuberculosis. Con gran diferencia, Estados Unidos es el principal donante mundial en materia de salud con 920,9 millones de euros y además su salida de la OMS hace peligrar el acuerdo post-COVID destinado a mejorar la solidaridad mundial ante cualquier amenaza pandémica.

Según la plataforma de seguimiento de la financiación para el desarrollo *Donor Tracker*, Estados Unidos forma parte de una red mundial de vigilancia de la gripe supervisada por la OMS; el grupo que asesora sobre la composición de la vacuna anual actual contra la gripe estacional. Además, Estados Unidos financia muchos otros programas de salud mundial. La orden del presidente Trump dice que el personal y los contratistas estadounidenses que trabajan con la

Sigue en la página 3

SUMARIO

Editorial - Disyuntiva sanitaria mundial	1
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	2
La importancia del conocimiento y aplicación del Protocolo de Estambul por los profesionales de la salud	5
Carmen Comas-Mata Vicepresidenta del Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT). Organización de las Naciones Unidas (ONU).	
13ª Jornada de Actualización Sociosanitaria (Inscripciones)	8
Un año clave para el control del tabaquismo en España	9
Joan B Soriano Vicepresidente 2º del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Servicio de Neumología, Hospital Universitario de la Princesa.	
Francisco Pascual Pastor Presidente del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Presidente de la Junta directiva de Socidrogalcohol.	
13ª Jornada de Actualización Sociosanitaria (Inscripciones)	14
¿Por qué perdemos el seguimiento de algunos pacientes con tuberculosis en... Barcelona?	15
Francesca Sánchez Martínez Médica adjunta del Servicio de la Unidad de Tuberculosis del Hospital del Mar.	
13ª Jornada de Actualización Sociosanitaria (Inscripciones)	17
Noticias: El Consejo de Europa propone que se siga un enfoque basado en los Derechos Humanos para la Long COVID	18
Nuevos escenarios en el diagnóstico y manejo de la TB	19
Juan José Palacios Gutiérrez Jefe de la Unidad Referencia Regional de Micobacterias. AGC Laboratorio de Medicina, Área Microbiología Hospital Universitario Central de Asturias.	
Consejo Editorial	22
Integrantes y patrocinadores	24

NUEVA WEB

Información sobre temas que son noticia



REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD

SANIDAD SIN FRONTERAS

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias



Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias



Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



OMS deben retirarse y ser reasignados. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. han trabajado estrechamente con la OMS contribuyendo con decenas de empleados y colaborando en investigaciones y ante diferentes brotes. Retirar la financiación de la OMS afectará al *Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria* que es un importante factor de la atención a la salud mundial. Es indudable que nos enfrentamos a un problema de financiación que complicará la atención a la salud universal, especialmente la de los sectores más vulnerables de la sociedad y en situación de precariedad social.

No hay ninguna duda de que el papel de EE. UU. es fundamental en la lucha contra las epidemias y, aunque aún no está claro cómo se resolverá esta cuestión, es muy preocupante el momento en que vivimos y de las decisiones que se consuman dependerá que se cumplan o no las proyecciones a la baja de enfermedades como la tuberculosis y el cumplimiento de la Agenda 2030 y sus Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS), plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también pretende fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia.

Según la plataforma *Donor Tracker*, que reúne los datos cuantitativos más actualizados y con información cualitativa para los mayores donantes como son el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), los países del G7 fueron los principales donantes a la salud mundial, quienes han aportado el 82 % de toda la financiación. El mayor donante fue Estados Unidos, seguido por Alemania, Japón, Reino Unido y Francia. La contribución de Estados Unidos a la salud mundial fue inusualmente alta debido a los compromisos en curso relacionados con la pandemia de la COVID. La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), que es el apoyo financiero que prestan los proveedores oficiales a los receptores de ayuda (países de ingresos bajos y medios) en áreas como la salud, el saneamiento, la educación y la infraestructura es prioritaria. Alemania hizo un importante aporte a la salud mundial con 312 millones de euros y aumentó un 40 % en términos absolutos entre 2020 y 2021, también en respuesta a la pandemia de COVID-19, si bien disminuyó ligeramente en

2022. Por su parte, Reino Unido pasó del tercer al cuarto lugar entre los principales donantes a la salud mundial en ese mismo año. La Fundación Bill y Melinda Gates aportan unos 662,5 millones de euros, mientras que la Comisión Europea en su conjunto ocupa el cuarto lugar con una aportación de unos 396,4 millones de euros.

Actualmente Estados Unidos y Canadá lideran a los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) en cuanto a priorización de la salud mundial en términos relativos. El CAD es una organización multilateral inserta en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y se dedica al seguimiento y evaluación de las políticas de desarrollo de los países integrantes. Los miembros del CAD son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, EE. UU., Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y la Comisión de las Comunidades Europeas. Participan como observadores permanentes de esta: el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). A pesar de estar entre los cinco principales contribuyentes absolutos a la salud mundial, Alemania, Francia y Japón contribuyen con menos del 15 % de los fondos destinados a la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

En 2019, la OMS estableció unas metas muy ambiciosas: “las metas de los tres mil millones” para la atención de la salud mundial. Las poblaciones más sanas representan un total estimado de mil millones de personas que disfrutaban de mejor salud y bienestar social y se pretende destinar una cobertura para mil millones de personas más para que se beneficien de la cobertura sanitaria universal y mil millones de personas mejor protegidas en las situaciones de emergencias sanitarias; esta cobertura sería para el 2025. Antes de la pandemia de COVID-19, el mundo estaba lejos de cumplir metas como esta de los tres mil millones e igualmente de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.

A pesar de los desafíos presentes, esta “comunidad sanitaria mundial” ha logrado logros históricos. En los últimos cinco años, el poliovirus salvaje, enfermedad causada por un virus que afecta

Sigue en la página 4

principalmente a los nervios de la médula espinal o del tronco cerebral, alcanzó sus niveles más bajos. 58 países adoptaron políticas para eliminar las grasas trans que se producen cuando los fabricantes de alimentos convierten aceites líquidos en grasas sólidas como la manteca o la margarina. Respecto al consumo de tabaco está disminuyendo en 150 países. 15 países han eliminado la transmisión de madre a hijo del VIH y también la sífilis. 52 millones de personas han sido vacunadas contra la fiebre amarilla y se desarrolló una vacuna contra la malaria que se espera que salve a entre 40 000 y 80 000 personas al año. La tuberculosis disminuyó relativamente, si bien sigue siendo la enfermedad que más mata. La OMS, en su último *Informe sobre TB* alerta de que “la tuberculosis resurge como principal causa de muerte por enfermedad infecciosa”, e informa de que en el 2023, aproximadamente, 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas de tuberculosis por primera vez, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciara el seguimiento mundial de la tuberculosis en el año 1995. Ello representa un aumento considerable frente a los 7,5 millones notificados en 2022, lo que sitúa a la tuberculosis nuevamente como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa y encima de la COVID-19. El *Informe mundial sobre la tuberculosis 2024* de la OMS pone de relieve los desiguales progresos logrados en la lucha mundial contra la tuberculosis, con desafíos persistentes como una importante infrafinanciación. Si bien el número de muertes relacionadas con la tuberculosis disminuyó de 1,32 millones en 2022 a 1,25 millones en 2023, la cifra total de personas que enfermaron de tuberculosis aumentó ligeramente hasta 10,8 millones, según las estimaciones de 2023. La enfermedad afecta de manera desproporcionada a la población de 30 países con alta carga de morbilidad, entre los que la India (26 %), Indonesia (10 %), China (6,8 %), Filipinas (6,8 %) y el Pakistán (6,3 %) concentraban en conjunto el 56 % del volumen mundial de tuberculosis. Según el informe, el 55 % de las personas que contrajeron tuberculosis eran hombres, el 33 % mujeres y el 12 % niños y adolescentes jóvenes. En este caso urge una vacuna, pero el último dato de la inversión mundial

anual en vacunas contra la tuberculosis es de unos 144 millones de euros al año para todos los proyectos y esto es insuficiente y menos aún para las cinco vacunas en desarrollo, algunas en fase tres. La financiación mundial de la salud se encuentra en una encrucijada crítica, ya que los países donantes se enfrentan a restricciones presupuestarias. Tanto los países donantes como el sector privado deben aumentar sus contribuciones para garantizar que las vacunas y los tratamientos que salvan vidas lleguen a las poblaciones más vulnerables. Y todo esto sin contar con contribuir a ralentizar el cambio climático y sus consecuencias que sin duda ponen de relieve los vínculos entre la sostenibilidad ambiental y la salud mundial, por no entrar en detalle sobre lo que representa la necesidad de implementar una *One Health*. **M. B / J. A**

Memorias

Es una publicación mensual digital de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Red TBS-Stop Epidemias
 ISSN: 2660-7263 – Edición de Memorias nº 52 y de Newsletter Red TBS Informa nº 82
 Agencia de noticias: Infomedpress.
 Fotografías: Consuelo Alcaide. Depositphotos.
 Colaboradores y medios de difusión nacionales e internacionales
www.redtbs.org
 e-mail: redtbs@redtbs.org
 La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo

NUEVA WEB

Información sobre los diversos temas que son noticia de actualidad



Carmen Comas-Mata
Vicepresidenta del Subcomité para la
Prevención de la Tortura (SPT). Organización
de las Naciones Unidas (ONU)

La importancia del conocimiento y aplicación del Protocolo de Estambul por los profesionales de la salud

El Protocolo de Estambul, una herramienta clave en la lucha contra la tortura, se ha convertido en un referente internacional para la documentación de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Este manual, adoptado oficialmente por las Naciones Unidas en 1999, no solo establece estándares médicos y legales para la investigación y documentación de tortura, sino que también subraya el papel esencial de los profesionales sanitarios en la prevención y denuncia de estas prácticas. El protocolo es una herramienta vital para la prevención y la justicia, y es que la tortura lamentablemente sigue siendo una realidad en muchas partes del mundo, a pesar de su prohibición universal. En este contexto, el Protocolo de Estambul proporciona un marco detallado para la evaluación médica y psicológica de víctimas de tortura, así como directrices para la redacción de informes periciales que puedan ser utilizados en procesos judiciales. Estos informes son fundamentales para garantizar que las víctimas obtengan justicia y para responsabilizar a los perpetradores.

Los profesionales de la salud tienen una responsabilidad ética y legal en este proceso. Su formación en el uso del Protocolo no solo mejora la calidad de la documentación, sino que también refuerza la capacidad de los sistemas de justicia para abordar los casos de tortura de manera efectiva. Además, el uso adecuado del Protocolo tiene un importante efecto preventivo, puesto que puede disuadir a los potenciales autores de estas prácticas al demostrar que las denuncias serán investigadas rigurosamente.



A pesar de su importancia, el conocimiento y aplicación del Protocolo de Estambul entre los profesionales sanitarios sigue siendo limitado en muchas regiones del mundo. También en el ámbito iberoamericano. Este déficit no solo afecta la calidad de las investigaciones, sino que también perpetúa la impunidad de los perpetradores.

La formación de los profesionales de la salud en esta herramienta debe ser una prioridad. Es esencial que los gobiernos, las instituciones académicas y las organizaciones internacionales inviertan en programas de capacitación que incluyan el estudio del Protocolo como parte integral del currículo médico y de enfermería. Además, estos programas deben estar diseñados para abordar las realidades locales y proporcionar herramientas prácticas que los profesionales puedan aplicar en su contexto específico.

Uno de los principales desafíos de la aplicación del Protocolo de Estambul es la falta de recursos. En muchos países, los sistemas de salud se enfrentan a significativas limitaciones que dificultan tanto la formación como el uso de esta herramienta. Superar estas barreras puede conseguirse a través de la colaboración internacional. Instituciones como el Subcomité para la

Sigue en la página 6

Prevención de la Tortura (SPT) de la Organización de las Naciones Unidas desempeñan un papel clave en la promoción de alianzas entre gobiernos, instituciones de salud y organizaciones de la sociedad civil para superar estos obstáculos. En cada visita que el Subcomité realiza a los distintos Estados parte del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura, que a la fecha de cierre de estas líneas son 93, se comprueba a través de entrevistas e inspecciones a los distintos lugares de privación de libertad, si el personal sanitario está formado en el Protocolo, y cuáles son las necesidades que tienen para conseguir una aplicación efectiva del mismo. Con esa información, el SPT eleva recomendaciones a los gobiernos para solucionar todos los problemas detectados.

Otro de esos problemas que el SPT ha constatado en sus visitas, y que es muy relevante, es la resistencia cultural y política. En algunos contextos, los profesionales sanitarios pueden enfrentarse a presiones para no denunciar casos de tortura o incluso para participar en estas prácticas. Por eso, la capacitación debe incluir no solo aspectos técnicos, sino también éticos, así como estrategias para proteger a los profesionales de represalias.

En una visita reciente a Honduras, tuve la oportunidad de observar de cerca los problemas que enfrentan los sistemas de salud en contextos de detención. En un centro de detención, nos relataron cómo los profesionales sanitarios intentan documentar casos de malos tratos a pesar de la falta de recursos y la resistencia institucional. Una enfermera compartió que, en ocasiones, se enfrenta a presiones para omitir detalles en los informes médicos. Estas experiencias subrayan la necesidad urgente de fortalecer la formación en el Protocolo de Estambul y proteger a quienes se dedican a esta labor fundamental.

En agosto de 2022, se publicaron revisiones al Protocolo de Estambul con objeto de mejorar su aplicabilidad y también para actualizar las obligaciones relacionadas con la prevención de la tortura. Estas incluyen una mayor claridad sobre

las normas internacionales, como la prohibición absoluta y no derogable de la tortura, así como la obligación de los Estados de garantizar investigaciones rápidas e imparciales en casos de presunta tortura. También se subrayó la necesidad de una formación sistemática de los profesionales involucrados, incluidos los sanitarios, para que las evaluaciones cumplan con los estándares del Protocolo y aseguren una documentación adecuada. Estas actualizaciones fortalecen el rol de los profesionales sanitarios como agentes clave en la prevención y denuncia de estas prácticas.

En España, los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) desempeñan un papel crucial en la aplicación del Protocolo de Estambul. Estos institutos, adscritos al Ministerio de Justicia o a las comunidades autónomas, asisten técnicamente a juzgados, tribunales y fiscalías. Los médicos forenses emiten informes y dictámenes en el marco de procesos judiciales, incluyendo la vigilancia de personas detenidas. En 2022, se revisaron los protocolos de actuación médico-forense en España para alinearlos con las actualizaciones del Protocolo de Estambul, mejorando así los estándares de evaluación y documentación de casos de tortura.

En Iberoamérica, la aplicación del Protocolo ha sido promovida por organismos internacionales y nacionales. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha subrayado la obligación de los Estados de aplicar el Protocolo de Estambul en investigaciones de tortura, estableciendo estándares mínimos para garantizar investigaciones eficaces (por ejemplo, en el caso "Fernández Ortega y otros vs. México"¹ o en el caso "Cabrera García y Montiel Flores vs. México"¹). En países como México y Chile, se han desarrollado guías y programas de capacitación basados en el Protocolo para fortalecer la capacidad de los profesionales de la salud y el sistema judicial en la documentación de casos de tortura (por ejemplo, la Guía Práctica para Médicos en Chile publicada por el Colegio Médico¹, o los programas de capacitación de la

Sigue en la página 7

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM en México).

La aplicación efectiva del Protocolo de Estambul no solo beneficia a las víctimas de tortura, sino también a los sistemas de salud y justicia en su conjunto. Al fortalecer la capacidad de los profesionales sanitarios para identificar y documentar casos de tortura, se promueve la confianza en las instituciones y se refuerza el Estado de derecho. Además, una documentación adecuada puede contribuir a la elaboración de políticas públicas que aborden las causas profundas de la tortura y prevengan su recurrencia.

Por todo ello, hay que velar por la correcta

aplicación del Protocolo de Estambul en nuestros sistemas sanitarios.

El Protocolo es una herramienta indispensable en la lucha contra la tortura y en la promoción de los derechos humanos. Su efectividad depende, en gran medida, del compromiso de los profesionales de la salud para adoptarlo y aplicarlo en su práctica diaria. Invertir en la formación de estos profesionales no es solo una obligación ética, sino también una estrategia esencial para garantizar la justicia y la dignidad de las víctimas. En un mundo donde la tortura sigue siendo una realidad, el conocimiento y aplicación del Protocolo de Estambul son más necesarios que nunca.

¹ El Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes | OHCHR

² Guía de buenas prácticas para la aplicación del protocolo de reconocimiento médico-forense a la persona detenida

³ Microsoft (Word) - seriec_215_esp

⁴ Microsoft (Word) - seriec_220_esp

⁵ Manual-para-el-ejercicio-profesional-Colmed-2018-1.pdf



REDTBS
STOPEPIDEMIAS

REDTBS] STOPEPIDEMIAS
RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD **SANIDAD SIN FRONTERAS**

13^a

**Jornada de Actualización
Sociosanitaria (TB-Long COVID)**

Lunes 24 de marzo de 2025

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
Plaza de Las Cortes, 11 (3^a planta) Madrid

Programa

Acto Inaugural

Mensaje de la Excm. Ministra de Sanidad a la Red TBS-Stop Epidemias

Mensaje de la Organización Mundial de la Salud a la Red TBS-Stop Epidemias

Homenaje a Federico Mayor Zaragoza

Mesa de Prevención en salud en prisiones y en población en situación precaria

Mesa de Farmacéuticas: Sostenibilidad, IA, y Agenda 2030

Mesa de epidemiología y Long COVID

Mesa de Comunicación y Salud

Cinefórum Consciente

Entrega de los Premios Red TBS-Stop Epidemias Solidari@s 2025

Conclusiones de la Jornada

*Jornada presencial de acceso libre previa
inscripción en: redtbs@redtbs.org*

Joan B Soriano

Vicepresidente 2º del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Servicio de Neumología, Hospital Universitario de la Princesa

Francisco Pascual Pastor

Presidente del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Presidente de la Junta directiva de Socidrogalcohol

Un año clave para el control del tabaquismo en España

Ya bien entrado el siglo XXI, el tabaquismo sigue siendo la causa principal de morbilidad evitable en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el siglo XX mató a 100 millones de personas, y si no cambia la tendencia, matará a mil millones de personas este siglo.¹ Otras cifras recientes nos indican la gravedad del problema: El tabaco mata a más de 8 millones de personas cada año, de los cuales cerca de 1,3 millones son no fumadores que están expuestos al humo ajeno. Alrededor del 80 por ciento de los 1300 millones de consumidores de tabaco que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos. En 2020, el 22,3 % de la población mundial consumía tabaco: concretamente el 36,7% de los hombres y el 7,8% de las mujeres.¹ Para hacer frente a la epidemia de tabaquismo, los Estados Miembros de la OMS adoptaron en 2003 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), firmado ese año por España. Actualmente 182 países son Partes en este tratado; entre los no firmantes, están los EE. UU., Suiza, Andorra o Indonesia.

Las medidas MPOWER son un conjunto de políticas recomendadas por la OMS para ayudar a los países a implementar estrategias efectivas de control del tabaco. Cada letra en el término MPOWER representa una de las áreas clave en las que se sugiere tomar medidas (Tabla 1).



Estas medidas MPOWER de la OMS están en consonancia con el CMCT de la OMS y se ha demostrado que salvan vidas y reducen costos al evitar gastos sanitarios.

En España, la situación sigue siendo preocupante. Las tendencias recientes de tabaquismo indican un estancamiento de la prevalencia en adultos, sobre todo en las mujeres, y un incremento en niños. Además, los nuevos vapeadores y dispositivos de calentar el tabaco generan nuevos desafíos. En España el tabaco causa la pérdida de un millón de años de vida cada año.¹

Tabla 1. Medidas MPOWER del Convenio Marco de la OMS

Monitor: Recopilar datos sobre el consumo de tabaco y la prevención, así como evaluar las políticas existentes.
Protect: Proteger a las personas de los riesgos del humo del tabaco mediante la creación de espacios libres de humo en áreas públicas y de trabajo.
Offer: Ofrecer ayuda para dejar de fumar, proporcionando servicios de asesoramiento y apoyo para cesar el consumo de tabaco.
Warn: Advertir sobre los peligros del tabaco mediante la inclusión de advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de cigarrillos.
Enforce: Aplicar prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
Raise: Aumentar los impuestos sobre los productos de tabaco para reducir su asequibilidad y, por ende, su consumo.

La *Tobacco Control Scale* es una herramienta que evalúa y compara la implementación de políticas y medidas de control del tabaco entre diferentes países, y coteja variables que incluyen: Políticas de precios y tasas, Prohibición de publicidad, promoción y patrocinio, Espacios libres de humo, Advertencias sanitarias y Programas para dejar de fumar.¹ En la última comparación internacional disponible del *Tobacco Control Scale* de 2021, España obtuvo una puntuación de 58 puntos sobre 100, bajando de la 10ª a la undécima posición europea (Figura 1).

RANKING 2021 (2019)	COUNTRY	Price (30)	Smoke free places bans (22)	Budget (10)	Ad bans (13)	Health warning (10)	Treatment (10)	Illicit trade (3)	Art 5.3 (2)	Total (100)
1 (3)	▲ Ireland	27	22	1	13	9	8	1	1	82
1 (1)	– UK	27	22	-	12	9	9	2	1	82
3 (2)	▼ France	21	18	3	11	9	6	2	1	71
4 (14)	▲ Netherlands	15	21	3	10	9	6	2	1	67
5 (8)	▲ Hungary	16	21	0	11	9	6	2	-	65
6 (5)	▼ Norway	20	17	1	13	8	3	1	0	63
7 (6)	▼ Finland	17	18	2	13	5	6	1	0	62
8 (4)	▼ Iceland	15	17	8	13	4	4	0	0	61
8 (12)	▲ Romania	18	21	0	8	5	8	1	0	61
10 (10)	– Belgium	14	16	1	10	9	7	2	0	59
11 (10)	▼ Spain	12	21	1	9	5	8	2	0	58
11 (17)	▲ Turkey	15	16	0	8	10	7	2	0	58
13 (29)	▲ Denmark	13	11	-	13	9	8	1	1	56
14 (7)	▼ Israel	16	15	0	10	6	8	0	0	55
14 (13)	▼ Greece	13	22	-	7	5	6	2	0	55
14 (17)	▲ Malta	16	16	0	11	5	5	2	-	55
17 (8)	▼ Slovenia	9	16	-	13	9	6	1	0	54
18 (15)	▼ Italy	13	18	0	9	5	6	1	0	52
18 (29)	▲ Russian Fed.	9	19	0	13	4	6	1	-	52
18 (29)	▲ Lithuania	14	15	1	10	5	5	2	0	52
21 (23)	▲ Czechia	13	15	0	8	5	6	2	0	49
21 (23)	▲ Estonia	13	15	-	11	5	3	2	0	49
21 (23)	▲ Poland	14	11	0	11	5	7	1	0	49
21 (15)	▼ Sweden	11	15	0	9	5	7	2	0	49
21 (17)	▼ Croatia	14	11	0	12	5	5	2	-	49
26 (23)	▼ Latvia	12	13	-	11	5	5	2	0	48
26 (20)	▼ Austria	11	18	0	7	5	5	2	0	48
28 (27)	▼ Cyprus	12	12	0	11	5	5	2	-	47
28 (34)	▲ Lux.	9	16	0	9	5	6	2	0	47
30 (20)	▼ Portugal	14	11	-	10	5	4	2	0	46
30 (32)	▲ Slovakia	11	13	-	9	5	6	2	0	46
30 (20)	▼ Ukraine	12	15	-	11	4	4	0	0	46
33 (27)	▼ Bulgaria	13	11	-	9	5	5	1	0	44
34 (36)	▲ Germany	14	11	0	6	5	5	2	0	43
35 (33)	▼ Serbia	13	11	0	9	1	3	1	0	38
36 (35)	▼ Switzerl. (-1)	12	11	1	2	5	5	0	0	35
37 (new)	Bosnia & Herzegovina	14	4	0	5	0	2	0	0	25

Figura 1. Ranking de 37 países europeos según su puntuación total de Tobacco Control Scale

Sin embargo, desde la nueva Junta Directiva del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) creemos que este año puede representar un año clave para un mejor control del tabaquismo en España. Todas las sociedades y entidades integrantes en el CNPT han de contribuir a revertir la situación, desde las sociedades científicas de medicina, enfermería, fisioterapia, cirugía y otros sanitarios, farmacéuticos, psicólogos, economistas de la salud, las agrupaciones de pacientes y los técnicos en políticas sanitarias.¹ En particular, I@s médic@s y enfermería en Atención Primaria son un estamento clave, pues el sistema sanitario estatal se fundamenta en ellos.

El punto de partida y determinantes del tabaquismo en nuestro medio tiene el siguiente argumentario:

Sigue en la página 11

- ❖ **El consumo de tabaco y nicotina es la principal causa de muerte prematura evitable en España: ocasiona la pérdida de casi 60.000 vidas al año** y un coste humano, familiar y económico ingente. Y no solo debido al consumo de estos productos adictivos sino, también, por estar expuestos al humo ambiental de los mismos.
- ❖ **Para la pandemia del tabaquismo no hay vacuna, pero sí tratamiento y prevención a través de medidas legislativas** encaminadas a proteger a los no fumadores, que constituyen la mayoría de la sociedad, a reducir la prevalencia de consumo, a regular la aparición de nuevos productos de humo y nicotina y a facilitar el proceso de deshabituación tabáquica a todos aquellos que estén dispuestos a liberarse de la adicción tabáquica.
- ❖ Se calcula que **el tabaco provoca un coste sanitario a las arcas públicas que triplica los 9000 millones anuales que recauda Hacienda con los impuestos de su venta.**
Conseguir reducir la prevalencia de tabaquismo a un porcentaje residual a lo largo de la próxima década –además de mejorar notablemente la salud poblacional y evitar muertes– se traduciría en un alivio de la carga de trabajo de nuestro sistema sanitario y en una reducción del sobrecoste que suponen las patologías asociadas.
- ❖ **El 71,8 % de nuestros niños y niñas menores de 12 años respiran humo ambiental del tabaco** tanto en espacios cerrados como abiertos.
- ❖ **España sigue teniendo una de las tasas de consumo de tabaco más altas de la Unión Europea -casi el 20% de la población española de 15 o más años fuma a diario- y con los precios más bajos de los productos del tabaco.** Lamentablemente, **somos el estanco de Europa.**
- ❖ **Impacto de los nuevos productos de consumo de tabaco y nicotina, sobre todo entre los más jóvenes. Los cigarrillos electrónicos y vapeadores** son el “Caballo de Troya” de la industria tabaquera para captar nuevos fumadores y, lejos de reducir riesgos, los multiplican, porque **en más del 60% de los casos se acaba produciendo un consumo dual de cigarrillo electrónico y tabaco de combustión.** Si la edad media del primer contacto con el tabaco convencional está en los 14 años en nuestro país, con estos dispositivos estamos viendo cómo hay chicos y chicas que tienen su primer contacto con la nicotina a los 11 años o incluso antes.
- ❖ **La industria del tabaco busca permanentemente nuevos consumidores y cada vez más jóvenes,** porque es la única manera que tiene de sustituir a los consumidores que fallecen por el consumo de tabaco y, por lo tanto, necesitan renovar constantemente su público para mantener su negocio”.

En España, las leyes antitabaco se han ido fortaleciendo a lo largo de los años para reducir la exposición al humo del tabaco y promover espacios libres de humo. La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, introdujo restricciones significativas al tabaco en espacios públicos cerrados, como centros de trabajo, locales comerciales, transporte público y centros educativos. Posteriormente, la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, modificó la anterior y reforzó las restricciones al fumar en espacios públicos cerrados. También prohibió fumar en áreas infantiles de parques y en los vehículos cuando haya menores de edad presentes.

Sin embargo, ambas leyes han quedado relativamente desfasadas e incluso obsoletas en comparación con nuestros vecinos de la Unión Europea o con los países más avanzados en el control del tabaquismo, como Canadá, Australia o Nueva Zelanda. Las nuevas leyes tienen como objetivo principal proteger más a la población del humo de tabaco de segunda, tercera y cuarta mano y reducir el consumo de tabaco en espacios públicos y lugares de trabajo. Además, adoptan medidas limitantes como la inclusión de advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos y aumentan los impuestos sobre los productos de tabaco para desincentivar su consumo. Es esencial revisar la legislación e incorporar las medidas más avanzadas para proteger a la población y desnormalizar el uso del tabaco en todos los ámbitos de la sociedad. Desde el CNPT reclamamos **un nuevo plan integral de prevención y control del tabaquismo (PIT) y la reforma de la actual ley antitabaco.**

Seguimos sin noticias sobre el nuevo Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (2021-2025), que debería haberse aprobado HACE DOS AÑOS y que debe ser el germen de la reforma de la actual Ley Antitabaco, como partes de un todo que debe reposicionar a España al frente de la lucha contra el mayor problema de salud pública y en el objetivo marcado por la Comisión Europea de reducir la prevalencia del consumo de tabaco por debajo del 10 % en el año 2030. Había un Plan consensuado con el sector sanitario y en cuya elaboración había participado el CNPT, con medidas necesarias para proteger a los no fumadores y ampliar los espacios libres de humo, tabaco y nicotina, pero que fue guardado en un cajón por la ministra Darías y su breve sucesor José Manuel Miñones la pasada legislatura.

Las medidas propuestas por el CNPT se recogen en la **Declaración Endgame Tabaco España 2040**, redactada sobre los retos marcados en la Declaración de Madrid-2018 por la salud y por el avance de la regulación del tabaco en España, y

que fue presentada por unas setenta entidades en noviembre de 2022, con el objetivo de establecer los cimientos de la primera generación sin humo, tabaco y nicotina, y llegar al final de la epidemia tabáquica, que es conocida a nivel internacional como el **Tobacco Endgame**, o final de partida para el tabaco, en el año 2030, para salvar de forma decidida decenas de miles de vidas (Tabla 2).



Sigue en la página 13

Tabla 1. Medidas de la Declaración EndGame Tabaco España 2030

1. **La restricción, a partir de 2030, de la adquisición de tabaco o nuevas formas de consumo a todas aquellas personas nacidas en 2012 y en adelante.**
2. **La consolidación de espacios sin humo de tabaco ni aerosoles/vapores:** una hostelería 100 % sin humos tanto en espacios interiores como exteriores (incluidas las terrazas), espacios deportivos, campus universitarios, los perímetros de seguridad de al menos 10 metros en los accesos a centros educativos y hospitales, accesos a centros comerciales, paradas de autobuses, andenes de medios de transporte, playas y espacios naturales, piscinas, colas y situaciones donde se produzcan aglomeraciones de personas, etc.
3. **Declarar todos los medios de transporte, públicos o privados, libres de humo de tabaco.**
4. **La equiparación legal de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, los productos a base de hierbas para fumar, los productos de tabaco por calentamiento (PTC) y otros productos novedosos para el consumo de tabaco, con los productos tradicionales del tabaco** en términos fiscales (equiparación al alza de los impuestos) y legislativos (idénticas restricciones al consumo, a la comercialización y a las limitaciones a la publicidad, promoción y patrocinio).
5. **La subida de los impuestos del tabaco**, con independencia del producto de tabaco/nicotina o similar de que se trate, para tener una carga impositiva al nivel de los países más desarrollados en cuanto a las políticas de prevención y control del tabaquismo de la Unión Europea, que permita reducir de forma sustancial la accesibilidad y, consecuentemente, el consumo.
6. **Empaquetado genérico:** como ya han implementado 9 países europeos y 18 países en todo el mundo, para reducir el atractivo del producto en la población, especialmente entre la infantil y adolescente, aumentar su percepción de riesgo y disuadir su consumo.
7. **Restringir la venta de cualquier producto del tabaco y similares a las expendedurías de tabaco del Estado. Eliminar** la posibilidad de vender tabaco y nuevas formas de consumo en **máquinas expendedoras, la hostelería, estaciones de servicio y tiendas de conveniencia.**
8. **Reforzar la prohibición de la venta a menores y nuevas formas de consumo**, a través de la obligación de los establecimientos de comprobar la edad de toda persona que vaya a comprar tabaco y/o productos relacionados, así como la labor de inspección y, en su caso, sanción por incumplimiento de esta norma.
9. **Destinar un 2 % de los impuestos especiales del tabaco a prevención y control del tabaquismo**, incluyendo investigación e implementación de intervenciones en grupos en situación de mayor vulnerabilidad.
10. **La reconversión industrial y profesional del sector del tabaco, tanto de la distribución como de los sectores agrícolas regionales afectados** mediante la creación de un fondo para la reconversión y asignación de un programa específico de reciclaje profesional de las personas trabajadoras y empresarias afectadas, con especial atención a las circunstancias territoriales.

La última actualización de ESTUDES,¹ confirma que después del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los alumnos de 14 a 18 años españoles. El 33,4 % de los estudiantes indica que ha fumado tabaco alguna vez en su vida, siendo esta proporción hasta el 27,7 % para el consumo en los últimos 12 meses, y hasta el 21,0 % para el plazo temporal de los últimos 30 días.

Confiamos en que la nueva ministra de Sanidad Dra. Mónica García, y el nuevo Director General de Sanidad Dr. Javier Padilla, por su formación también sanitaria, y sus equipos, tengan mayor sensibilidad e impulsen las medidas que venimos reclamando para volver a situar a nuestro país a la vanguardia de la lucha con el tabaquismo y sus consecuencias.

En la prevención del tabaquismo no caben 17 políticas diferentes en función de cada CC. AA., porque el humo, el tabaco y la nicotina son igual de nocivos en todas partes y estamos hablando del principal problema de salud pública en nuestro país. Por eso pedimos una gobernanza por parte del Gobierno de España, con la ministra de Sanidad y el presidente del Gobierno al frente para establecer una legislación común a todas las CC. AA.

Referencias

- ¹ Tabaco: datos disponibles: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [acceso el 30 de diciembre de 2023]
- ¹ GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021 Jun 19;397(10292):2337-2360. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01169-7. Epub 2021 May 27. PMID: 34051883
- ¹ Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, García-Basteiro AL, Benavides FG, Glenn SD, Krish V, Lazarus JV, Martínez-Raga J, Masana MF, Nieuwenhuijsen MJ, Ortiz A, Sánchez-Niño MD, Serrano-Blanco A, Tortajada-Girbés M, Tyrovolas S, Haro JM, Naghavi M, Murray CJL; Colaboradores de GBD en España; Lista de colaboradores de GBD en España. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. Med Clin (Barc) 2018;151:171-190.
- ¹ The Tobacco Control Scale 2021 in Europe <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf> [acceso el 30 de diciembre de 2023]
- ¹ Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo <https://cnpt.es/> [acceso el 30 de diciembre de 2023]
- ¹ Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf [acceso el 30 de diciembre de 2023]

REDTBS] STOPEPIDEMIAS
RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD **SANIDAD SIN FRONTERAS**

13^a

**Jornada de Actualización
Sociosanitaria (TB-Long COVID)**

Lunes 24 de marzo de 2025

**Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
Plaza de Las Cortes, 11 (3^a planta) Madrid**

*Jornada presencial de acceso libre previa inscripción
en: redtbs@redtbs.org*

Francesca Sánchez Martínez
 Médica adjunta del Servicio de la Unidad
 de Tuberculosis del Hospital del Mar

**¿Por qué perdemos el seguimiento
 de algunos pacientes con
 tuberculosis en... Barcelona?**

Según el último informe publicado por el Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona en 2021¹, la incidencia de tuberculosis en la ciudad había aumentado respecto a 2020 un 6,7 %. Esta tendencia ha seguido creciendo en 2022 y 2023 y parece ralentizarse en 2024 (datos aún no publicados). El mayor aumento de los nuevos casos declarados se ha producido a expensas, sobre todo, de los diagnosticados en Ciutat Vella, donde la incidencia se ha situado en 40,7 casos/100000 hab. con una mayor frecuencia en población inmigrante, que ha alcanzado los 37,6 casos/100 000 hab. El porcentaje de casos con el cribaje de sus contactos realizado también ha aumentado respecto al 2020 cuando cayó por la pandemia de SARS CoV-2. Sin embargo, no se ha llegado todavía a una cifra óptima de recuperación. Estos resultados confirman los peores pronósticos lanzados por los expertos de la OMS a finales de 2020. En aquel momento, el descenso en el número de casos declarados y la caída de los tratamientos prescritos, tanto para la enfermedad como para la infección tuberculosa, llevó a concluir que en los años postpandemia asistiríamos a un efecto rebote con el incremento de casos nuevos favorecido por el retraso diagnóstico y el abandono temporal de las medidas preventivas. No en vano se redirigieron los recursos a la emergencia pandémica, dejando sin atender de forma dirigida, precisamente, a la población que reúne muchos de los factores de riesgo para desarrollar tuberculosis. Durante la pandemia y hasta bien entrado 2023, no se ha recuperado el grueso de las medidas preventivas



que se realizan en Atención Primaria, tales como los exámenes básicos de salud de recién llegados procedentes de zonas endémicas y los cribajes para la admisión en albergues y comedores sociales. En Barcelona, como en otras grandes urbes de todo el mundo, la distribución de los casos incidentes no es homogénea: se localiza en ciertos barrios que suman a la vulnerabilidad social de muchos de sus habitantes, el abuso de tóxicos. Por este motivo, es Ciutat Vella el barrio de Barcelona que, históricamente, presenta más casos y el que más ha contribuido al aumento postpandémico al reunir un porcentaje importante de su población los factores de riesgo mencionados. Respecto al cumplimiento del tratamiento, de las personas que lo iniciaron en 2021, 232 lo habían completado (89,6 %) en el momento de realizar el informe, 11 fallecieron (tasa de letalidad 4,2%), 5 (1,9 %) se trasladaron y 6 (2,3 %) se perdieron de seguimiento. Si consideramos la cohorte de pacientes que iniciaron el tratamiento durante el año 2020, un 85,2 % estaban curados o habían terminado el tratamiento a los 12 meses, siendo este porcentaje en los casos pulmonares bacilíferos

del 80,6 % (el objetivo de la región europea de la OMS se encuentra en el 85 %¹). Sin embargo, los pacientes mayores de 64 años (68,3 %) y las personas sin hogar (66,7 %) presentaron tasas de cumplimiento del tratamiento por debajo del global, porque son los que fallecen y los que se pierden de seguimiento, respectivamente. A pesar de que para las personas sin hogar el programa de tuberculosis de Barcelona dispone de un recurso de TDO tanto en régimen de ingreso como ambulatorio. Las personas con trastorno por abuso de sustancias, si rechazan este recurso, son derivadas a los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) donde reciben, junto con el tratamiento de su adicción (frecuentemente a opioides), el tratamiento de la tuberculosis. Aun así, hay casos irrecuperables para los equipos de TDO y los CAS una vez son dados de alta del hospital o derivados desde el dispositivo sanitario que los haya diagnosticado.

La solicitud de ingreso forzoso (hospitalización terapéutica obligatoria-HTO) es un proceso farragoso y poco eficiente dada la movilidad de estas personas y, en ocasiones, su situación de irregularidad documental o de problemas con la justicia. Los eventuales ingresos en prisión, por delitos acumulados en el contexto del abuso de sustancias, acostumbran a ser la vía definitiva para que algunas de estas personas reciban tratamiento y se curen. En los hospitales se han ido perdiendo las salas de internamiento cerradas donde se ubicaban los pacientes detenidos o privados de libertad y dado que el motivo de fugas y abandonos, tanto en el hospital como en el centro de TDO, suele ser la adicción no controlada. Desde la Unidad de Tuberculosis del Hospital del Mar se ha propuesto una posible solución al problema de la adherencia al tratamiento de los pacientes con problemas de adicciones y salud mental. Esta propuesta sugiere la implementación de un equipo multidisciplinar con infectólogo/internista o neumólogo (según donde se halle ingresado el paciente), psiquiatra y enfermera de salud mental que pueda atender no sólo los problemas orgánicos derivados de la tuberculosis y su

tratamiento, sino también y sobre todo al principio del tratamiento, el abordaje y la prevención del eventual síndrome de abstinencia. Los pacientes con trastornos por abuso de sustancias manifiestan una actitud premonitoria y una excesiva ansiedad ante la posibilidad de la privación de opioides, cocaína y/o tabaco y se muestran desconfiados hacia el personal sanitario, incluidos los especialistas de Adicciones. Consideramos fundamental para no perderlos, consensuar un tratamiento individualizado y una “flexibilización terapéutica” de las medidas de aislamiento. Que se les permita salir acompañados por períodos de tiempo acordados y que dispongan de incentivos educativos y ocupacionales que les motiven a mantenerse abstinentes y les ayuden a entender la gravedad y las implicaciones de una tuberculosis no tratada. Al mismo tiempo se les mostraría que tienen acceso a todos los recursos que necesiten para recuperarse en el menor tiempo posible. Esta iniciativa se ha presentado al Comité de Calidad Asistencial de nuestro centro hace ya más de 6 meses. Aunque todos los convocados a la reunión estuvieron de acuerdo en que es una propuesta realizable en un futuro cercano, el equipo asistencial de la Unidad de Tuberculosis se muestra muy escéptico ante la posibilidad de que vea la luz a corto plazo. En un momento donde la palabra “humanización” ocupa todos los aspectos de la asistencia sanitaria, quienes nos dedicamos a la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, tenemos la sensación de estar lejos de que nuestros pacientes tuberculosos, cuando presentan problemas de adicciones que alteran su comportamiento, tengan acceso a ese tipo de abordaje coordinado, a pesar de que hay muchos profesionales ya implicados en su tratamiento y seguimiento. Es evidente que necesitan mucho más que fármacos antituberculosos para conseguir superar la enfermedad.

Sin el compromiso de los servicios de psiquiatría¹, no sólo como consultores, sino como parte del proceso terapéutico que ayuda al paciente adicto a curarse de la tuberculosis, seguiremos perdiendo ese pequeño, pero epidemiológicamente muy

Sigue en la página 17

relevante, número de pacientes. La atención a las necesidades individuales y a la salud mental de los pacientes tuberculosos más vulnerables es fundamental en el camino hacia la erradicación de la enfermedad. Desde un punto de vista programático, para llegar a niveles de baja incidencia e iniciar la preeliminación de la enfermedad deben incrementarse tanto las actividades de vigilancia y control del Programa de

de Tuberculosis como la coordinación con los profesionales de los servicios asistenciales que tratan a las personas con tuberculosis y a sus contactos.

En la vida real, el abordaje de cada caso debe contar con todos los recursos necesarios para asegurar su curación y la protección de sus contactos y, por extensión, del resto de la comunidad.

Referencias

- 1 Informe sobre la situación de la tuberculosis en Barcelona, 2001. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- 2 OMS Consolidated Guidelines on tuberculosis: Module 4. Treatment of drug-susceptible tuberculosis.
- 3 Monton M et al. Grupo de psicoterapia para pacientes con adicciones hospitalizados durante la pandemia COVID-19. Adicciones 2021, vol 33, nº 4.

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

REDTBS] STOPEPIDEMIAS
RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD **SANIDAD SIN FRONTERAS**

13^a

Jornada de Actualización Sociosanitaria (TB-Long COVID)

Lunes 24 de marzo de 2025

**Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
Plaza de Las Cortes, 11 (3ª planta) Madrid**

Programa

Acto Inaugural

- Mensaje de la Excm. Ministra de Sanidad a la Red TB5-Stop Epidemias**
- Mensaje de la Organización Mundial de la Salud a la Red TB5-Stop Epidemias**
- Homenaje a Federico Mayor Zaragoza**
- Mesa de Prevención en salud en prisiones y en población en situación precaria**
- Mesa de Farmacéuticas: Sostenibilidad, IA, y Agenda 2030**
- Mesa de epidemiología y Long COVID**
- Mesa de Comunicación y Salud**
- Cinefórum Consciente**
- Entrega de los Premios Red TB5-Stop Epidemias Solidari@s 2025**
- Conclusiones de la Jornada**

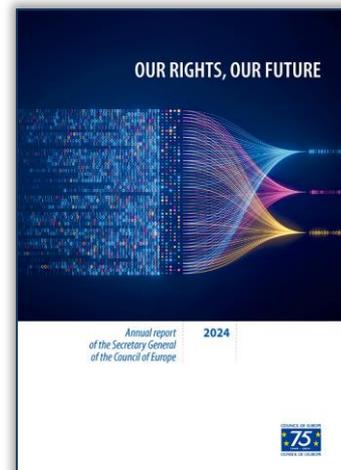
Jornada presencial de acceso libre previa inscripción en: redtbs@redtbs.org

NOTICIAS



El Consejo de Europa propone que se siga un enfoque basado en los Derechos Humanos para la Long COVID

La Asamblea Parlamentaria del **Consejo de Europa** ha reconocido recientemente que la **COVID persistente** afecta un gran número de personas en Europa y el mundo, lo que se traduce en impactos significativos en la salud pública, la economía y la calidad de vida de los afectados. Ello urge, en su opinión, a un abordaje integral de estas patologías y a un planteamiento humanista al respecto.



Destaca también la falta de una definición consensuada, lo cual dificulta un manejo clínico eficaz y políticas adecuadas. Se lamenta que aún no existen soluciones claras para asegurar la recuperación de los pacientes debido a la investigación en sus fases iniciales. La Asamblea también señala el acceso limitado a la atención sanitaria, subrayando la necesidad de inversión en investigación biomédica y fortalecimiento del sistema de salud. Por todo ello, la Asamblea recomienda un enfoque basado en Derechos Humanos, Para ello ha aprobado una **resolución** (versión provisional) basada en un informe de la médica **Carmen Leyte**, que sugiere las siguientes medidas:

- ✚ Asegurar financiación para la investigación
- ✚ Coordinar políticas públicas nacionales
- ✚ Establecer centros de *expertise* multidisciplinares
- ✚ Mejorar la formación médica

También se propone reconocer la **COVID persistente** dentro del marco de la **Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** para garantizar acceso a beneficios sociales. Se recomienda promover políticas flexibles en el trabajo y educación, y fomentar la cooperación internacional contra la enfermedad. Finalmente, se insta a los estados miembros del **Consejo de Europa** que no han ratificado la Carta Social Europea revisada a hacerlo lo antes posible. Cabe recordar que **Asomega**, uno de los integrantes de la **Red TBS-Stop Epidemias**, está integrada en la **Red Española de Investigación en COVID Persistente (REICOP)**. Precisamente **REICOP** tiene el encargo del Instituto de Salud Carlos III de cubrir una de las carencias señaladas por la Comisión Europea: **definición de COVID persistente**.

¿Sabes qué es la COVID persistente o "Long COVID"?

- ✓ Es un **síndrome** que se caracteriza por la persistencia de síntomas de COVID-19 semanas o meses después de la infección inicial, o por la aparición de los síntomas tras un tiempo sin ellos.
- ✓ Su aparición no está relacionada con la gravedad de la infección inicial, por lo que puede afectar tanto a pacientes leves como a graves hospitalizados.

Afecta a personas de cualquier edad, aunque parece más frecuente en edad media y en mujeres.
Produce un elevado impacto en la calidad de vida, ámbito laboral y social.

Aproximadamente 1 de cada 5 personas tiene algún síntoma tras 5 semanas de la infección

Aproximadamente 1 de cada 10 personas tiene algún síntoma tras 12 semanas de la infección

Se ha descrito un **gran número** de síntomas asociados a la COVID persistente

<p>Generales Cansancio, malestar general, dolor muscular y articular, mareos, fiebre, trastornos del sueño</p> <p>Respiratorios Tos, sensación de falta de aire</p> <p>Digestivos Diarrea, pérdida de apetito, dolor de estómago</p> <p>Dermatológicos Erupciones, caída del pelo, debilidad en las uñas</p>	<p>Neurológicos Dolor de cabeza, "niebla mental", dificultad para concentrarse, pérdida de gusto y olfato, parestias y alteraciones del estado de ánimo.</p> <p>Oídos, ojos, garganta Dificultad para tragar, pitidos en los oídos, ojos secos o conjuntivitis.</p> <p>Cardiovasculares Palpitaciones, cambios de la tensión arterial</p>	<p>Los síntomas pueden:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Fluctuar o persistir en el tiempo → Empeorar con el esfuerzo físico y mental → Provocar limitación de la capacidad funcional
--	--	--

Si tienes alguno de estos síntomas de manera prolongada tras el diagnóstico o la sospecha de haber pasado la COVID-19 puedes consultar con tu médico/a de Atención Primaria

Consulta fuentes oficiales para informarte
www.mscb.gob.es @samadgob 12 Marzo 2021

Según el **Ministerio de Sanidad** la **COVID persistente** es un síndrome que se caracteriza por la persistencia de síntomas de COVID-19 semanas o meses después de la infección inicial, o por la aparición de los síntomas tras un tiempo sin ellos. Su aparición no está relacionada con la gravedad de la infección inicial, por lo que puede afectar tanto a pacientes leves como a graves hospitalizados.

Juan José Palacios Gutiérrez

Jefe de la Unidad Referencia Regional de Micobacterias. AGC Laboratorio de Medicina, Área Microbiología Hospital Universitario Central de Asturias

Nuevos escenarios en el diagnóstico y manejo de la tuberculosis

Es difícil de comprender que la tuberculosis, una enfermedad prevenible y curable, sea en la actualidad la enfermedad infecciosa más mortífera a nivel mundial. La tuberculosis es una pandemia, y representa una amenaza para la salud global. Las cifras recogidas en el último informe de la OMS “*Global tuberculosis report 2024*” corroboran estas afirmaciones. En el año 2023 enfermaron de tuberculosis 10,8 millones de personas en el mundo y 1,25 millones murieron por la misma -la tuberculosis mata una persona cada 25 segundos-. Además, se estima que unas 400 000 personas desarrollaron una tuberculosis multirresistente (MDR/RR-TB, resistente a los fármacos habituales).

El diagnóstico microbiológico “clásico” de la tuberculosis incluye: el examen microscópico de las muestras clínicas; el cultivo de estas; la identificación a nivel de género y especie; y la realización de las pruebas de sensibilidad a fármacos. El desarrollo y comercialización de tecnología diagnóstica basada en la amplificación de ácidos nucleicos empleando la reacción en cadena de la polimerasa “*Polymerase Chain Reaction*”-PCR-, convertida en “estrella mediática” durante la pasada pandemia de la COVID-19, supuso un salto cualitativo. Generar en el laboratorio copias del ADN del microorganismo diana presente en las muestras clínicas hasta un nivel en el que sea fácilmente detectable. En el terreno práctico, estos avances llevaron a que en el año 2010 dispusiéramos de una tecnología que la OMS calificó como el mayor avance para el diagnóstico de la TB: el “Xpert[®] MTB-RIF”. Un



dispositivo compacto de uso individualizado que, con un procesamiento previo mínimo, permitía detectar en poco más de hora y media la presencia de ADN de *M. tuberculosis* y, simultáneamente, de resistencia o no a la rifampicina. Actualmente la oferta comercial se ha diversificado. Disponemos de nuevas versiones de este sistema, así como de diferentes plataformas comerciales que nos permiten confirmar/descartar tuberculosis y resistencias a fármacos de primera y segunda línea directamente en la muestra clínica. En 2021, la OMS publicó el documento “*Rapid diagnostic for tuberculosis detections*” en el que se instaba a los laboratorios a incorporar las técnicas rápidas, y en 2023 otro “*Universal access to rapid tuberculosis diagnostics*” en el que se reivindicaba el acceso universal a todas ellas.

Los retos actuales están focalizados en poder confirmar el diagnóstico de tuberculosis sin necesidad de tener que recurrir a las muestras de esputo o a muestras tomadas con procedimientos invasivos. Alcanzar un diagnóstico confirmatorio de tuberculosis a partir de muestras de orina, sangre capilar, exudado lingual, aliento, heces, etc.

Sigue en la página 20

En este sentido, la nanotecnología está revolucionando el diagnóstico médico. Los nanosensores pueden detectar patógenos, proteínas, y otras biomoléculas a concentraciones extremadamente bajas, lo que nos permitirá disponer de diagnósticos rápidos, precisos, y mínimamente invasivos. Algunos dispositivos todavía no han pasado de ser prototipos en diferentes fases de desarrollo, pero algunos ya son una realidad como: 1) La detección de Lipoarabinomano (LAM) en orina. Es un lipopolisacárido de la pared celular de *M. tuberculosis* vinculado a patogenicidad. Para su detección se utiliza un dispositivo simple de inmunocromatografía. 2) Los perfiles de expresión génica en muestras de sangre periférica. Esta tecnología mide la funcionalidad de los genes. Tras estudiar e identificar asociaciones de algunos genes con la tuberculosis, pueden ser utilizados como dianas para realizar el diagnóstico, para medir la respuesta al tratamiento, o para establecer niveles de riesgo de padecer la enfermedad. 3) La secuenciación de nueva generación -NGS- "*Next Generation Sequencing*". Es un término genérico que engloba a diferentes técnicas para secuenciar el ADN. La secuenciación dirigida es una de ellas, se focaliza en regiones de interés del genoma diana, lo que simplifica el procesamiento de muestras. Resulta apropiado catalogarla como una herramienta diagnóstica multifunción (identificación+detección molecular de resistencias+genotipo). Los macrodatos "*big data*" juegan un papel fundamental. El análisis e interpretación de grandes volúmenes de datos (inteligencia artificial, aprendizaje automático "*machine learning*") harán más precisa toda esta tecnología.

Todos estos avances están transformando -deberían transformar- el diagnóstico de la tuberculosis. Además, considero que, en el contexto de las alertas sanitarias, las nuevas técnicas diagnósticas de la tuberculosis resultan imprescindibles. Deberían ser tenidas en cuenta

tanto para actualizar la definición de caso como para la notificación rápida de los casos de TB multirresistente (MDR/RR-TB, preXDR-TB).

En cuanto al diagnóstico de la infección tuberculosa latente-ITL-, además de la prueba de la tuberculina contamos con los IGRA -acrónimo de "*Interferon Gamma Release Assay*"- ensayos que miden la liberación de interferón gamma en muestras de sangre periférica en respuesta al estímulo con antígenos tuberculosos específicos. Los linfocitos de las personas infectadas reconocerán esos antígenos. Los IGRA ofrecen resultados "objetivos", incorporan controles positivos y negativos, y tienen una elevada especificidad demostrada en numerosos estudios. Aunque no son "herramientas perfectas", aproximadamente un 10% de enfermos de tuberculosis son IGRA-negativo de forma persistente. Tampoco permiten predecir niveles de riesgo de progresión a enfermedad de los pacientes con ITL. Pero, sin duda, son técnicas "muy robustas" tanto para el diagnóstico/control de ITL en pacientes inmunodeprimidos y/o candidatos a terapias biológicas -dado el riesgo incrementado de desarrollar tuberculosis que tienen estos pacientes-, como para llevar a cabo estudios de contactos "masivos" cuando están implicados colectivos: entornos laborales, lúdicos... Recientemente, de cara al manejo clínico de los pacientes, se ha propuesto considerar dos estadios intermedios entre ITL y enfermedad activa: la "*infección tuberculosa incipiente*" y la "*enfermedad tuberculosa subclínica*".

Para el control de la tuberculosis -en ausencia de una vacuna eficaz- existen dos tipos de escenarios: el de los países con alta incidencia y bajos recursos económicos; y el de los países con baja incidencia y recursos económicos medios o altos. En los primeros, la prioridad es muy evidente: poder diagnosticar y tratar a los enfermos, para reducir las tasas de incidencia a niveles "manejables". Es necesario facilitarles el acceso a las nuevas tecnologías diagnósticas y a las medicinas, y para ello resulta imprescindible contar con la solidaridad

internacional. En los segundos, además de diagnosticar y tratar a los enfermos, sería factible implementar estrategias dirigidas a identificar -mediante técnicas de genotipado- las cadenas de transmisión vinculadas con la cepa responsable de cada caso particular. Esta información permite dimensionar de manera objetiva la amplitud de los estudios de contactos (búsqueda de infectados), con relación al impacto de cada cepa en un área determinada a lo largo del tiempo. Para ello resulta imprescindible la epidemiología molecular. En Asturias llevamos más de dos décadas trabajando en este campo. Eso nos ha permitido revelar agrupaciones de casos “clusters”, identificar cepas prevalentes, y monitorizar su evolución a lo largo del tiempo. Las herramientas moleculares que empleamos -de menor a mayor poder discriminativo- son: *Spoligotyping*, RFLP-IS6110, MIRU-VNTR y WGS. Las cepas con patrones diferentes por *Spoligotyping* también son diferentes por las herramientas más discriminativas, mientras que las que tienen patrones iguales pueden finalmente resultar idénticas, o más o menos diferentes por las otras técnicas. Identificamos 431 genotipos diferentes entre los 2515 casos de tuberculosis estudiados. 253 genotipos se correspondían con patrones únicos o huérfanos (no compartidos por ningún otro paciente, y todos ellos patrones diferentes entre sí), que en conjunto implicaban al 10 % de pacientes. Los 178 genotipos restantes formaban *clusters* de diferente tamaño que aglutinaban a 2262 pacientes (90 % del total). Entre todas las cepas identificadas, 8 eran las responsables de más de la mitad de los casos de tuberculosis (1275 pacientes), mientras que las otras 423 se repartían entre los 1240 pacientes restantes. Como ocurre con los pacientes, no todas las cepas son iguales. Las dinámicas reveladas durante dos décadas en Asturias, creo que deberían llevarnos a replantear la estrategia a seguir en los estudios de contactos. Disponemos de herramientas para “dimensionar” de manera objetiva la amplitud de

los mismos. El estudio convencional de contactos se centra exclusivamente en el riesgo potencial que representa el paciente bacilífero y en el tiempo de contacto de los convivientes con él. El estudio sería de contactos dimensionado por el genotipo identificado en cada caso particular, se centraría en el riesgo potencial que representa un determinado genotipo de acuerdo con el impacto en un área geográfica -número de casos a lo largo del tiempo-, lo que sin duda implicará superar los límites marcados en la estrategia de los círculos concéntricos.

Un mismo problema: Diferentes contextos. Diferentes soluciones. Diferentes abordajes. Sin olvidar el coste en vidas humanas que supone esta enfermedad en muchas partes del mundo. El coste económico de la tecnología diagnóstica es muy inferior al del coste medio de cada caso de tuberculosis.

Referencias BIBLIOGRAFÍA

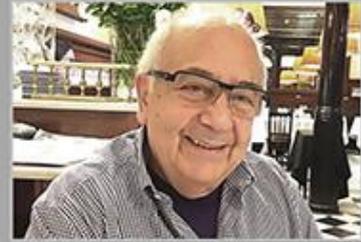
- Global tuberculosis report 2024*. Geneva: World Health Organization; 2024
- WHO Consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis, «Rapid diagnostic for tuberculosis detections» 2021 update*. World Health Organization 2021
- WHO Standard: «Universal access to rapid tuberculosis diagnostics»*. World Health Organization 2023
- Ruvandhi R. et al. *Reimagining the status quo: How close are we to rapid sputum-free tuberculosis diagnostics for all?* EBioMedicine 2022, 78:103939
- Tobias Broger, et al. *Novel lipoarabinomannan point-of-care tuberculosis test for people with HIV: a diagnostic accuracy study*. Lancet Infect Dis 2019, 19:852-861
- Jayne S Sutherland, et al. *Diagnostic Accuracy of the Cepheid 3-gene Host Response Fingerstick Blood Test in a Prospective, Multi-site Study: Interim Results*. Clin Infect Dis 2022, 74(12):2136/41
- Sagal Mohamed, et al. *Targeted next-generation sequencing: a Swiss army knife for mycobacterial diagnostics?* Eur. Resp J 2021, 57: 2004077
- Madhukar Pai, et al. *Transforming tuberculosis diagnosis*. Nat Microbiol 2023, 8(5):756-759
- Paul K Drain, et al. *Incipient and Subclinical Tuberculosis: a Clinical Review of Early Stages and Progression of Infection*. Clin Microbiol Rev 2018, 31(4): e00021-18

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



David de la Rosa Carrillo es licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de la Laguna de Tenerife (1994) y especialista vía MIR en Neumología en el Hospital Vall d'Hebron (1998-2002). Neumólogo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, 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.

Marta Mas Espejo es directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española, que depende de Cruz Roja Española y académicamente de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Fue Profesora Agregada de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Es profesora titular, a tiempo completo, de la Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja Madrid (UAM).



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.

REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD

SANIDAD SIN FRONTERAS

Memorias y Newsletter son publicaciones de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Edición 52 y 82 - 15.02.25

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) - Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia
Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – 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 – Centro de Atención de Adicciones La Latina
Colegio 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 – Médicos del Mundo Illes Balears – NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping – Publimas Digital
IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria – Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) – 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



SANDOZ



Consejo Institucional

Dr. Tomás Cobo Castro
Dra. Pilar Rodríguez Ledo
Dr. David de la Rosa Carrillo
Prof.ª Fátima Cabello Sanabria

Comité Asesor

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Dra. Pilar de Lucas Ramos
Dr. Benjamín Abarca Buján
Dr. Serafín Romero Agüit
Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma
Dr. Francisco García del Río

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
Prof.ª Marta Mas Espejo
Dr. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
Dra. Carmen Martín Muñoz

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

www.redtbs.org