

REDTBS
STOP EPIDEMIAS

Editorial
Infodemia

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
Newsletter RedTBSinforma n° 46 - Memorias de la COVID-19 n° 16
Edición de La Pandemia en las Américas - 26 de marzo de 2021



SUMARIO

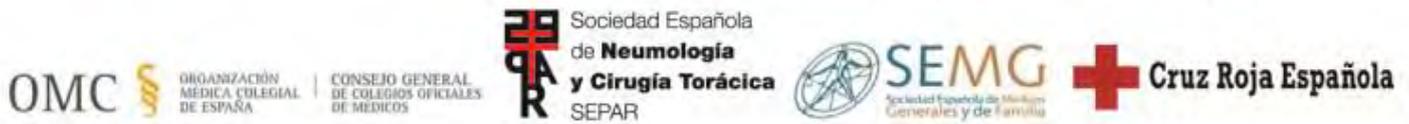
“Cambia, todo cambia” dice el estribillo de la canción que magistralmente cantaba Mercedes Sosa. Empezaba así: “Cambia lo superficial/Cambia también lo profundo/Cambia el modo de pensar/Cambia todo en este mundo”. Y ciertamente, especialmente en el último año vivido todo ha cambiado, vale preguntarse si como enuncia la letra: “Que yo cambie no es extraño”.

Todo esto viene a colación porque la pandemia ha alterado el juego social y personal al que estábamos acostumbrados y much@s aún no nos hemos habituado a ello. No es que las cosas se hayan vuelto más serias y dramáticas (indudable que lo son para las personas que se quedaron sin trabajo o viven en el umbral de la pobreza o han perdido un familiar o amigo a consecuencia de la COVID-19), sino que han aflorado los extremos más contradictorios del ser humano y de la sociedad. Para simplificar los esquematizaremos en *el ser solidario* y *el ser mezquino*. En las situaciones límite como la actual es cuando aparece el verdadero sentido de responsabilidad, la debilidad de algunos o valentía de otros. Por lo visto la cohesión social de los ciudadanos es más fuerte de lo que se pensaba a pesar de los irresponsables de siempre. Léase: el incumplimiento de las normas sanitarias, los fiesteros de siempre o los que se van de botellón. No obstante, la gran mayoría ayuda para que la sociedad siga funcionando a pesar de la pandemia. Simplificando, una manera fácil de medir la responsabilidad de cada uno es observar cuánta gente que va por la calle lleva mascarilla, ya sean viandantes responsables, deportistas urbanos o los imprevisibles ciclistas desacomplejados; simple, pero es una manera de clasificar los dos esquemas a los que nos referimos.

Editorial	1
Mapa mundial del coronavirus al instante	5
Mapa mundial de vacunación COVAX	
Carta abierta a las Américas	7
Tomás Cobo Castro Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Vicepresidente de la Unión Europea de Médicos Especialistas	
Consejo Editorial	8
Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1	10
Promover un vínculo entre política pública y acciones basadas en la comunidad	11
Willy Morose MPH. Coordonnateur National. Programme Tuberculose. Haïti	
9ª Jornada de Actualización: TB y COVID-19	16
Tiempo y Libertad	15
Natalia Gras Médica de familia. Hospital San Miguel. San Salvador. Entre Ríos. Argentina	
2020 - Un año difícil	17
Mark Cohen Todd Presidente del Foro de Sociedades Respiratorias Internacionales. Expresidente de la Asociación Latinoamericana de Tórax. Guatemala	
Detrás de la mirada	19
Juana Samper Ospina Periodista y escritora. Corresponsal en España de El Tiempo. Colombia	
¿Cuánta COVID-19 queremos? 2020, 2021	21
Joan Artur Caylà Buqueras Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. España	

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





Por otra parte, suponemos que las personas más informadas son más conscientes de lo que sucede y tienen un juicio de valor al que acogerse. Deberían ser más responsables aún que el común de las personas porque si no lo hacen, decepcionan a pesar del conocimiento que tienen. Y si precisamos a quién nos referimos podemos centrarnos en los portavoces del sentido común que saben (se supone) cómo lidiar con esta pandemia o al menos de qué manera hacer lo correcto.

L@s polític@s, por poner un ejemplo, deberían ser guías de la sociedad ya que por propia iniciativa se ubican en un terreno que los obliga a ello. Liderar tiene su coste y sus beneficios y entre estos últimos está el espacio que adquieren, la capacidad diaria de sus actos sobre los que no tenemos más poder que el de elegirlos cada cuatro años. No obstante, es el juego al que nos obliga la democracia con la ilusión de que el buen hacer prevalezca sobre las ambiciones personales. No es por exagerar, pero, aunque con responsabilidad y haciéndonos cargo de ello, tod@s estamos cansados de esta maldita pandemia y exigimos que la administración (los políticos de turno) actúe con eficacia y rapidez. En cambio advertimos que en vez de promoverse el orden institucional, la seguridad y la esperanza, la mayoría de l@s polític@s se pasan el día discutiendo en los parlamentos sobre la exigua o inmensurable inmortalidad de los cangrejos; este procesar discursivo termina siendo un despropósito administrativo y una ofensa explícita a la población, en especial a los llamados “esenciales” que van desde el personal sanitario hasta los responsables de la seguridad, pasando por los trabajadores indispensables para que sigamos existiendo como una comunidad constituida. Claro que hay organizaciones que trabajan en ese sentido: Cruz Roja, Cáritas... y tantas otras, pero no debemos olvidar que son un refuerzo, aunque hoy por su capacidad de alcance, parecieran ser el motor que mueve la solidaridad social. Y peor aún resulta cuando a esta inquietud sobre quienes nos dirigen se suma el cuarto poder que no tiene en cuenta que pueden llegar a ser voceros e incentivar la alarma social. Que el lenguaje puede ser muy pernicioso cuando se usa desaprensivamente o de mala fe. Hoy por hoy y generalizando, pareciera que los medios de comunicación están más preocupados por competir entre ellos, por ver

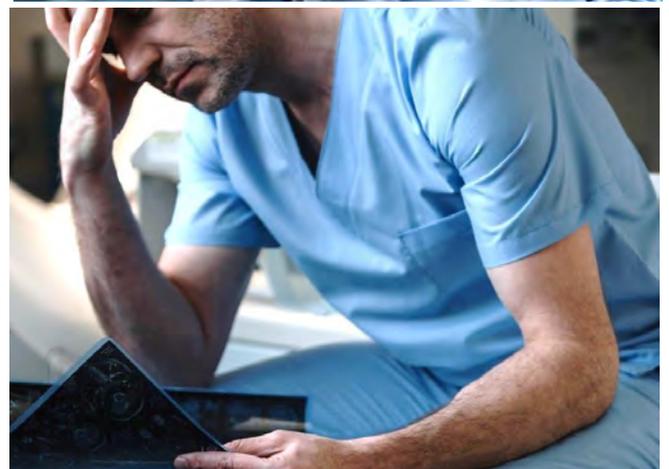
Sigue en página 4

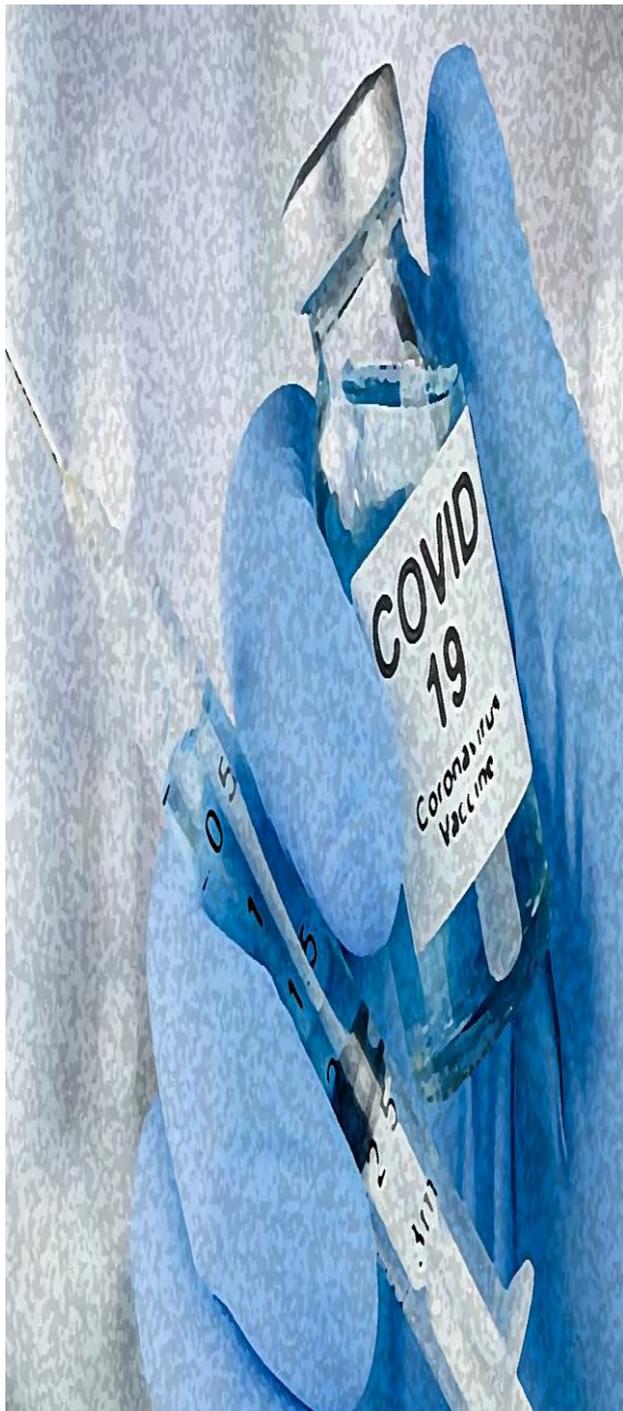
quien vende más ejemplares o tiene más audiencia televisiva, y ser los que más facturan convirtiendo la información en un espectáculo que cuando no agobia, ofende. Por ejemplo, los programas de noticias deberían sencillamente atenerse a la rigurosidad y ética periodística. Las noticias diarias que se emiten por televisión se han vuelto monotemáticas desde que tenemos pandemia y nos machacan con frías estadísticas, o cuando no con dudosos consejos de expertos, comentarios de habituales tertulianos que saben de todo y que agobian o entretienen según parezca, pero no conciencian; y todo ello sin entrar a considerar los bulos que circulan por todas partes, en especial las redes sociales. Es normal que muchos profesionales de la salud estén preocupados por la salud mental de l@s ciudadan@s tras un confinamiento que se ha hecho interminable al tiempo en que se asiste a diario a una saturación informativa que pareciera pretender extenuarnos más que mantenernos informados.

Esta reflexión viene a tenor de la desilusión, de la sorpresa que nos produce que algunos medios de comunicación considerados serios hayan caído (esperemos que solo haya sido un exceso verbal momentáneo) en el amarillismo. Vamos al ejemplo: nadie duda de que el diario El País es uno de los medios más serios de nuestro (valga la redundancia) país. También gozan de buena fama muchos otros medios matutinos de prensa impresa o digital que sin dudarlo son muy trascendentes a nivel nacional y local. Solo elegimos éste periódico porque nos ha puesto el cuestionamiento en bandeja. El domingo 21 de marzo, tras que el viernes 19 la Agencia Europea del Medicamento publicara un comunicado tranquilizador informando de que la vacuna de AstraZeneca es “una opción segura y efectiva contra la COVID-19”, y añadiendo que, “los beneficios siguen superando al riesgo de efectos secundarios...”, este periódico titula un par de días después del anuncio de la EMA, en un momento social en que las vacunas son la gran esperanza de la población mundial para acabar con la pandemia, en portada y a tres columnas un titular que dice: *“El fiasco de AstraZeneca pone en peligro el éxito de la vacunación en la UE”*.

Objetivas o subjetivas, hay palabras que en la portada de un periódico inducen, alarman, proyectan quizá lo que no es. Y la palabra “fiasco”, en este contexto, nos chirría.

Sigue en página 5





Este editorial no pretende defender a una farmacéutica, puesto que además no conocemos sus datos operativos como al parecer el periódico sí conoce. Sino que vamos exclusivamente al titular de la portada con una reflexión. El lenguaje puede ser arma de doble filo cuando una sociedad está pendiente de ciertos aspectos (como en este caso lo está y mucho) en los que le va la vida y cuando, además, el negacionismo campa a sus anchas vaya a saberse por qué. La responsabilidad de los medios de comunicación es informar de una manera clara, accesible, veraz, sin dobleces y, tal vez, exagerando un poco la nobleza de su tarea: ayudar al lector a comprender claramente cuál es la prioridad de este momento y que sin duda es la necesidad de vacunarse cuanto antes.

Sabemos que El País es un periódico que tiene un código ético entre cuyos principios dice que: “El diario se esfuerza por presentar diariamente una información veraz, lo más completa posible, interesante, actual, y de alta calidad, de manera que ayude al lector a entender una realidad y formarse su propio criterio”; por lo que nosotros creemos que usar *fiasco* en este caso como titular de portada es más que un sustantivo crítico debido al contexto social en el que vivimos. El País es un medio prestigioso que tiene un alto nivel cualitativo por la profesionalidad de sus periodistas y creemos, aunque el contenido del artículo no sea tal, que su titular de portada no ayuda a la confianza que nos está faltando para vacunarnos y superar la pandemia.

En resumen, sería útil que la motivación sea positiva y que la necesidad de vacunarse con cualquiera de las vacunas que se están aplicando y que están aprobadas por la EMA sea labor de todos los que de alguna manera tenemos la posibilidad de comunicarnos.

MB

Memorias de la COVID-19 se ha puesto en contacto con el periódico El País con el fin de recabar su opinión respecto a la crítica que haríamos a su titular de portada y ha declinado hacer declaraciones oficiales a ese respecto, si bien nos matizaron en conversación informal que se publicó ese titular para reflejar la desilusión en las esperanzas de la Unión Europea debido a los retrasos en la producción y distribución de la vacuna.

También contactamos con AstraZeneca que, si bien no respondió a nuestra pregunta sobre su capacidad de abastecimiento de la vacuna, nos manifestaron que desde el inicio de la pandemia se comprometieron para ayudar a derrotar el virus. Y exponen que: “Hemos firmado muchos acuerdos en todo el mundo para garantizar que el acceso a la vacuna sea asequible y equitativo. AstraZeneca fue la primera compañía farmacéutica global en unirse a COVAX en junio de 2020”. Y agregan: “La vacuna se suministrará sin ánimo de lucro durante la pandemia y estará a disposición de los países de baja renta sin ánimo de lucro a perpetuidad”.

Enlace a mapa de la evolución mundial de coronavirus



Países que vacunen al 60/70 % de su población



DATOS en la RED

Coste estimado de las vacunas contra el SARS-CoV-2 (por dosis)

COVID-19	Moderna	mRNA-1273	EE. UU.	31,00 €
COVID-19	Sinovac	Coronovac	China	25,00 €
COVID-19	Pfizer-BioNTech	BNT162b2	EE. UU.- Alemania:	17,00 €
COVID-19	Centro Nacional Gamaleva	Sputnik V	Rusia	8,00 €
COVID-19	Johnson & Johnson	JNJ-78436735)	EE.UU.	8,00 €
COVID-19	Oxford y AstraZeneca	AZD1222	Gran Bretaña-Suecia:	3,00 €

30 países de América Latina y el Caribe recibirán (hasta el momento) 26.000.000 de vacunas de **COVAX** Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, para su distribución global y equitativa según la población a realizar en los próximos meses de las cuales según esta lista se han asignado hasta el momento 25.678.000

País	Dosis	País	Dosis
Argentina	1.900.000	Honduras	424.000
Bolivia	672.000	México	5.500.000 (financiación propia)
Brasil	9.100.000 (financiación propia)	Nicaragua	432.000
Colombia	2.610.000 (ya recibió 120.000)	Panamá	184.000
Costa Rica	218.000	Paraguay	304.000
Chile	818.000	Perú	1.200.000
Cuba	----- (no participa)	República Dominicana	463.000
Ecuador	756.000	Uruguay	148.000
El Salvador	225.000	Venezuela	----- (sin datos)
Guatemala	724.000		

Los países que cumplen con los requisitos para recibir las vacunas gratuitas, no se detallan por falta de datos. La lista es actualizada a medida que aumenta la producción de vacunas hasta el 30 de mayo. Los envíos dependen de las reglamentaciones nacionales, disponibilidad de suministro, y los criterios nacionales de cada país, los acuerdos de indemnización y responsabilidad, las autorizaciones de exportación-importación... entre otras disposiciones legales.

Carta abierta a las Américas

Hace más de un año, con la irrupción de una emergencia sanitaria a la que no nos habíamos enfrentado antes, y que ha llevado a la humanidad al borde del abismo, todos los médicos y todas las médicas del mundo afrontamos un cambio de paradigma. Más concretamente, desde marzo de 2020 -fecha exacta en la que la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia a la COVID19-, los profesionales sanitarios hacemos frente a jornadas física y mentalmente agotadoras con los únicos objetivos de salvar vidas y cumplir con nuestro mayor compromiso: ayudar a los pacientes.



La de la vacuna contra la COVID-19: necesidad mundial y obligación ética

Indiscutiblemente, partimos de un escenario en el que no todos los sistemas de salud en el mundo están preparados de igual manera ni tienen la misma fortaleza. De igual modo, la COVID-19 es un problema global, por lo que es imprescindible que el proceso de vacunación se aborde desde una perspectiva de conjunto, un prisma de justicia y bajo el principio de equidad.

Desde el Consejo General de Colegios de Médicos de España, CGCOM, sentimos una gran preocupación por la distribución irregular de vacunas que existe entre países ricos y países en desarrollo. Las diferencias en el acceso a las vacunas contribuyen a mantener viva la tragedia de la desigualdad. Por ello hemos instado a las organizaciones y autoridades internacionales competentes a que trabajen en la elaboración de un plan mundial de inmunización y que impulsen su adecuada y suficiente financiación. El reparto equitativo es especialmente importante en el ámbito de las vacunas dado que, si se utilizan de forma correcta y equilibrada, su efecto puede ayudar a detener la fase aguda de la pandemia y, de este modo, abre la posibilidad de reconstrucción de nuestras sociedades y economías.

Los principios de asignación deben centrarse, explícitamente, en los efectos sanitarios, directos e indirectos, de la COVID-19. Los primeros, implican la muerte y la discapacidad (total o parcial) causada por el virus; mientras que los segundos suponen la muerte y la discapacidad (total o parcial) causada por la respuesta social al virus. Por lo tanto, ayudar a los países en la producción, distribución y consumo de vacunas determinará el éxito de cualquier estrategia de inmunización.

Como presidente de la organización que representa a la profesión médica española y que está adscrita a distintas asociaciones médicas internacionales, como la Asociación Médica Mundial o la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, CONFEMEL, trabajaré en esta línea para garantizar que todos los sanitarios y ciudadanos del mundo tengan un acceso justo a esta vacuna. Además de encontrar su justificación en los valores enumerados anteriormente, es la estrategia más inteligente para acabar con un virus que no entiende de raza, sexo o fronteras.

TOMÁS COBO CASTRO

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
Vicepresidente de la Unión Europea de Médicos Especialistas

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 profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Es jefe de grupo de investigación del IdiPAZ y del CIBER de Enfermedades respiratorias, y presidente electo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Carmen Martín Muñoz es Directora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. MBA por el Instituto de Empresa de Madrid y cursos de especialización en gestión clínica y sanitaria. Ha desarrollado su trayectoria profesional tanto en la Administración Sanitaria Pública como Entidades Sanitarias Privadas.



José Antonio Caminero Luna es neumólogo en el Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín, y profesor titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Comité Luz Verde de la Organización Mundial de la Salud y Responsable de la Unidad de Tuberculosis Multi-Resistente de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (*The Union*).

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



CONSEJO EDITORIAL



Joan Artur Caylà Buqueras es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, y presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Investigador principal de diversos proyectos sobre TB, VIH / SIDA, hepatitis... Fue Jefe del Servicio de Epidemiología Agència de Salut Pública de Barcelona e impulsor de la UITB.

Eva García Perea es Diplomada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid, y Doctora Cum Laude, por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Representante de la Comisión Interterritorial de la Conferencia de Decanos de Enfermería y Representante de Universidades Públicas y Privadas del movimiento *Nursing Now*. Es directora y profesora del Grado y Posgrado del departamento de Enfermería de la UAM.



Joan B. Soriano es Doctor en Epidemiología, Salud Pública y Metodología de la Investigación de la UAB y epidemiólogo en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. *Master of Science* en la Universidad Erasmus, Rotterdam. Estancia postdoctoral en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins. Editor asociado de *European Respiratory Journal* y *Lancet Respiratory Medicine*. *Senior Consultant COVID-19 Clinical Management Team, Health Emergency Programme, OMS, Ginebra.*

CONSEJO de REDACCIÓN

Francisco Javier García Pérez es médico adjunto y responsable de la Unidad de Tuberculosis del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. Fue el coordinador del Área de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Realiza continuamente giras por España con la campaña Cinefórum Solidario de la Red TBS-Stop Epidemias, de la que es su secretario general.



Anna Borau Miñarro es Licenciada en Ciencias de la Información por la Universidad Autónoma de Barcelona. Como periodista está especializada en el ámbito sociosanitario y es Responsable de la Comunicación de la Red TBS-Stop Epidemias desde el inicio de esta campaña de prevención.



Edición impresa con los relatos publicados en la revista en 2020.

87 profesionales que nos cuentan su experiencia personal durante la epidemia a lo largo de 312 páginas, en una obra con una tirada inicial de 10 000 ejemplares. El libro es gratuito y se puede solicitar enviando tus datos personales (nombre y apellido, profesión, dirección postal, teléfono y correo) a: redtbs@redtbs.org // Quien lo solicite debe asumir el coste del envío a través del servicio de mensajería que prefiera.



WILLY MOROSE

MPH. Coordonnateur National.
Programme Tuberculose.
Haiti



Promover un vínculo entre política pública y acciones basadas en la comunidad

La tuberculosis ha sido hasta ahora un importante problema de salud pública en Haití. Con el fin de acelerar su eliminación en el país, se han diseñado y planificado diversas intervenciones para ser implementadas. Sin embargo, con la inestabilidad política, las actividades planificadas no podían llevarse a cabo en las zonas de alto riesgo donde vive una gran parte de la población. A esto se suma la aparición de la COVID-19 que ha llevado a una disminución sustancial de las pruebas de tuberculosis pasando de 13 385 casos en 2019 a 11 500 casos en 2020. Es en este contexto tan difícil la COVID-19 afectó a muchas personas y el temor a ser infectado aumentó el miedo y muchos

no se presentaron en instituciones de salud. De hecho, es una situación de salud excepcional inducida por el coronavirus que ha afectado hoy en día a casi todos los continentes y también a todos los países del mundo, incluido Haití.

Desde el anuncio del descubrimiento de los primeros casos de COVID-19 en China y especialmente en la República Dominicana nuestro vecino, una gran parte de la población haitiana se negó a entender que la enfermedad realmente existe y podría entrar en el país. A pesar de la información emitida por la autoridad sanitaria, la población tardó en aceptar e implementar medidas preventivas. A fin de controlar adecuadamente la transmisión debe decirse que los medios de diagnóstico disponibles para el país eran limitados. La fragilidad del sistema sanitario alimentó la idea de que la COVID-19 no golpearía a Haití a la manera de los principales países occidentales.

Además, la información sobre los daños causados por LA COVID-19 en la República Dominicana, Brasil, Estados Unidos, España e Italia en comparación con lo que estaba sucediendo en Haití animó a la gente a creer que la COVID-19 ni siquiera estaba en el país, argumentando que si la enfermedad estuviera allí, uno debería tener muchos más casos en comparación con las estadísticas publicadas diariamente por el Ministerio de Salud.

La insistencia de las autoridades sanitarias en sensibilizar a la población sobre el peligro que representa la epidemia ha llevado a una conciencia tardía y aumentar la provisión de agua y jabón para lavarse las manos en casi todas las instituciones comerciales y sanitarias. Así como a las mascarillas que ahora son obligatorias en lugares públicos. Esta última medida se aplica al ciento por ciento al día de hoy.

Una vez cimentada la idea de que el número de casos predichos por algunas estimaciones nunca se había producido y el número de casos detectados y reportados se redujo, la población volvió a sus viejas costumbres e incluso pareció olvidar la existencia de la epidemia en el país. Sin embargo, cada

Sigue en página 12

nuevo caso detectado alimentó la discusión, el aumento del miedo, la controversia y las amenazas de agresión debidas a los pacientes diagnosticados y sus familias por algunos miembros de la comunidad que aún no entendían esta nueva enfermedad. Así, los pacientes con tuberculosis y aquellos con signos y síntomas de COVID-19 prefirieron esconderse y se negaron a ir a los centros de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. El Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT) con el fin de prevenir la tuberculosis resistente debido a las ingestas irregulares de medicamentos utilizó la estrategia de suministrar a los pacientes un tratamiento en sus casas. Algunos pacientes se negaron a aceptar visitas domiciliarias para no ser víctimas de COVID-19.

Esto ha llevado a una caída dramática de las pruebas en la proyección de más del 45 % para el segundo trimestre de 2020. A pesar de los esfuerzos realizados durante la segunda mitad del año, las brechas entre los casos esperados y diagnosticados no pudieron ser superadas. Si bien el anuncio de que los 19 casos de COVID tuvo un impacto negativo en la asistencia de instituciones de salud, la reducción en el número de incidentes facilitó la reanudación gradual de las actividades de las instituciones de salud; como un aumento de las consultas y la investigación activa de los contactos confirmados con los pacientes con tuberculosis.

Esto permitió un aumento de más del 75 % en la detección de casos de tuberculosis para el trimestre julio-septiembre de 2020 en comparación con el trimestre abril-junio, cuando la COVID-19 alcanzó su punto máximo. Con el fin de anticipar el impacto de esta pandemia en el Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, se establecieron mayores actividades de divulgación comunitaria para alentar a los pacientes y sintomáticos a regresar a los centros de gestión mientras los proveedores estaban siendo capacitados en la asociación con la COVID-19 para minimizar su miedo y mejorar su conocimiento de la enfermedad.

En este contexto de crisis pandémica mundial que ahora también nos está afectando, se está organizando conjuntamente la respuesta del Gobierno de Haití con el Ministerio de Salud Pública y de la Población (MSPP), que ha tomado medidas para reducir el riesgo de propagación invitando a la población a reducir las conductas de riesgo con el fin de controlar la propagación y protegerse de la enfermedad: prohibición de reuniones masivas, cierre de bares y escuelas, autoaislamiento para los viajeros que entran en el país, dispositivos de lavado de manos en lugares públicos, distribución de mascarillas... El MSPP está llevando a cabo esfuerzos en cooperación con socios nacionales e internacionales y con los organismos de las Naciones Unidas, incluida la Organización Mundial de la Salud. Se ha establecido un mecanismo de coordinación, dirigido por el Ministerio de Salud Pública y de la Población, apoyado por la Organización Mundial de la Salud y se han creado varias comisiones técnicas para organizar la respuesta de la Fase 2.

Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) nacionales y locales no participaron directamente en los mecanismos de coordinación de respuesta llevados a cabo por el Ministerio de Salud Pública y de la Población debido a la falta de recursos financieros. El MSPP, en su papel de movilizador de la sociedad civil y facilitador entre las partes interesadas humanitarias, se comprometió en apoyar a las OSC nacionales y locales en la aplicación de una respuesta basada en el enfoque comunitario. De hecho, la orientación es la participación comunitaria, que es esencial en la aplicación de las respuestas de salud pública, con el objetivo de promover soluciones adecuadas. Dispositivos para los viajeros que llegan a Haití, mensajes sobre la adopción de medidas restrictivas destinadas a reforzar la prevención y el control de la epidemia, la aplicación de una Comisión de Coordinación, para supervisión, vigilancia, laboratorio, logística, gestión de casos, y comunicación a la población.

Sigue en página 13

Al mismo tiempo, con el fin de protegerse y aumentar su sistema inmunológico contra esta pandemia, la población ha hecho uso abusivo de remedios tradicionales consistentes en la infusiones a base de hojas que consumió durante la COVID-19. Esto ha dado resultados positivos a nivel nacional y que merecen una investigación científica más profunda. Los principios clave de este enfoque fueron "lo suficientemente buenos, receptivos y flexibles". También las comunidades con información adecuada sobre la epidemia que cuentan con un mayor espacio para una participación a través del diálogo continuado con los principales interesados podrán promover soluciones comunitarias más rápidas y eficientes que conduzcan a la prevención y reducción de la transmisión de la COVID-19.

En respuesta a estos desafíos, la Unidad de Coordinación de Enfermedades Infecciosas y Transmisibles (UCMIT) del Ministerio de Salud Pública y de la Población se está posicionando en una línea estratégica de liderazgo comunitario que combina la participación de la comunidad, la concienciación y la comunicación en torno a la epidemia. Los departamentos de salud recibieron apoyo directo a través de dos acciones específicas:

- ✚ Fomentar la microfinanciación en la comunidad con el objetivo de contribuir a la prevención, reduciendo la propagación y el impacto indirecto del virus SARS-CoV-2 al permitir a las poblaciones objetivo adoptar comportamientos y actitudes favorables a la salud.
- ✚ Ayudar a las comunidades en el desarrollo e implementación de planes de acción comunitarios con estrategias locales para prevenir y reducir la propagación de la COVID-19 siguiendo las normas estatales de prevención, de acuerdo con sus prioridades comunitarias.

De manera transversal, los proyectos financiados conducirán a un cambio de actitudes y prácticas en favor de la acción comunitaria y la aplicación de medidas de contención epidémica. El objetivo será apoyar a los actores comunitarios en la identificación e implementación de estrategias de prevención en consonancia con sus aspiraciones, contexto y visiones de cada integrante o sector de la comunidad. En este proceso, es esencial promover un vínculo más estrecho entre las políticas públicas y las acciones comunitarias.

Traducción del original en francés





9ª Jornada de Actualización

20, 21 y 22 de abril

17:00 h. a 19:00 h.

Seminarios *online*

Inscripciones:
redtbs@redtbs.org

Nueva web

Memorias de la COVID-19
en la que puedes consultar todas
las publicaciones editadas
www.memoriasdelacovid19.org



NATALIA GRAS

Médica de familia
Hospital San Miguel. San Salvador
Entre Ríos. Argentina



Vivo en San Salvador, una ciudad pequeña de 20.000 habitantes en la Provincia de Entre Ríos, en la República Argentina. Soy Médica y trabajo en el hospital local como interna de guardia. El día de mi cumpleaños estábamos reunidos en el hospital y ya se sentía en el aire cierta inquietud; el Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), que era una medida excepcional que el Gobierno nacional adopta en un contexto crítico, comenzaría a los dos días, el 20 de marzo de 2020.

Así surgió la oportunidad de al tener que pasar todo ese tiempo con la familia, sin distractores,

nos reencontrarnos y conocimos de nuevo, volví a valorar la salud, las cosas básicas para vivir y agradecer por estas. En lo personal, desde un pequeño patio interno de mi casa, una planta, las mascotas, la cinta de caminar (que había estado guardada desde hacía un tiempo), aprendí, sobretodo, a valorar el tiempo: tiempo para pensar. Aún no había casos de la COVID-19 en la ciudad.

Comencé a preguntarme si tendríamos materiales suficientes para trabajar; los insumos escaseaban por la demanda de las grandes ciudades, por lo que participe en la organización de colectas y donaciones para comprar barbijos y camisolines artesanales.

Llegados los primeros casos a Buenos Aires decidí equiparme. Fui a la pinturería local y pedí un barbijo N95; me dijo el vendedor: “¿Qué pasa, doctora, le tiene miedo a la COVID? No llegará a la ciudad”.

Los primeros días de mayo 2020 se diagnosticaban los primeros casos y ahí surgió otro sentimiento: decepción; decepción del comportamiento humano, de lo que yo llamo la “miseria humana”. Gente pidiendo en redes sociales la identidad de los positivos para ser discriminados, señalados con fotos que se virilizaban en grupos de *WhatsApp*. También sentí indignación cuando las mismas personas que antes en la calle o en el supermercado me paraban para saludar o comentarme un problema de salud dejaban de hacerlo. De repente me veía como una amenaza por estar trabajando con enfermos y con casos de la COVID-19; el trato se volvió distante.

Lo veíamos a nivel nacional y era contradictorio, por un lado, los aplausos a las veinte horas que me emocionaba siempre y por otro lado el personal de salud expulsados por sus propios vecinos de los edificios por miedo a ser contagiados.

Cuando se dio el primer “brote” en la ciudad, en octubre de 2020, recién ahí pudimos tomar conciencia de la magnitud de lo que podía llegar a ser. Si bien los insumos ya habían llegado, aún no estábamos preparados para la epidemia. Entonces tuve muchas horas de trabajo, muchísimas. Participo y participo en el control de los pacientes aislados y sus familias y con nuestros propios celulares personales contactamos con ellos. Los voluntarios no alcanzaban y me toco junto a grandes compañeras capacitar a más personas para que nos ayudaran a realizar el bloqueo de la cadena de

Tiempo y Libertad

Sigue en página 16

contagios, realizando, además, incansable difusión en todos los medios posibles y para aprender a utilizar los elementos que nos acompañarían por un tiempo realmente impensado para todos.

Con el cuidado de las personas aisladas llegaron las otras experiencias, anécdotas graciosas, en contraste con realidades muy duras. Gente responsable, gente que hizo todos los atajos posibles para no cumplir con el aislamiento, gente agradecida y gente agresiva que descargaba su malestar por el aislamiento con las personas que los atendíamos.

Llego mi primera alta de internación por la COVID-19 y me invadió un sentimiento de alegría hasta llegar a las lágrimas, el sentimiento a flor de piel de que valía la pena el esfuerzo realizado, y las ganas de darnos un gran abrazo con los compañeros de trabajo y con la familia.

El segundo “brote” fue en vísperas de las fiestas de fin de año y luego de estas ya estábamos cansados y de mal humor, en las calles la sensación general era igual y la población quería volver a la normalidad, a la vieja normalidad... Comenzaron a aumentar las internaciones rápidamente, otra vez incertidumbre, otra vez ansiedad, otra vez no saber lo que va a pasar y otra vez el miedo a enfermar o a llevar la enfermedad a mis seres queridos. Pensamiento que pasaban por mi mente cada vez que me visto con el traje de protección; otra vez la rutina la higiene máxima para ir del trabajo a casa.

También llego el primer paciente que sentí que no iba a sobrevivir (y así, lamentablemente, fue). Y lo difícil que es contener a la familia, tanto a los que estaban aislados como los que no pudieron despedirse de sus seres queridos. Sin haber podido ser derivados a un centro de mayor complejidad a ochenta kilómetros de mi ciudad, como lo hubieran deseado. Así llego mi replanteo de la frase: “La pandemia va a sacar lo mejor de nosotros”. No fue así. Creo que potenció lo que ya éramos, los que siempre fueron malas personas y sacaron lo peor de sí mientras que las buenas personas dieron todo lo que pudieron y a veces aún más...

También llego el replanteo de la profesión, creo que por agotamiento. El pensamiento que me rondaba era: qué lindo hubiera sido tener otra profesión. O que otra entrada puedo generar para dedicarle menos horas a esto. Cansancio, solo cansancio... No obstante, sigo eligiendo mi profesión todos los días, pero sí que siento que di demasiado. No estoy arrepentida, lo hice de corazón, pero sí sé que tuvo un coste físico muy alto y también psíquico, emocional y familiar para mí... siento que envejecí. Y en veintidós días se va a cumplir un año de que todo comenzó. Ya no soy la misma, ninguno de nosotros lo es, la pandemia nos cambió para siempre, como personas y como profesionales. Nos mostró lo importante que es el trabajo en equipo y el compañerismo, lo frágil que es la vida, la importancia de los afectos y a valorar el tiempo y la libertad.



MARK COHEN TODD

Presidente del Foro de Sociedades Respiratorias Internacionales (FIRS).
Expresidente de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT).
Guatemala



Recibí una llamada de un gran amigo, Gur Levy, para preguntarme si estaría interesado en escribir mis vivencias de este último año conviviendo con la pandemia de la COVID-19, y por supuesto le dije que era una excelente idea y con gusto participaría. Me contactan de la Revista y veo a colegas y amigos en la organización de la revista y leo lo escrito por mis colegas de este lado del mundo, lo que solo aumentó el placer de escribir mi experiencia en mi querida Guatemala, pero también con mis vivencias como Vice y Presidente de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)

2020 Un año difícil

Recuerdo dando mi última charla antes del cierre por la pandemia en un simposio de la industria en Mérida, México, respecto a la epidemiología de enfermedades respiratorias en América Latina y aún no creíamos que esta pandemia nos llegaría. Al regresar a Guatemala, vi con asombro y tristeza cómo este COVID arrasaba con las vidas a todo nivel en China y luego Europa a pesar de tener un sistema de salud mucho más preparado que los nuestros.

Poco a poco vimos cómo esta enfermedad llegó a América Latina para quedarse y ser un foco principal en la continuidad de esta pandemia. En Guatemala no fue hasta el 13 de marzo de 2020 que tuvimos nuestro primer caso importado en Guatemala y el gobierno inició las medidas de contención con restricción de movilización, cierre de centros de estudio, comercio, etc. Nuestro sistema de salud ya era precario previo a la pandemia y tuvimos un tiempo para prepararnos con la construcción, poco a poco, de cinco hospitales temporales para la atención de pacientes COVID. Sufrimos como muchos países de la falta de personal médico y paramédico entrenado y del desabastecimiento de equipo médico, de protección personal y medicamentos lo cual llevó a la pérdida de vida de muchos pacientes y personal de salud en la primera línea. El gobierno centralizó la realización de pruebas de PCR y limitó el ingreso de pacientes COVID solo a los hospitales dedicados para la COVID-19. Lo único que estaba en nuestras manos era dar webinars a la comunidad médica y no médica del país.

Recuerdo un *webinar* que daría a la comunidad judía del país, que no es muy grande, pero se viralizó la convocatoria y tuvimos a más de 1200 personas sobrepasando la capacidad de la plataforma y tuvimos que improvisar con Facebook para la conexión. El *webinar* programado para una hora y media duró tres horas por la cantidad de preguntas y luego nos solicitaban la grabación de la charla. Se continuaron dando estas charlas para el público en general ya que las redes sociales eran nuestro mayor enemigo con desinformación incontrolable hasta el día de hoy. Los números de casos y pruebas rápidamente sobrepasaron la capacidad de los centros públicos y por fin permitieron realizar pruebas y tratar a los pacientes en todos los centros capacitados para atender a los pacientes COVID.

Yo trabajo en una institución privada y se tuvo que capacitar y readecuar el hospital para áreas dedicadas a la atención de estos pacientes en una época donde los ingresos del hospital eran mínimos y los gastos se incrementaban. Como parte del Consejo de Administración del hospital, se tuvieron que realizar despidos y disminución de pagos al personal de trabajo ya que se estuvo cerca de llegar

Sigue en página 18

a una situación económica de no retorno para la institución. Gracias al personal que se pudo mantener y reactivación de la atención de pacientes COVID y no COVID, se logró salir del problema económico.

Durante este año fuimos cuatro neumólogos-intensivistas y personal de intensivo limitado los que manejamos a todos los pacientes COVID en nuestro hospital, lo cual fue una carga de trabajo y emocional grandísima. Al inicio todos confrontamos los casos con temor y fue muy duro ver a pacientes sufrir y morir sin poder cambiar el curso de esta enfermedad tan impredecible, pero con el tiempo, se aprendió el mejor manejo de estos pacientes reduciendo nuestra mortalidad y estancia hospitalaria. Al mismo tiempo temía que yo llevara el virus y contagiara a mi familia lo cual aumentaba el estrés que vivía día a día. Gracias a Dios no contagiamos a la familia y seguimos invictos de contraer la enfermedad. Tuvimos una segunda ola, pero no tan grande como se pensaba que iba a ser después de las fiestas de fin de año y, seguimos con un número constante pero soportable de casos. Además de la atención hospitalaria tuve que mantener cerrada mi clínica en forma presencial y sigo atendiendo a mis pacientes en forma virtual. Tanto mis pacientes como yo extrañamos ese contacto físico, pero nos hemos adaptado y la aceptación de la telemedicina ha ido creciendo. Creo que en el futuro tendremos una atención híbrida con el adelanto de la aplicación de la telemedicina debido a esta pandemia.

Ahora estamos en espera de la llegada de la vacuna y es triste ver que los países de primer mundo ya van completando la segunda dosis para los trabajadores de la salud y nosotros las únicas dosis que hemos recibido en el país provienen de donaciones de Israel y la India. El gobierno ha cometido errores en la negociación para la obtención de las vacunas y ha atrasado la obtención de las mismas para el país a través de COVAX. Además, la desinformación de la eficacia, seguridad y aceptación de la vacuna ha sido un problema que se confrontará en la vacunación de la población y se tendrá que seguir educando a todos y sirviendo como ejemplo en vacunarnos nosotros al tener disponible la vacuna.

Durante todo este último año, me tocó ver la pandemia en forma regional ya que era Presidente de la ALAT. La pandemia hizo que tuviéramos que adaptarnos a la situación mundial y salimos adelante a pesar de las condiciones adversas. Veíamos como había focos calientes en nuestros países de la región y lo único que se podía apoyar era con la realización de guías de atención y *webinars* junto con las sociedades nacionales de la región y con las sociedades hermanas: ERS, ATS, CHEST, SEPAR..., para ayudar a mejorar la atención de los pacientes en forma segura y eficaz. Además, se tuvo que tomar la decisión de realizar nuestro Congreso anual, Curso de investigación MECOR y el Critical Care Conference en forma virtual y en una fecha diferente lo cual fue un desafío tremendo y una experiencia de aprendizaje mayor. Gracias a Dios logramos realizar el Congreso con éxito, tanto en lo científico como asistencial virtual. Esta experiencia nos ha preparado para lo que llegó para quedarse y estamos preparando nuestro Congreso 2021 en Buenos Aires en diciembre.

A partir de febrero 2021, ALAT toma la presidencia del Foro Internacional de Sociedades Respiratorias y nuestra primera acción es asegurar el acceso y equidad de la vacunación para COVID en todo el mundo realizando cabildeo con la OMS y con fundaciones para la obtención de los recursos para la compra y distribución de la vacuna en los países más necesitados. Debemos posicionar a las enfermedades respiratorias crónicas y agudas junto con las demás enfermedades no comunicables que han sido prioridad en el pasado. Además, estamos muy en contacto con las organizaciones para no olvidarnos de la atención de las enfermedades respiratorias usuales que han sido olvidadas durante esta pandemia tal como tuberculosis y neumonía bacteriana en pediatría y edad adulta mayor.

En resumen, este año de pandemia ha sido difícil, pero de mucho aprendizaje y crecimiento científico, moral y administrativo. Espero que muy pronto logremos vacunar en forma masiva y así poder regresar a una vida más normal. He aprendido como para prepararnos para eventos similares en el futuro y no cometer los mismos errores. Saludos y los mejores deseos a todos.



JUANA SAMPER OSPINA

Periodista y escritora.
Corresponsal en España de *El Tiempo*.
Colombia



Él veía todo. De derecha a izquierda; de izquierda a derecha. Veía los autobuses, los camiones, los coches, las motos, las bicicletas, los transeúntes. De izquierda a derecha; de derecha a izquierda. Extendía los brazos y detenía por una milésima de segundo ese enjambre de vehículos que se devoraba el espacio público. Los volvía a extender luego para recibir un par de monedas. Se jugaba la vida por menos de un euro. Les abría camino a los peatones que querían cruzar la avenida incendiada por el peor caos de tráfico. Y por el calor. Y por la humedad. A cambio, recibía una propina que le sanaría las necesidades del día. Nada más. La mañana siguiente, volver a empezar.

DETRÁS de la MIRADA

Veía todo, digo, y sin embargo sus ojos parecían estar en otro mundo. Quizás por las drogas. Quizás por el hambre. Quizás por la vida de miseria que le había tocado en la ruleta rusa del tercer mundo. A cada lado de la avenida se derramaban —desordenados, sucios— los puestos del mercado de Bazurto, en Cartagena de Indias. Un festival de colores, olores y sabores. Papaya y sudor; empanadas y barro; arepas de huevo y el hedor de cañerías desbordadas. El cielo y el infierno. Miles de personas recorrían los pasillos. Entre el barullo de las conversaciones y los gritos que promocionaban los productos, se colaba la música. Siempre la música: salsa, merengue, vallenato, cumbia. Los vendedores atendían sus rincones, muchas veces acompañados por los hijos. Los mayorcitos (seis, diez años) ayudaban: cargaban bidones, pedían cambio, empacaban las compras. Los bebés permanecían en cajas de cartón a sus lados.

Las palenqueras, mujeres negras vestidas de colores con bandejas de frutas sobre la cabeza, cargaban el peso de la necesidad con dignidad. Cada paso era un signo de la supervivencia de su pueblo, que había sido esclavizado siglos atrás por los blancos y ahora por la indiferencia de un Estado inerte, por las exageradas diferencias de clases de Colombia y por la pesadez del trópico aplastante. Todo en movimiento. La gente caminaba, hablaba, vendía, compraba, reía y sufría. Los buses pitaban, se atravesaban y mandaban sobre el terreno con el poder de su tamaño y de la peligrosa audacia. Las motos —cientos, miles— se colaban por resquicios, con la destreza de hacerle el quite al tráfico y al bolsillo: más baratas que un coche, se han convertido en el medio favorito de esas hormigas humanas que no pueden parar.

Todo en movimiento, digo, porque de él depende la comida de cada día. La pobreza no da espera. El hambre no remite.

Había mascarillas también, por supuesto. Tapabocas, les decimos los colombianos. En las caras, en los codos, en las aceras. La mayoría, en la barbilla. Por cumplir. Sin convicción y con calor. Nadie le reprochaba nada a los que no llevaban. El coronavirus no figura entre sus preocupaciones principales.

Sigue en página 20

Entre las puertas del portero del supermercado que está situado a pocas calles del mercado de Bazurto, sí. Como un poste al lado de la puerta, toma la temperatura en la muñeca de quienes quieren entrar. Los obliga a ponerse gel de un bote que ha colocado en un aparato que se acciona con un pie, revisa la identificación y da su veredicto. De él depende que entren o no. Debe estar atento al sexo, al número final de la tarjeta que enseñan y a la fecha. En Colombia las restricciones dejan salir a comprar a hombres y mujeres en días distintos, y a las personas cuya identificación termina en número par o impar en días alternos. Los coches también cumplen la medida de pico y placa: circulan en días diferentes según la última cifra de la matrícula. Y, además, hay cierres perimetrales, toques de queda y hasta ley seca.

Así, entre un extremo y otro, como si se balanceara en una hamaca, funciona Colombia con el virus que nos ataca. La grandilocuencia impone medidas de acero y la realidad de la calle las convierte en plastilina.

Pocos días después de mi viaje a Cartagena de Indias vi otra imagen que también se me aparece en duermevela, como la del joven que ayudaba a cruzar la avenida mientras sus ojos miraban a un más allá al que nadie puede llegar. Sucedió en Bogotá. Un avión. Seis personas circunspectas a sus pies. Una gran caja al frente, cubierta por la bandera de Colombia. Televisión, claro. Discurso y dedos en forma de V: “con la V de las vacunas, con la V de la victoria”. Semejante escenario, digno de *El otoño del patriarca*, era un homenaje al contenedor que acababa de aterrizar en un vuelo desde la esperanza y que transportaba las primeras dosis que llegaban a Colombia. Les daba la bienvenida el presidente —y su séquito, ni más faltaba—, que hablaba con tono de grandes circunstancias. Con voz de prócer de la patria. Extendía el brazo para detener el tráfico de la pandemia durante una milésima de segundo, como el joven que congelaba la avenida frente al mercado de Bazurto. Eran apenas 50 mil vacunas para una población que casi llega a los 50 millones de personas. El gobierno había extendido los brazos también para recibir unas monedas piadosas en el reparto internacional de dosis. Y su mirada permanecía en un más allá al que nadie puede llegar. La grandilocuencia frente a la realidad. Es indignante, da rabia. Y, a la vez, es triste, conmovedor.

Mientras tanto, la vida sigue en Colombia. Con más pobreza que hace un año, con la esperanza de las vacunas, pese al número irrisorio que ha recibido, entre disputas políticas y la tozudez de la gente que no se deja doblegar. La vida social está muy limitada —mucho más que en España—, pero la cercanía es obligatoria en lugares como los buses de TransMilenio, que transportan miles de personas arrumadas unas sobre otras, sin un centímetro de distancia entre ellas.

Las mascarillas tapan bocas, pero no eliminan el hambre.

CARTAGENA DE INDIAS





JOAN ARTUR CAYLÀ BUQUERAS

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

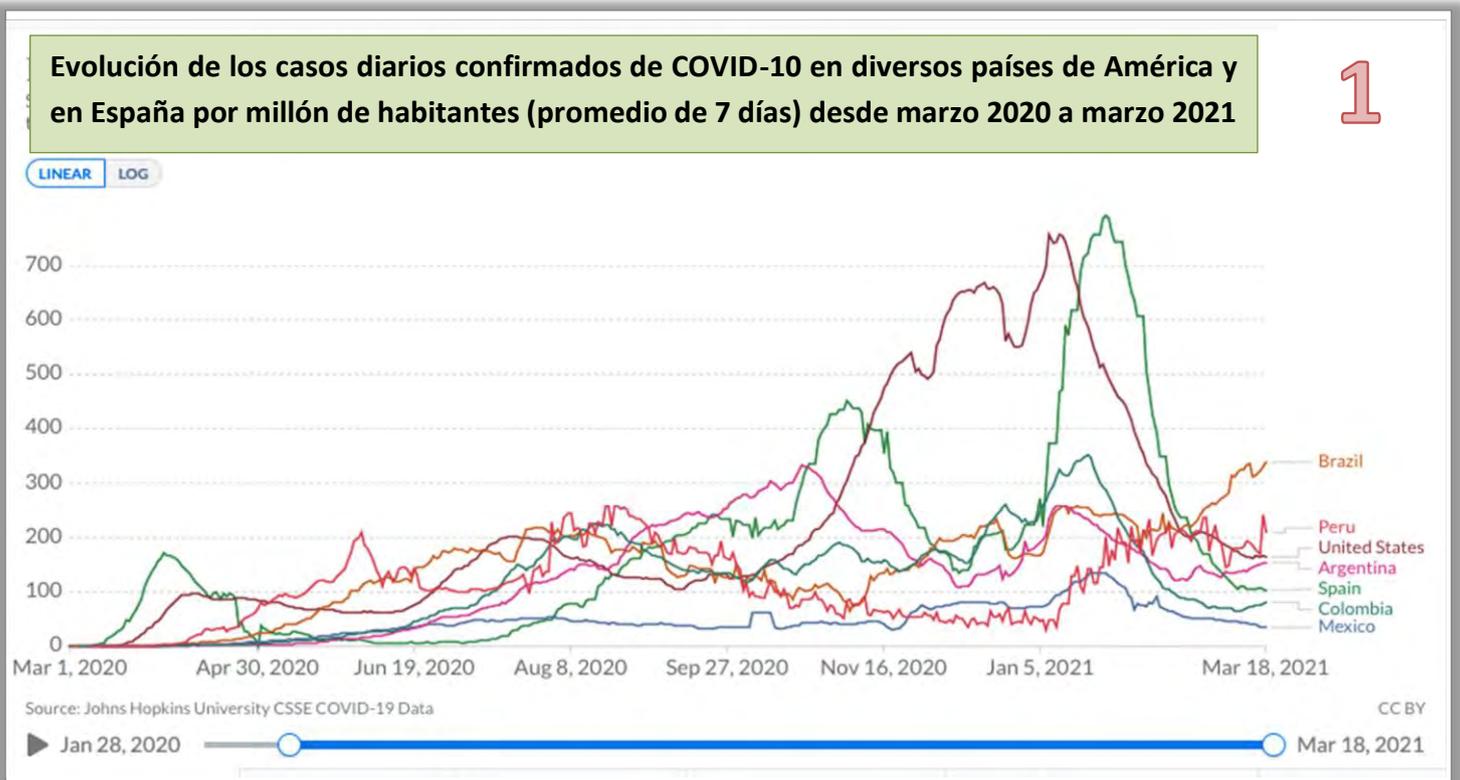
Miembros del Consejo Editorial de Memorias de la COVID-19. La Pandemia en las Américas



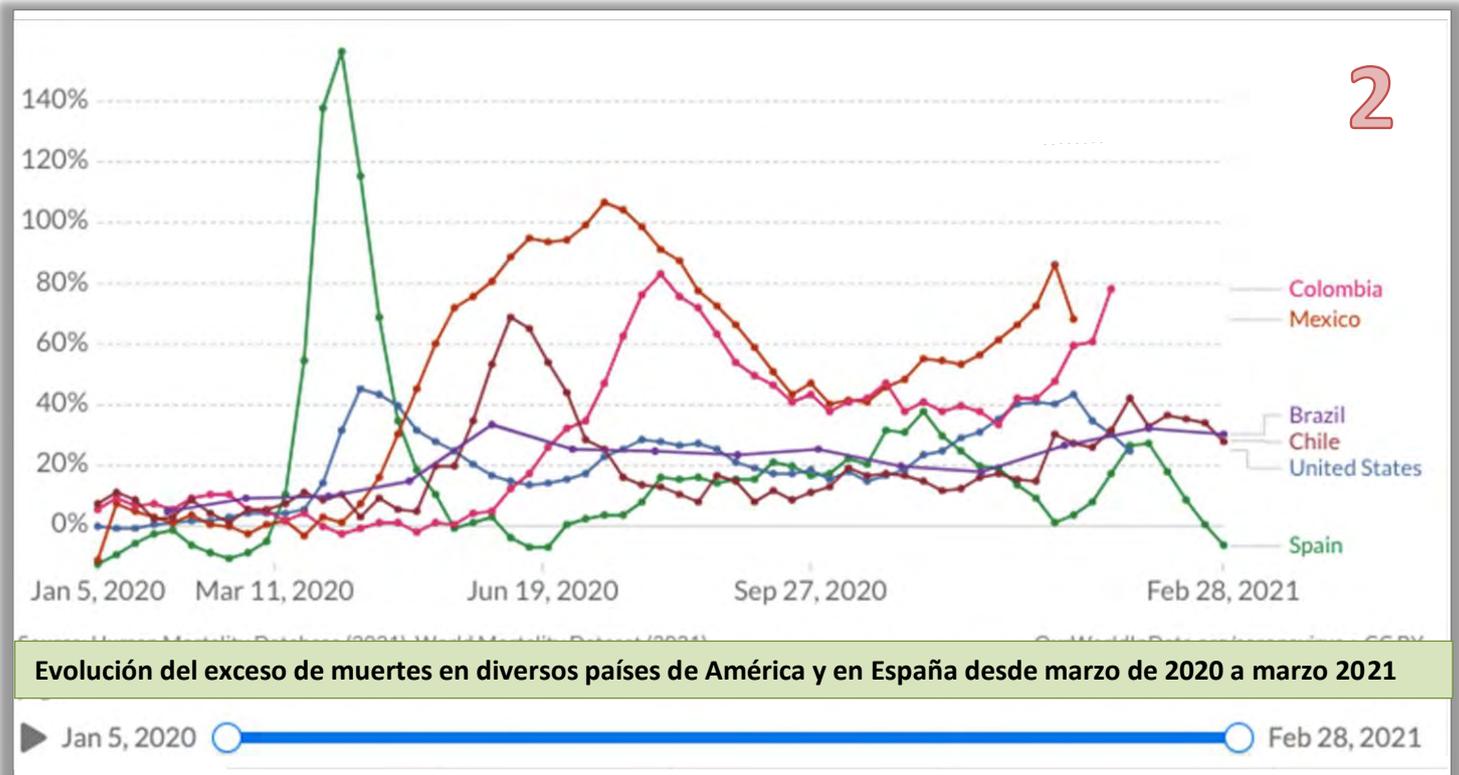
A 19 de marzo del 2021 ya se han detectado a escala mundial más de 121 millones de casos de COVID-19 y casi 2,7 millones de muertes atribuidas a esta enfermedad infecciosa. En relación a los países de América y a España, en millones de casos destacan: EEUU con más de 29 millones, Brasil con más de 11, España más de 3, Colombia, Argentina y México con más de 2, Perú con más de un millón y Chile que ya está cerca de 1 millón de casos.

La evolución de la incidencia en diversos países de América y en España la podemos ver en la figura 1. Destaca un pico en marzo-abril en España, en mayo en Argentina, en agosto en diversos países americanos, en noviembre otra vez en España, posteriormente Brasil experimenta una extensa ola y en enero en España se presenta otra ola, para finalmente verse un incremento de casos en Brasil y Perú. La primera ola de España fue muy superior a la que se presenta porque había una gran limitación de tests diagnósticos. Por la misma razón las comparaciones entre países pueden estar afectadas por la disponibilidad de estos tests, por lo que los datos presentados deben entenderse como de “mínimos”.

¿CUÁNTA COVID-19 QUEREMOS?
¿2021?
¿2022?



La evolución del exceso de mortalidad en diversos países de América y en España la podemos ver en la figura 2. Se puede observar que hasta marzo todos los países están alrededor de la mortalidad esperada para presentar un gran pico España en marzo-abril que se explica, sobretodo, por la elevada mortalidad observada en las residencias de gente mayor. En abril-mayo se incrementa en diversos países, en mayo-junio en Chile, en julio en Colombia, en México en agosto y a finales de año nuevamente en Chile y Colombia. Estas comparaciones pueden estar afectadas por la variabilidad entre países en la exhaustividad de los registros de mortalidad, pero explican perfectamente el gran impacto que ha tenido la COVID-19 en la mortalidad.



Con la pandemia COVID-19 cobra actualidad la idea expresada ya en 1914 por Biggs, en Nueva York, de que “la salud pública se puede comprar y que cada país puede determinar su propia tasa de mortalidad”. De acuerdo con este autor, escribimos hace 20 años con Josep M. Jansà, actual responsable del Grupo de Respuestas y Operaciones de Emergencia del Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), el artículo ¿Cuanta tuberculosis queremos? y que se publicó en la Revista Española de Salud Pública. En el mismo explicábamos que se podía alcanzar un mayor control de la tuberculosis en función de los recursos invertidos.

Con la COVID-19 también se puede modular el número de casos que tendremos a corto plazo en función de los recursos que se dediquen a la prevención y control de esta pandemia. Estos recursos deben basarse en programas de prevención y control de elevada y contrastada calidad, y que se vayan evaluando regularmente para ir introduciendo las mejoras necesarias con la finalidad de irlos mejorando constantemente. Su coste inmediato dependerá en buena parte de inversiones realizadas previamente en los servicios de salud y de salud pública y de la actualización de los planes de preparación y respuesta. Debemos considerar que el grave impacto económico en diversos sectores de producción, así como los ocasionados en los ámbitos familiar, social, de salud y de bienestar ocasionados por esta pandemia de la COVID-19 que deben ser contemplados en el diseño y aplicación de las intervenciones de mitigación y en su caso de control de la pandemia ofreciendo ayudas sociales.

Sigue en página 23

El gran impacto sanitario y económico de la COVID-19 también ha favorecido el desarrollo de modelos predictivos sobre la evolución de la pandemia a corto-medio plazo. Las predicciones varían en función de si las actuales medidas preventivas se relajan o no considerando celebraciones multitudinarias, como han sido recientemente el día de Acción de Gracias en EE.UU., los puentes festivos, las festividades de Navidad, Año Nuevo, etc. Obviamente, a mayor prolongación de las medidas restrictivas corresponde una menor progresión de los casos a corto plazo retrasándose la siguiente onda epidémica. Algunos países europeos como Francia y Alemania llevaron a cabo medidas muy duras debido a que tenían incidencias de más de 300 casos por 100.000 habitantes en 14 días a finales de noviembre del 2020, así, en diciembre y enero consiguieron disminuciones importantes de la incidencia. Concretamente en este último país los bares y restaurantes estuvieron cerrados hasta enero con el objetivo de alcanzar una incidencia en 14 días de menos de 100 casos por 100.000 habitantes y el toque de queda fue estricto.

Los aumentos de incidencia se acompañan siempre de aumento del número de ingresos hospitalarios, la ocupación de UCIs y también de las defunciones. Para evitar todas estas consecuencias, debemos prevenir los casos, mentalizarnos de que debemos seguir estrictamente las recomendaciones oficiales (uso de mascarilla, distancia física, lavado de manos, evitar espacios cerrados y aprovechar los espacios abiertos...). Apelar a la responsabilidad individual y de los políticos y a una buena planificación y gestión de recursos. Todo ello con objeto de garantizar el control porque tenemos un gran riesgo de transmisión.

El objetivo inmediato en cualquier país debería ser alcanzar una incidencia en 14 días inferior a 50 casos por 100.000 habitantes. Con un número de casos ya bajo, se podría pensar en la estrategia COVID-cero que pasaría por un estudio exhaustivo de los contactos de cada caso (convivientes y no convivientes que tengan un contacto diario mínimo de 15 minutos) para identificar quienes están afectados y por tanto deben estar aislados y cuantos podrían haberse contagiado y por tanto deben estar en cuarentena. Obviamente es crucial el cumplimiento estricto de estos aislamientos y cuarentenas.

Para que la COVID-19 deje de ser un problema de salud pública debería conseguirse en cada país una inmunidad de rebaño mediante la vacunación. De acuerdo con el número básico de reproducción, R , que nos indica que cada paciente contagia a 2-3 personas, deberíamos inmunizar al 70% de la población. En el momento actual el obstáculo está en la disponibilidad de las vacunas, por el elevado precio de algunas y en que lleguen sin discriminaciones prioritariamente a todos los países más afectados. En el control de esta pandemia ya se está objetivando el efecto beneficioso de las vacunas. Así, por ejemplo, en las residencias de mayores de España donde la mortalidad era muy elevada, ésta ha caído en picado.

En el momento actual, en muchos países se ve una situación de meseta en la evolución epidemiológica, se ha atenuado el declive de incidencia, aunque en algunos países aumentó. La prevención y el control de la COVID-19 solo lo conseguiremos con buenas estrategias a nivel comunitario y a nivel personal. A nivel comunitario se precisan buenos programas de control y de vacunaciones que requieren grandes inversiones económicas pero que serán rentables en términos de salud y reducir la posterior crisis económica. A nivel individual, debemos mentalizarnos de que corremos una carrera de fondo, que no hay que bajar la guardia y que debemos seguir estrictamente las recomendaciones oficiales todos los días. Si no lo hacemos, se seguirán sufriendo ingresos hospitalarios y hasta funerales en nuestro entorno.

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
Newsletter RedTBSinforma n° 46 - Memorias de la COVID-19 n° 16
Edición de La Pandemia en las Américas - 26 de marzo de 2021
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo
Ediciones: www.memoriasdelacovid19.org - Información: www.redtbs.org
Fotografías propias, Depositphotos, Freepik y agencias / ISSN: 2660-7263
Contacto: redtbs@redtbs.org - redtbsstopidemias@gmail.com

REDTBS
STOP EPIDEMIAS

Memorias de la COVID-19

16

La Pandemia en las Américas



Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
Newsletter RedTBSinforma nº 46 - Memorias de la COVID-19 nº 16
Edición de La Pandemia en las Américas - 26 de marzo de 2021

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) – Acta Sanitaria – Centro de Atención de Adicciones La Latina – Volexio 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 – Nexora – Pressclipping – Publimas Digital IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria – Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) SEMERGEN Solidaria – Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa - Be Neumo, Be You – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) – Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) - SEPAR Solidaria – Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) – Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias - Ministerio del Interior International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial - Diario Médico - Correo Farmacéutico – Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



Consejo Institucional

Dr. Tomás Cobo Castro
Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz
Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma
Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Consejeros

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Dra. Pilar de Lucas Ramos
Dr. Benjamín Abarca Buján
Dra. Inmaculada Alfageme Michavila
Dr. Serafín Romero Agüit

Comité Técnico

D. Mario Braier, coordinación general - D.ª Anna Borau, comunicación - D.ª Amina Baar-Baarenfels, RR. PP.

Comité Científico

Dr. Julio Ancochea Bermúdez, presidente
Dr. José Manuel Solla Camino, vicepresidente
Dr. Javier García Pérez, secretario general

Vocales

Dr. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
D.ª M.ª Teresa de Miguel Tarancón
D.ª Noelia Martín-Buitrago López-Carpeño