

EDITORIAL

Una cuestión de estado

“La experiencia no es lo que te sucede, sino lo que haces con lo que te sucede”; al decir del famoso novelista Aldous Huxley que nos legó obras como *Un mundo feliz*. En ella describe un mundo utópico en el cual la humanidad es permanentemente feliz, donde no existen guerras ni pobreza y las personas tienen buen humor, son saludables y promueven tecnologías avanzadas. Una ironía a tenor de como nuestros gobernantes atienden a la Salud Pública tras la trágica experiencia de la pandemia del coronavirus. En nuestro país hay diversos factores sociales y problemas sectoriales que aquejan a los ciudadanos, pero hay tres sistémicos que escapan a la definición particular y son el trípode de nuestro sistema de protección social: la educación pública, la sanidad pública y la seguridad interna y exterior. Respecto a los derechos y deberes fundamentales de todos los ciudadanos en nuestra Constitución, en el capítulo tercero, relativo a los principios rectores de la política social y económica, el Artículo 43 enumera que: “1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”. La Ley 14/1986, de 25 de abril, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales decretando los principios sustantivos que han permitido formalizar el *Sistema Nacional de Salud*,

Sigue en la página 3

SUMARIO

| | |
|---|----|
| Editorial: Una cuestión de estado | 1 |
| El impacto de la pandemia en los derechos humanos de las personas privadas de libertad | 5 |
| Carmen Comas-Mata Mira Secretaria General de la Federación Iberoamericana del Ombudsman. Directora de Relaciones Institucionales del Defensor del Pueblo | |
| Noticias en red 1: La OMS en el Foro de Davos 2023 | 8 |
| La sanidad pública: un paciente en situación de final de la vida | 9 |
| Luis Pérez de Llano Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario Lucus Augusti. EOXI de Lugo, Monforte, Cervo | |
| Noticias en red 2: Comunicado CSIF | 12 |
| Inversión económica, innovación sostenible y trabajo organizado en equipo | 13 |
| Joaquín Rodrigo Poch Director General de Sandoz Iberia | |
| Libros Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas | 15 |
| 11ª Jornada de Actualización: TB-COVID 19 | 16 |
| Noticias en red 3: fuiTB y la Fundación BBVA | 17 |
| El papel de los datos durante la pandemia de la COVID-19 | 17 |
| Alcir Santos Neto Analista Sénior de Salud Pública. Equipo de Políticas y Perspectivas de Economist Impact (The Economist Group). Washington DC. Estados Unidos | |
| La tuberculosis en el siglo XXI (o crónica de la desidia en políticas de salud) | 21 |
| Martín Sívori Jefe de la Unidad de Neumotisiología del Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires. Director del Centro Universitario de Neumología de la Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina | 25 |
| Noticias en red 3: Bienvenida a QIAGEN | 26 |
| Consejo Editorial | 28 |

Publicación de la Red TBS-Stop Epidemias
Edición Sanidad Global 2023 / SSN: 2660-7263
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo.

Fotografías: Depositphotos y agencias.

www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org
e-mail: redtbsstopetidemias@redtbs.org

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





especificando su carácter universal y de acceso público para todos los habitantes. El Ministerio de Sanidad en uno de sus informes dice que: “El Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye el marco de garantías generales para la protección de la salud de los ciudadanos. Su política se orienta a la garantía de atención a todas las personas y persigue la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. La gestión sanitaria en su más amplio concepto -que incluye la planificación, provisión y evaluación de los servicios- se establece a través de un modelo descentralizado en las Comunidades Autónomas, en consonancia con el modelo político constitucional y entendiendo que, en cada ámbito concreto, es posible atender con mayor adecuación y rentabilidad social las necesidades de toda la población. La estructura descentralizada de los servicios de salud permite mejorar la atención a la población de cada territorio y manejar pertinente y eficientemente los recursos. La descentralización de competencias debe ir acompañada del desarrollo de aquellas estrategias comunes en el conjunto del Sistema Nacional de Salud que afiancen objetivos sociales que tiene encomendados. Además, tiene que garantizar a todas las personas el acceso a todos los recursos existentes en la red pública cuando sea necesario su uso”.

Con el paso del tiempo, y a pesar de los cambios de rumbo de los diferentes gobiernos de España, el SNS fue mejorando infraestructuras, tecnología, y ampliando los servicios, constituyéndose en uno de los sistemas sanitarios más eficientes del mundo, aunando la calidad que iban aportando los profesionales. Pero..., siempre hay un pero, la precariedad laboral fue convirtiéndose en la modalidad de contratación prioritaria creando en los profesionales una ingrata sensación de inestabilidad. Tantos años de estudio universitario y preparación y dedicación total para no tener un empleo estable, remunerado en concordancia y desarrollado con los recursos que requiere. Y todo fue empeorando porque cada vez el trabajo era mayor debido (entre otras cosas) a la mayor longevidad de la población y aumento de la cronicidad. En este contexto la indiferente actitud de algunos gobernantes respecto a destinar presupuestos adecuados

Sigue en la página 4

para su actualización técnica y el de aumentar el personal sanitario, que es quien en verdad hace que el sistema funcione, permitió que se fuera deteriorando y en algunos casos se llegó a prescindir del personal contratado para atender, tras la crisis pandémica de la COVID-19. Es decir, que la precariedad laboral se implementó como modalidad y la falta de personal repercutió en un profesional agobiado que, comprometido con su juramento hipocrático, agotó sus fuerzas debido a su sentido por el buen hacer. Claro está que esta desatención administrativa generó lo que definimos como “largas listas de espera”, sin contar que la dedicación de los profesionales para con sus pacientes siquiera pueda llegar a los diez minutos de consulta, en especial en Atención Primaria, ya que con otros especialistas la demora para su atención puede representar meses y una operación, hasta años. Y con la pandemia sorprendentemente comprobamos que tampoco había lo básico para la protección del personal sanitario y la falta de guantes, mascarillas y vestimenta adecuada debió ser improvisada con bolsas de basura y otros remedios caseros. Fue una manera más de constatar que la insensibilidad de los gobiernos respecto al personal sanitario no era solo la precariedad laboral sino también desatención por la seguridad de las personas. En resumen, digamos que actualmente no sólo se incumplen los decretos-ley, sino que también la Constitución.

Tal como está hoy el patio, tras una devastadora pandemia, sentimos vergüenza ajena por el abandono de esta Sanidad Pública que tantos años y esfuerzos costó consolidar. Y da igual si la responsabilidad es del gobierno central o de las autonomías, porque gobernar es una cuestión de Estado y dentro de este estamento se incluye tanto a los que tienen el encargo de liderar como a quienes tienen la labor de controlar y discrepar desde la oposición. Sin duda que hay cuestiones políticas, ideológicas y hasta personales, pero el sentido de Estado es responsabilidad de quienes gobiernan y de quienes tienen la posibilidad de poder gobernar en otro momento. Más aún cuando diferentes partidos gobiernan las diecisiete Comunidades Autónomas que conforman nuestro país. Ante esta perspectiva es difícil sacar conclusiones cuando tras la pandemia y sus secuelas los hechos que otorga la experiencia no motiven a buscar una solución consensuada que evite el deterioro creciente de nuestra Sanidad Pública. El mundo avanza y aunque enfrentemos nuevos conflictos es vital preservar la salud de la población al tiempo que abogar por una *Sanidad Global* equitativa que vele por proteger a la humanidad de futuras pandemias. La estabilidad laboral del personal sanitario es una cuestión de Estado. **M.B. / J.A.**

Editorial



Carmen Comas-Mata Mira
Secretaria General de la Federación
Iberoamericana del Ombudsman.
Directora de Relaciones Institucionales
del Defensor del Pueblo



Cada 10 de diciembre celebramos en todo el mundo el día de los derechos humanos. Se conmemora la adopción en el año 1948 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que marca un hito en la historia de la humanidad porque se proclaman globalmente derechos inalienables como la vida, la libertad, la dignidad, la educación, la salud, la prohibición de la esclavitud o la prohibición de la tortura entre otros. Existen en el mundo muchas personas preocupadas y ocupadas en que esos derechos reconocidos universalmente en la teoría lo sean también en la práctica, porque es evidente que el nivel de aceptación y reconocimiento es muy variable según el país en el que nos encontremos, y en esto tiene mucho que ver la calidad democrática del Estado en cuestión. Me estoy refiriendo a las organizaciones de la sociedad civil, a las instituciones nacionales de derechos humanos -INDH-, que son organismos estatales creados con un mandato constitucional o legislativo para promover y proteger los derechos humanos (en el caso de España es el Defensor del Pueblo), y a las organizaciones internacionales.

Tengo la suerte y el privilegio de trabajar en la INDH española, y de ser miembro de la organización internacional por excelencia, la ONU, gracias a mi pertenencia al Subcomité de Prevención de la Tortura (SPT). Mi trabajo me ha colocado en una posición privilegiada para conocer cuál ha sido el impacto de la pandemia en las personas privadas de libertad, porque el SPT tiene el mandato de evitar preventivamente la tortura y los malos tratos. Los Estados que ratifican el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT) otorgan al SPT el derecho a visitar sus lugares de detención y

El impacto de la pandemia en los derechos humanos de las personas privadas de libertad

examinar el trato que reciben las personas retenidas en ellos.

La COVID-19 ha tenido profundas repercusiones en la vida cotidiana de la población mundial, porque se impusieron severas restricciones a la circulación y las libertades personales para permitir a las autoridades combatir mejor la pandemia con medidas de emergencia de salud pública. Las personas privadas de libertad constituyen un grupo mayormente vulnerable, debido a la naturaleza de las restricciones que ya de por sí se les imponen y a su limitada capacidad para adoptar medidas de precaución. Las prisiones y otros lugares de detención, que en muchos casos presentan condiciones de hacinamiento e insalubridad graves, fueron un magnífico caldo de cultivo para que el virus y sus devastadoras consecuencias camparan a sus anchas.

Sigue en la página 6

En algunos países, las medidas adoptadas para combatir la pandemia en los lugares de privación de libertad causaron desórdenes, tanto dentro como fuera de los centros de detención, además de víctimas mortales. Por eso, resultaba especialmente importante que las autoridades competentes tuvieran en cuenta todos los derechos de las personas privadas de libertad y de sus familiares, así como del personal que trabaja en los centros de detención, incluidos, por supuesto, todos los profesionales sanitarios.

Cuando hablo de lugares de privación de libertad no me estoy refiriendo únicamente a cárceles o centros de internamiento para menores o migrantes, sino también hablo de centros socio sanitarios como residencias de personas mayores, hospitales psiquiátricos, y también de los centros de cuarentena que se establecieron en algunos países.

Ni que decir tiene que la respuesta de las autoridades de distintos países ha sido desigual. Por una parte, se desarrollaron buenas prácticas como el uso de las tecnologías para mantener el contacto con las familias, con ONGs y con abogados. El uso de la videoconferencia en centros penitenciarios de muchos países quedó ampliamente establecido, y además va a permanecer en la era de la postpandemia. También se permitió el uso de teléfonos móviles en calabozos de comisarías e incluso en algunas prisiones, lo que igualmente ha persistido en algunos países, si bien con algunas cautelas para evitar la comisión de delitos desde las cárceles, como pueden ser las extorsiones.

Siguiendo con las buenas prácticas, en España, las autoridades del Ministerio del Interior aceptaron durante el confinamiento una recomendación del Defensor del Pueblo para que se cerraran los centros de internamiento de extranjeros, los famosos CIEs. Y ello porque se trata de centros cuyo objeto es el de asegurar la deportación del territorio nacional de los inmigrantes en situación administrativa irregular.

Si las fronteras estaban cerradas, no tenía sentido, ni era legal, tener encerradas a personas que no iban a poder ser expulsadas, ya que el periodo máximo de encierro en esos centros es de 60 días. Fue un orgullo para mí contar que mi país había sido pionero en adoptar esta medida, que lamentablemente fue revertida en el primer momento en que se abrieron las fronteras.

Si se tratara de resumir las buenas prácticas diré que algunos estados informaron al SPT acerca de las medidas que adoptaron para paliar los efectos de la pandemia y que demostraron la capacidad de adaptación de algunos sistemas de justicia penal al, entre otras cosas, reducir la población de los lugares de privación de libertad (se estima que se liberaron a más de 700 000 personas en todo el mundo), prestando mayor atención a la higiene, intensificando la atención a las personas con riesgos sanitarios e introduciendo nuevos medios de comunicación con el exterior.

Pero evidentemente no todo fueron buenas noticias, sino más bien todo lo contrario. Las puertas de los lugares de privación de libertad se cerraron aún más y en muchos países se produjeron abusos y atentados contra los derechos humanos. Estoy hablando del endurecimiento desproporcionado de la seguridad, la insuficiente atención a la población de riesgo, la suspensión de todas las formas existentes de los permisos de salida, las insuficiencias en el suministro de artículos básicos de higiene, equipos de protección individual y asesoramiento en materia de salud para las fuerzas del orden, los cuerpos de seguridad y el personal penitenciario, así como la insuficiencia de personal médico para el personal y los internos. En algún caso incluso se produjeron detenciones en masa y arbitrarias con uso excesivo de la fuerza por parte de la policía para aplicar las medidas restrictivas impuestas a raíz de la pandemia. Voy a poner algún ejemplo nada edificante.

Sigue en la página 7

En la provincia de Formosa (Argentina) desde abril de 2020, más de 24.000 personas fueron obligadas a permanecer confinadas en centros de aislamiento y cuarentena, algunas incluso durante más tiempo de los 14 días que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, en muchos casos, bajo circunstancias que podrían incluso considerarse detenciones arbitrarias. Las autoridades de Formosa mantuvieron a algunas personas con resultados positivos de COVID-19 junto con otras que tenían resultados negativos o que seguían esperando los resultados de sus exámenes. En ocasiones, el hacinamiento y las condiciones insalubres en los centros dificultaron el distanciamiento social. En algunos centros no había ventilación adecuada, y, en ocasiones, las autoridades no brindaron atención médica adecuada a quienes se encontraban allí. Las cuarentenas obligatorias en lugares comunes, además de aumentar el riesgo de contagio, no sirven para proteger a la población de la COVID-19 y, al constituir una limitación innecesaria a la libertad personal, podrían considerarse detenciones arbitrarias conforme al derecho internacional de los derechos humanos.

Digamos que esta fue una de las malas prácticas más llamativas, pero hubo otras muchas. Por ejemplo, en muchos países de Iberoamérica, África o Asia la alimentación en las prisiones es básicamente provista por las familias, porque la que se da en las instituciones por parte de las autoridades penitenciarias, cuando es que se proporciona, es de calidad ínfima con pocos o nulos aportes nutricionales o vitamínicos. Al cerrarse las puertas a las visitas externas, muchas personas encarceladas pasaron hambre, y esto sin duda fue uno de los detonantes de muchas revueltas que se produjeron llevándose por delante la vida de muchas personas.

El caso más paradigmático ha sido en Ecuador, que atraviesa una crisis carcelaria que se ha llevado por delante la vida de más de 450 personas desde 2020; es la consecuencia del abandono estatal desde hace décadas

Los detenidos han vivido en un estado de tensión y constante temor, en prisiones carentes de servicios esenciales y recursos básicos, situación ésta, agravada por la pandemia. Algunos espacios de estas prisiones son autogestionados por detenidos que son miembros de organizaciones criminales.

Finalmente, tengo que decir que la aplicación de los programas de vacunación para las personas privadas de libertad se ha producido de forma desigual, cuando estos centros hubieran debido ser siempre prioritarios.

De todo lo expuesto pueden sacarse varias conclusiones, pero la más importante es que debe abordarse con urgencia una reforma penitenciaria integral, así como una nueva evaluación del sistema con el objetivo de paliar el encarcelamiento excesivo y el hacinamiento en las cárceles. También debe prestarse una atención constante a otro tipo de centros, y me estoy refiriendo a las residencias de personas mayores, tristemente célebres por haberse convertido en las tumbas de miles de personas durante la pandemia; o también los centros psiquiátricos o los centros de detención de migrantes o de menores. No podemos permitir que millones de seres humanos, incluyendo al personal sanitario que vela por su salud, vivan en condiciones de indignidad.

Ojalá que la próxima crisis nos encuentre mejor preparados.



Noticias en red 1



Del 16 al 20 de enero se realizó la reunión la 53 reunión del Foro Económico Mundial (WEF), también llamado Foro de Davos.

Es una organización no gubernamental internacional con sede en Colonia, Ginebra, Suiza, que se reúne anualmente para analizar los problemas más apremiantes que afronta el mundo. Este año el evento se reunió bajo el lema: “Cooperación en un mundo fragmentado”, y la intención es la de formular e “impulsar soluciones con visión de futuro y abordar los desafíos globales más apremiantes a través de la cooperación público-privada”. La reunión acoge este año a un total de 2700 líderes mundiales procedentes de 130 países y que incluyen casi medio centenar de jefes de estado y un millar directores ejecutivos de empresas, representantes de la sociedad civil, medios de comunicación mundiales y líderes juveniles. Durante el programa oficial se abordaron los siguientes temas: 1.- Las Crisis Energéticas y Alimentarias Actuales en el contexto de un Nuevo Sistema de Energía, Clima y Naturaleza. 2.- La economía actual de alta inflación, bajo crecimiento y alta deuda en el contexto de un nuevo sistema de inversión, comercio e infraestructura. 3.- Los obstáculos actuales de la industria en el contexto de un nuevo sistema para aprovechar las tecnologías de vanguardia para la innovación y la resiliencia del sector privado. 4.- Las vulnerabilidades sociales actuales en el contexto de un nuevo sistema de trabajo, habilidades y cuidados. 5.- Los riesgos geopolíticos actuales en el contexto de un nuevo sistema de diálogo y cooperación en un mundo multipolar.



Este año el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció durante una mesa redonda del WEF el plan de la OMS para establecer un nuevo *Consejo de Aceleración de las Vacunas contra la Tuberculosis*.

La OMS facilitará la concesión de licencias y el uso de vacunas innovadoras eficaces contra la TB impulsando el alineamiento de financiadores, organismos mundiales, gobiernos y usuarios para identificar y superar los obstáculos al desarrollo de vacunas contra la tuberculosis. “Una de las lecciones más importantes de la respuesta a la pandemia de la COVID-19 es que las intervenciones innovadoras se pueden llevar a cabo con rapidez si se les da prioridad política y se financian adecuadamente”, declaró el director general, Tedros Adhanom Ghebreyesus.



“Los retos que plantean la tuberculosis y la COVID-19 son diferentes, pero los ingredientes que aceleran la ciencia, la investigación y la innovación son los mismos: inversión pública urgente y anticipada, apoyo de la filantropía y participación del sector privado y las comunidades. Creemos que el ámbito de la tuberculosis se beneficiará de una coordinación de alto nivel similar”.

En un reciente estudio encargado por la OMS y titulado *An investment case for new tuberculosis vaccines*, se estima que a lo largo de 25 años, una vacuna con una eficacia del 50 % en la prevención de la enfermedad entre adolescentes y adultos podría evitar hasta 76 millones de nuevos casos de tuberculosis, 8,5 millones de muertes, 42 millones de tratamientos con antibióticos y el ahorro de 6500 millones de dólares a los hogares afectados por la tuberculosis.

A finales de este año, los jefes de Estado y de Gobierno se reunirán en una segunda reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis para examinar los progresos realizados en relación con los compromisos asumidos en la declaración política de 2018. Esto presenta una oportunidad importante para corregir los retrocesos en la respuesta a la tuberculosis, lo que incluye el desarrollo y la entrega urgentes de nuevas vacunas contra la tuberculosis.

Luis Pérez de Llano

Jefe del Servicio de Neumología
del Hospital Universitario Lucus Augusti.
EOXI de Lugo, Monforte, Cervo



Desde que ejerzo la Medicina (y han pasado unos cuantos años), no había vivido una situación tan dramática como la que ahora mismo muestra la sanidad pública en nuestro país. Listas de espera interminables, la falta de médicos y una huida de especialistas a la medicina privada (más frecuente en determinadas especialidades como anestesiología, radiología, dermatología); también al extranjero (más de 2500 médicos se acreditaron para trabajar fuera en el 2021, pero no sabemos exactamente cuántos lo llevaron a la práctica). Considero que el deterioro continuado del sistema público está llegando a su fase terminal, que las cosas todavía van a empeorar (y mucho), y que la desidia y el desinterés para abordar un problema no es de ahora y hacen muy complicado encontrar un remedio. Estas son, desde mi punto de vista, las causas del problema:

❖ Los políticos durante mucho tiempo se han vanagloriado tener la mejor sanidad del mundo a coste reducido en comparación con los países vecinos (Tabla 1). Los contratos que las gerencias hacían anualmente con los servicios médicos sólo tenían un propósito (y no era precisamente la calidad de la atención): el ahorro. Cuanto más se ahorrarse, mejor. Durante años nos han vendido una frase que en sí misma es una mentira, pero que muchos médicos adoptaron como propia: “La sanidad en este país es insostenible”. La propagación de esta falsedad servía como argumento moral para usar la tijera todo lo posible mientras se construían aeropuertos, museos, auditorios... y se levantaban los famosos “chiringuitos” donde practicar impunemente el nepotismo con familiares y afines (no me meto ya en la inaudita infinidad de ayuntamientos, diputaciones,

La sanidad pública: un paciente en situación de final de la vida

pero se puede elegir en qué gastarlo. Y, desde mi humilde opinión, el Estado debe proveer cuatro servicios fundamentales: la seguridad, la justicia, la educación y la sanidad. Ellos escogieron no invertir en sanidad, favoreciendo la proliferación de plantillas caquécticas y de contratos basura. Pero los políticos no se detuvieron aquí, todavía les quedaba por asestar la puñalada definitiva. Y lo hicieron, ayudados por los sindicatos, en forma de “derechos sociales”, “conciliaciones”, “días de libre disposición y maternidad”, etc. Conozco un buen número de jefes de servicio que están presentando la dimisión o lo harán en un futuro próximo porque ya no se ven capaces de asegurar una atención sanitaria digna a la ciudadanía. Me lo explicaba hace poco uno de ellos, y creo que es sencillo de comprender... “Tengo un médico de baja maternal, un médico de baja paternal, otra a media jornada por cuidado de mayores, uno más que está de baja por una operación de espalda, y todos los

Sigue en la página 10

de la plantilla con un mes de vacaciones y días de libre disposición que les permite faltar más de dos meses al año al trabajo. Por supuesto, tengo que mantener el nivel de actividad con la plantilla restante. ¿Me puedes decir cómo coño se hace eso?”.

En esta política de eslogan y foto para las redes sociales que estamos padeciendo, los políticos eligen lo fácil -el gesto populista- y esquivan lo complicado: gestionar y solucionar una situación difícil haciendo un diagnóstico adecuado y proponiendo un tratamiento eficaz. ¡Ay la realidad, qué puñetera! ¡Cómo se obstina en torcer los planes bonitos y bienintencionados! Esto no cambiará, los profesionales de la política seguirán siendo lo que son porque nosotros vamos a seguir consintiéndolo con nuestros votos.

❖ Los médicos. La sanidad pública se ha mantenido hasta la fecha porque los médicos de mi generación (reconociendo que cualquier generalización es necesariamente incorrecta), y los de generaciones precedentes, hicieron un sobreesfuerzo trabajando fuera de horas (sin recibir remuneración a cambio la mayor parte de las veces), sábados y festivos a mayores, y sin librar las guardias en muchas ocasiones, porque para ellos lo principal eran los pacientes. A eso habría que añadirle la heroica dedicación para mantenerse bien formados acudiendo a cursos, reuniones... que, normalmente, se celebran durante fines de semana (no es de extrañar que este oficio tenga uno de los porcentajes más elevados de divorcios). Recuerden que los políticos llegaron a proponer que, encima, los médicos tributasen “extra” por estas actividades formativas (su inventiva extractora carece de límites). Pero aún más, nos pasábamos las tardes y los festivos haciendo investigación, publicando múltiples artículos científicos que la Administración siempre ha considerado algo marginal, apoyada en la filosofía sindical de enrasar a todo el mundo sin tener en cuenta el mérito. Es una evidencia científica que los

servicios médicos que investigan desarrollan una práctica clínica de mayor calidad. La investigación, señoras y señores, salva vidas, y debería estar contemplada en los organigramas de los servicios hospitalarios.

Las nuevas generaciones ya no son así y lo dejan muy claro desde el principio: no van a renunciar ni a un minuto de su espacio personal, no prescindirán de un día de vacaciones y tampoco de una libranza de guardia. Es muy común que, al acabar la residencia, se les ofrezca un contrato y lo rechacen porque prefieren hacerse un viaje de cuatro meses para desestresarse un poco (eso en mi época hubiera sido un hecho inaudito). Saben (y no les falta razón) que igualmente tendrán trabajo, que podrán elegir entre varias opciones y que el currículum no tendrá apenas impacto en su sueldo o en la carrera profesional. La carrera profesional en este país no tiene en cuenta verdaderos méritos; sirva como ejemplo la del SERGAS que no debe ser muy diferente a la propuesta de otras Comunidades Autónomas, donde se puede ver la importancia de “implicarse” en la igualdad de género (problema que, hasta donde yo sé, no existe en la sanidad pública) y donde se aprecia la total ausencia de apartados destinados a premiar la excelencia. A ello hay que sumarle otro hecho: lo que ganaba un médico (eso sí, trabajando de sol a sol) en la generación de mis padres le daba para hacerse con un estimable patrimonio. Esto ya no ocurre con mi generación y será todavía más complicado para las venideras. El contrato tácito del capitalismo (produce mucho y tendrás mucho) ha dejado de funcionar. Y como no van a ganar mucho han decidido trabajar lo justo. Las especialidades más solicitadas en el examen MIR son las que más ganancias proporcionan en el sector privado ¿Y se les puede culpar por ello? No lo creo, simplemente han adoptado los valores que la sociedad difunde. Esto no va a cambiar, las nuevas generaciones de médicos optarán por los puestos que tengan mejor relación económica

Sigue en la página 11

en ganancia/dedicación, y si esto significa dejar la Sanidad Pública por la Privada, no lo dudarán.

❖ La Atención Primaria (AP), dentro del colapso general del sistema, se lleva la palma. ¿Por qué pocos médicos se deciden por esta especialidad? Muy fácil, porque a los médicos les gusta hacer de médicos y, tal y como la AP está organizada hoy en día, la mayor parte del tiempo hacen de administrativos cubriendo recetas, gestionando bajas, anotando informes para la Administración, o dedicando atención a problemas banales del tipo “me ha salido un grano” o “me duele el codo”. No puede ser que se “desperdicie” el valor añadido que puede dar un médico vigilando cifras de colesterol o tensión arterial y que alguien con un dolor abdominal agudo e intenso, no pueda ser correctamente examinado en tiempo y forma en su centro de salud. La AP necesita una revolución radical, redefiniendo el papel y funciones de Enfermería (hacia una orientación asistencial que “libere” a los médicos del seguimiento de muchas patologías crónicas), retirando la gestión de bajas de los médicos y llevándola a la Inspección, dotando a los centros de salud de material adecuado para hacer diagnósticos rápidos (radiografías, ecógrafos...) y redistribuyendo la localización de los puntos de atención por carga de trabajo y no por criterios políticos. No se hará.

❖ La población general es cada vez más demandante. Los motivos de consulta se han multiplicado en los últimos años y muchos ciudadanos abusan del sistema sanitario, acudiendo a consulta ante el primer moco o dolor de garganta. Es posible que esto también se haya fomentado desde los medios de comunicación, exagerando el alcance de problemas que forman parte de la vida cotidiana. A todo el mundo le duele algo de cuando en cuando o tiene un episodio de

gastroenteritis. Lo razonable (salvo en contextos específicos) es tomarse algo y esperar que se pase. Esto tampoco va a cambiar.

En fin, estamos ante la “tormenta perfecta” y todo seguirá igual, salvo que cada vez será peor porque no hay ninguna solución. Ni siquiera vale ya invertir más dinero y contratar médicos, sencillamente porque no hay médicos que contratar. Se traen especialistas de otros países, en muchos casos con peor formación, como malmenory con un trasfondo moral reprochable (dejar sin médicos a los países más pobres), pero eso no es suficiente. ¿Qué va a ocurrir entonces? Pues muy fácil, los agujeros que irá dejando la sanidad pública van a ser ocupados paulatinamente por la sanidad privada, que tendrá cada vez más protagonismo (su peso en España ya es mayor que en gran parte de los países de la Unión Europea (Tabla 2), y en último término, el que tenga dinero será bien atendido y el que no tendrá una sanidad paupérrima. Pido disculpas por no poder ser más optimista, pero haría falta que los responsables políticos tomasen conciencia del problema y tuviesen la capacidad resolutoria de acometer grandes reformas. No lo harán.

Gasto público en Salud (% PIB)

Tabla 1

Datos del 2019. Fuente: OMS

| País | Gasto |
|----------------|--------|
| España | 7,85% |
| Alemania | 10,91% |
| Reino Unido | 9,92% |
| Francia | 10,34% |
| Italia | 7,33% |
| Portugal | 6,81% |
| Austria | 8,77% |
| Bélgica | 8,49% |
| Canadá | 9,79% |
| Estados Unidos | 15,95% |
| Dinamarca | 8,93% |
| China | 9,07% |
| Japón | 9,28% |
| Países Bajos | 9,47% |
| Irlanda | 5,6% |
| Suecia | 9,8% |

Gasto sanitario privado (% PIB)

Tabla 2

Datos del 2020. Fuente: MS

| País | Gasto |
|--------------|-------|
| España | 2,9 % |
| Alemania | 1,9% |
| Reino Unido | 2,1% |
| Francia | 1,9% |
| Italia | 2,3% |
| Portugal | 3,7% |
| Austria | 2,7% |
| Bélgica | 2,3% |
| Dinamarca | 1,6% |
| Países Bajos | 1,7% |
| Irlanda | 1,5% |
| Suecia | 1,6% |



Ante la actual situación de la Sanidad Pública y tras haber publicado en nuestra revista algunos artículos de profesionales que hacen referencia a esta circunstancia, consideramos oportuno reproducir un comunicado con fecha de 21 de noviembre del pasado año emitido por

la *Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF)*, agrupación representativa en las administraciones públicas, y que se dirigió entonces al Ministerio de Sanidad para impulsar un pacto de Estado que permita afrontar la grave situación de emergencia por la que atraviesa el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Destacamos algunos fragmentos del diagnóstico realizado previo al invierno.

“CSIF está participando en las diferentes protestas y conflictos planteados en todas las comunidades autónomas de uno y otro color político. Por este motivo, entendemos que, desde el respeto a las competencias que establece la Constitución, el Ministerio de Sanidad debe asumir su papel de liderazgo para revertir esta situación.

Además, CSIF buscará el amparo del Defensor del Pueblo ante el recorte del derecho fundamental a la protección de la salud por la dejación de responsabilidades por parte de los responsables políticos, tanto de las comunidades autónomas como del Gobierno Central.

Y es que, según datos recabados por CSIF procedentes de la Seguridad Social, las comunidades autónomas han prescindido de 51 327 empleos a lo largo de los meses de septiembre y octubre (11 550 en septiembre y 39 777 en octubre) coincidiendo con la campaña de vacunación de la gripe y la llegada del mal tiempo, con el incremento de patologías respiratorias que acarrea esta estación y la consecuente presión asistencial”.

Respecto al refuerzo de las plantillas, propone: “Desde la irrupción de la pandemia, CSIF ha reclamado un refuerzo generalizado de las plantillas. La Sanidad requiere de un plan estratégico a 5-10 años para situarnos en la media europea. Las diferencias con la UE arrojan un déficit de 130 000 profesionales de Enfermería, 1250 matronas, 1100 pediatras y 44 000 TCAES y 29 500 médicos de Atención Primaria. Asimismo, calculamos que haría falta contratar 176 000 plazas de otras categorías como psicólogos clínicos, fisioterapeutas o trabajadores sociales, entre otro personal del conjunto de la Sanidad.

Para ello, es preciso un incremento de la financiación del gasto sanitario. En España se invierten 2027 euros por persona, mientras que la media de la Unión Europea es de 2746 euros.

Por su parte, el presupuesto de 176 millones destinado a la implementación del Plan de Acción de Atención Primaria en los Presupuestos Generales de 2023 está muy lejos de las necesidades reales. Así, entendemos que es necesaria una inversión de 4000 millones para garantizar la implantación del marco estratégico, para subsanar el déficit estructural de personal y para la equiparación de recursos humanos de todas las categorías profesionales a la media de la Unión Europea. La situación de precariedad y eventualidad laboral a la que están sometidos los profesionales también está llevando a que muchos de nuestros sanitarios (cuya formación profesional está entre las mejores del mundo) tenga que salir de España en busca de unas condiciones laborales dignas”.

Concluyen con los datos de una encuesta realizada sobre condiciones laborales del colectivo de Atención Primaria: “...en abril de 2021 y un 98,2 por ciento de los profesionales nos reclamaba un refuerzo urgente de plantillas y de medios. La inmensa mayoría atribuye las carencias a la situación de abandono y lamentaban la falta de refuerzos y de cobertura de incapacidades temporales o permisos por vacaciones. Esta situación les está pasando factura psicológica y un 64,4 por ciento reconoce sufrir el síndrome de profesional quemado.

Desde CSIF se han trasladado propuestas a los partidos políticos entre las que se encuentran incluir una partida presupuestaria para equiparar los ratios de personal con la media de la Unión Europea, adecuar las plantillas a las necesidades reales de la población, para la creación de plazas de Enfermería Pediátrica y convocatoria de procesos extraordinarios de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria”.



Según los datos que se presentan, de ser así, debemos de estar más que preocupados por el derrotero por el que se va adentrando la sanidad y es de esperar que entre todas las opiniones que hay sobre el tema se llegue a un consenso entre todas las partes involucradas para encontrar una solución que permita proseguir con un sistema sanitario eficaz, eficiente y de calidad. Desde la *Red TBS-Stop Epidemias* somos muy respetuosos de las opiniones de todas las entidades o profesionales que nos hacen llegar sus escritos y que esperamos contribuyan con el buen hacer y la concordia social.

Joaquín Rodrigo Poch

Director General de Sandoz Iberia

Con más de 130 años de experiencia en el sector farmacéutico, lo que nació como una pequeña empresa química centrada en la producción de tintes, se fue desarrollando y creciendo, alcanzando hitos importantes hasta convertirse en lo que es hoy. Con una de las carteras de productos más amplias del mercado español, Sandoz se consolida como líder mundial en genéricos y biosimilares, siendo el segundo mayor productor de antibióticos del mundo.

Desde Sandoz nos esforzamos por facilitar el acceso al mercado español de los medicamentos genéricos y biosimilares a pacientes, a profesionales de la atención sanitaria y a la Administración, a través de iniciativas y alianzas estratégicas. Siempre decimos que importa lo que hacemos, pero también cómo lo hacemos, y para ellos debemos liderar desde el ejemplo siempre el compromiso de marcar la diferencia. Parte de nuestra labor se centra en trabajar para encontrar nuevas vías de acceso e innovar en la manera en cómo los pacientes y los profesionales sanitarios acceden a los medicamentos genéricos y biosimilares. Es por eso por lo que queremos ser considerados como un agente de cambio del sistema sanitario. Desde la ambición y el compromiso, trabajamos para lograr que esa innovación se materialice. La salud es una cuestión sensible y, su cuidado y el de los pacientes constituye la base de nuestra labor diaria. Nuestra razón de ser y todo por lo que trabajamos a diario tiene el único propósito de que los pacientes vivan más y mejores vidas. Desde Sandoz nos encargamos desde el desarrollo de medicamentos, hasta su fabricación y distribución con el objetivo de que lleguen al mayor conjunto de ciudadanos posible. Es una necesidad y una vocación que implica una gran inversión económica, pero también de esfuerzos personales y de trabajo organizado en equipo.



Inversión económica, innovación sostenible y trabajo organizado en equipo

Queremos seguir facilitando el acceso de los pacientes a tratamientos de calidad mediante el desarrollo y comercialización de estrategias innovadoras y accesibles que aborden las necesidades médicas. Por ese motivo, es fundamental prestar ese servicio a la sociedad si pretendemos que el mundo progrese y la equidad prime sobre las diferencias.

Para nosotros es prioritario que los pacientes tengan a su alcance la medicación necesaria para tratar diferentes patologías, lo que contribuye, además, a que la sociedad pueda tener acceso a estos productos y que la atención sanitaria sea lo más completa y de mayor calidad posible. Obviamente esta labor es una tarea conjunta con la Administración Pública, los profesionales sanitarios y el resto de los agentes involucrados en el proceso. No obstante, es importante para nosotros desde Sandoz, apoyar a las necesidades sociales colaborando con instituciones y entidades que trabajan incansablemente para lograr estos objetivos.

Sigue en la página 14

Nuestra aportación como una compañía comprometida con brindar esta innovación y sostenibilidad para mejorar el acceso a la salud, reside en seguir ofreciendo a la sociedad soluciones innovadoras, más allá de las moléculas. Como parte de la innovación que pretendemos ofrecer a nuestros pacientes, queremos ser un agente de cambio y ampliar nuestro ámbito de acción, así como contribuir y facilitar el desarrollo de la actividad de los profesionales de la salud, pero también apostamos por continuar aportando soluciones de acceso adaptadas y flexibles.

Un ejemplo de ello es uno de los proyectos que mejor representan este compromiso. Se trata de 'Salud Más Fácil', [una iniciativa que nace de la colaboración con Plena Inclusión Madrid](#), con el objetivo de facilitar la comprensión de los prospectos de los medicamentos a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, además de a otros colectivos con dificultades de comprensión lectora (personas mayores, personas inmigrantes no hispanohablantes, personas analfabetas funcionales o personas con trastornos de aprendizaje, entre otros).

A partir de una [plataforma web](#) se ofrece una adaptación de los prospectos de los medicamentos para así facilitar su lectura y entendimiento, de manera que se transmita la importante información recogida en los mismos relacionada con la toma y uso de medicamentos en un formato más comprensible. Ahora mismo, el proyecto recoge los 40 principios activos de uso más común redactados según los requisitos que exige la accesibilidad cognitiva, a fin de que esta información sea comprensible para los citados colectivos.

Por otra parte, la eficacia juega también un papel fundamental para nosotros. El hecho que el medicamento llegue al paciente en las mejores condiciones y que le ayudemos a utilizarlo como debe, es un objetivo primordial. Entendemos que el mayor coste es el de aquel medicamento que no se utiliza o no se utiliza

bien, y por ese motivo es crítico prestar toda la información y la formación adecuada con las que se puedan lograr mayores tasas de adherencia al tratamiento. Esto constituye un factor esencial para el éxito terapéutico y el cuidado de la salud y bienestar de los pacientes. Si la innovación y la eficacia son dos conceptos clave para el desarrollo del negocio y dos aspectos que se encuentran en el ADN de todo lo que hacemos en Sandoz, la sostenibilidad es el otro gran pilar sobre el que se basan nuestros proyectos.

En Sandoz trabajamos para facilitar la liberación de recursos de los sistemas sanitarios de todo el mundo. De esta forma, estos recursos podrán ser reinvertidos en innovación y en un mayor acceso, ayudando a la sostenibilidad de los sistemas de salud en beneficio de los pacientes. Con esto, pretendemos crear nuevas oportunidades y abrir nuevas opciones. Revertir a la sociedad parte de lo que nos proporciona constituye un objetivo fundamental de nuestra labor. La innovación sostenible permite precisamente eso, seguir innovando a la vez que colaboramos en la sostenibilidad de nuestro sistema, y en Sandoz estamos convencidos de que el desarrollo de medicamentos genéricos y biosimilares aporta esa innovación sostenible que nos permite mejorar y prolongar la vida de las personas.

Pero además de apostar por la continuidad de esa innovación, queremos ir un paso más allá. Por eso, trabajamos para ofrecer un valor añadido, desde el punto de vista del acceso, del diagnóstico, del seguimiento o de las pautas de tratamiento, con el que pretendemos mejorar la adherencia y la eficiencia de los medicamentos. Nuestro compromiso con la innovación incluye también iniciativas centradas en la mejora de la convivencia de los pacientes con su enfermedad, es decir, innovación más allá de las moléculas. Para ello, trabajamos muy estrechamente en colaboración con los profesionales sanitarios y sus asociaciones, además con la Administración

Sigue en la página 15

Pública, las Asociaciones de Pacientes y otros agentes del sistema sanitario para, todos juntos, intentar dar respuesta a los nuevos retos de salud que plantea la sociedad.

Es, de esta forma, como todos los actores de la sanidad debemos aunar nuestras fuerzas para que los fármacos genéricos y biosimilares ocupen un papel central en las políticas farmacéuticas de España, ya que constituyen una herramienta imprescindible para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario y para el acceso de los pacientes al tratamiento que necesitan.

ES2301272846

11ª Jornada de Actualización Tuberculosis - COVID-19

22 de marzo
2023

Sala de actos
Consejo General
de Colegios Oficiales
de Médicos

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

Inscripciones:

redtbsstopepidemias@redtbs.org



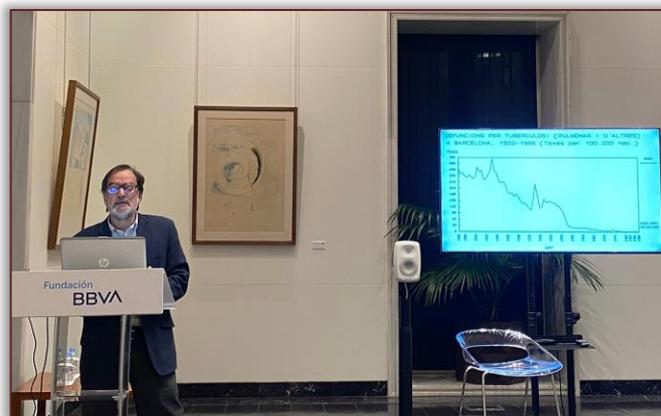
Libros editados por la Red TBS-Stop Epidemias: *Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1*, con prólogo de Federico Mayor Zaragoza, y *Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas*, con prólogo de Adolfo Pérez Esquivel. 151 autores que exponen su visión durante esta terrible pandemia en 52 ciudades de 20 países. Se pueden leer en nuestra web



Joan A. Caylà Buqueras, presidente *Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona*, ha dado una conferencia denominada “Evolución de la tuberculosis en España. Diez innovaciones en Barcelona y el gran impacto de la COVID-19”, en el salón de actos de la *Fundación BBVA*, el 26 de enero. Consideramos que el nivel y la importancia de sus opiniones y conclusiones merecen destacar alguna de ellas.

“A escala mundial la tuberculosis ha sido y sigue siendo una pandemia que en el 2021 aún ha ocasionado más de 10 millones de casos y más de 1,6 millones de muertes. En España en la primera mitad del siglo XX

ocasionó más de 50 mil muertes anuales. Con los nuevos tratamientos antituberculosos y otras medidas de prevención y control y las mejoras socioeconómicas la situación fue mejorando para empeorar en los años 80 del siglo pasado por la epidemia de heroinómanos y de infectados por el VIH. Esta situación impulsó el desarrollo del *Programa de Prevención y Control de la tuberculosis de Barcelona*, que se ha podido mantener hasta la llegada de la pandemia de COVID-19. En estos años se han desarrollado innovaciones en cuanto a vigilancia epidemiológica, investigación con ensayos clínicos relevantes, mejoras en los estudios de contactos y en la adherencia a los largos tratamientos antituberculosos. Desafortunadamente la pandemia de COVID-19 ha tenido gran impacto en la epidemiología de la tuberculosis, así como de otras enfermedades infecciosas y crónicas. En general ha habido una subdetección y subnotificación de casos. Este impacto se debe a que el alud de casos que se han ido generando en cada onda epidémica ha sobrepasado al sistema sanitario, detectándose sobre todo los casos más avanzados. Se propone establecer fuertes sinergias entre todos los actores involucrados en el control de ambas infecciones para mejorar la situación epidemiológica actual”.



World Health Organization
Wednesday, 26 October 2022
PRESS RELEASE
2021:
10,6 millones de casos (increment 4,5%)
1,6 millones de morts
450000 RR
Under EMBARGO until 27 October, 11:30 EST/17:30 CEST
Tuberculosis deaths and disease increase during the COVID-19 pandemic
La sindemia TB & COVID ha supuesto un retroceso grave en el control de la TB.
→ Recuperar el tiempo perdido en TB:
-sinergias en vig. y control de VIH/COVID/TB
-preparación para respuesta a futuras pandemias
**INVERTIR, ACTUAR, EVALUAR:
PROGRAMA QUE NO SE EVALUA
(VIH, TB o COVID)**
PROGRAMA QUE NO EXISTE
/fuiTB
fundació uiTB
fundación uiTB
foundation uiTB

Recomendaciones enero-2023:

- Mejorar coberturas vacunales (COVID y gripe)
- Casos de COVID: aislados, notificar a sus contactos
- Usar mascarillas si hacinamiento
- ...lavado de manos...

*****Prevenir mejor que curar*****

Civismo |
Estrategia de comunicación

Las conclusiones más destacadas de su conferencia son que “la sindemia TB & COVID ha supuesto un retroceso grave en el control de la TB”. Y que debemos de estar preparados para una próxima pandemia y para ello es necesario: “Invertir – Actuar – Evaluar”. Y que es necesario estar alertas y controlar resultados. Es claro, “programa que no se evalúa, programa que no existe”. Y apelando a un viejo dicho ante los acontecimientos, concluye con que “Prevenir, mejor que curar”.

OMS
Inicio de sesión | Panel | Centro de ayuda | Emergencias | Datos | Acerca de la OMS

Las mascarillas continúan siendo útiles para prevenir la COVID-19

personas con COVID o expuestas y personas en lugares abarrotados, cerrados, con mala ventilación

Menos tiempo de aislamiento para los pacientes

10 días si síntomas, 5 si no hay síntomas (acortable si test Ag (-)).

Revisión de los tratamientos contra la COVID-19

→ paxlovid en grupos de alto riesgo. Gestantes consultar.

13-1-23

Alcir Santos Neto

Analista Sénior de Salud Pública. Equipo de Políticas y Perspectivas de Economist Impact (The Economist Group). Washington DC. Estados Unidos

Nos encontrábamos en un momento oportuno para el desarrollo, la integración y la optimización de tecnologías transversales en los sistemas de salud globales. La minería de datos, la telemedicina, las tecnologías portátiles y muchas otras más penetraron el sector de la salud y los hogares de los consumidores, y los datos obtenidos a través de estas herramientas, además de los registros médicos electrónicos y otras medidas de recopilación de datos, nos proporcionaron información crítica sobre cómo respondimos a la pandemia de la COVID-19. Además, estos datos nos permitieron evaluar nuestra respuesta global y considerar la mejor manera de prepararnos para una eventual próxima pandemia. Este artículo proporciona una evaluación general del papel de los datos, los cuales actuaron como facilitadores y, en ocasiones, como obstáculos a la hora de responder a la pandemia.

¿Qué hicimos bien?

En los últimos años, sin lugar a duda, el mundo ha experimentado un estallido digital en todos los sectores.¹ Las clínicas locales que usaban lápiz y papel ahora buscan implementar registros médicos electrónicos. Los médicos que solían ver a sus pacientes en salas abarrotadas, ahora lo hacen a través de una pantalla desde la comodidad de sus hogares. En consecuencia, los sistemas de salud tuvieron que ser reinventados para prestar una atención médica más acorde a los nuevos tiempos. Debido a ello, nos dimos cuenta de la necesidad de recopilar la mayor cantidad de datos posible sobre el virus y sus impactos en la salud fuera del entorno clínico. Por lo tanto, esta necesidad creó un sentido de urgencia que generó nuevas tecnologías a niveles sin precedentes.



* El papel de los datos durante la pandemia de la COVID-19 ¿Qué aprendimos?

Solo algunos sistemas de salud contaban con los recursos necesarios para hacer frente a la nueva epidemia, y algunos otros se apresuraron para comprender el SARS-CoV-2 y desarrollar protocolos médicos y vacunas que salvaran vidas. En medio de esta gran necesidad, creo que los dos factores críticos que ayudaron a facilitar el intercambio de información, en otras palabras, datos que salvaron vidas, en medio de la pandemia, fueron la colaboración y los cambios administrativos y regulatorios.

Colaboración

A medida que la COVID-19 comenzó a propagarse, los expertos se preocuparon por el costo que tendría para los sistemas de salud. Los datos sobre la incidencia, prevalencia y la mortalidad eran vitales para ayudar a las autoridades a tomar decisiones sobre el establecimiento de una cuarentena y la reasignación de recursos. La

Sigue en la página 18

juntos para encontrar soluciones. Este fue el caso del Panel de la COVID-19 de Johns Hopkins y, recientemente, el Panel de Comportamiento de la COVID-19.² Teniendo como punto de partida el 22 de enero de 2020, un profesor y un estudiante de posgrado comenzaron a desarrollar un panel para rastrear la pandemia. Poco después, más de 20 voluntarios contribuían con el Centro de Recursos del Coronavirus, proporcionando datos confiables en tiempo real.³ El intercambio de datos se produce entre el Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins, la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense y el Censo, la Cruz Roja y la Oficina de Estadísticas Laborales.⁴ La revista Time agregó el panel a la lista de los Mejores inventos de 2020, que sirvió como fuente de información para expertos de todo el mundo. Por consiguiente, el reciente Panel de Comportamientos de la COVID-19 ofrece a los legisladores, funcionarios de salud pública y otras partes información sobre los temores y los impulsos detrás de la aceptación de la vacuna, el distanciamiento social y el uso de las mascarillas. La colaboración resultó en fondos y subvenciones de fundaciones privadas y agencias federales.⁵ En líneas generales, estos son ejemplos exitosos del poder de la colaboración para la producción y el intercambio de datos en medio de una pandemia que ofrece información crítica para ayudar a salvar vidas.

La colaboración no solo se dio entre empresas o instituciones, sino también entre muchos investigadores. Según el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos, solo en 2021, investigadores de todo el mundo contribuyeron con más de 2,5 millones de secuencias genómicas del virus SARS-CoV-2, además de más de 125 000 artículos de investigación.⁶ Un gran avance en el conocimiento permitió una visibilidad significativa de los desafíos y las posibles soluciones para encontrar vacunas efectivas, así como para encontrar formas de mejorar

nuestra respuesta de salud pública. En general, la colaboración desempeñó un papel importante para garantizar que tuviéramos acceso a los datos y tomar decisiones basadas en la evidencia, el tratamiento para salvar vidas y el desarrollo de vacunas.

Cambios administrativos y normativos

Mirando hacia atrás, también vemos cambios significativos en el panorama regulatorio. La producción de datos requiere la interacción de individuos en los proveedores de salud con las tecnologías digitales o, en su forma más simple, la entrada de datos en los sistemas digitales de forma manual.

El panorama regulatorio en muchos países durante la COVID-19 facilitó el acceso y el reembolso por utilizar tecnologías de salud digital que anteriormente no eran accesibles para la población en general. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HSS, por sus siglas en inglés) amplió la flexibilidad de los pacientes de Medicare que recibían servicios de telemedicina y extendió el reembolso del uso de la telemedicina a atención especializada, incluida la fisioterapia, la terapia ocupacional, la patología del habla y el lenguaje y la audiología.⁷ El HHS también codificó la cobertura de las teleconsultas de salud mental de forma permanente para las clínicas rurales y otros centros de salud calificados a nivel estatal.

Por otra parte, en Brasil, bajo la ley 14 510/22, se autorizó la práctica legal de la telemedicina en todo el país.⁸ En consecuencia, los municipios establecieron programas oficiales de telemedicina para atender a las poblaciones locales. Los pacientes ahora podían conectarse con un médico sin salir de su casa, siendo esto un gran logro para aquellos que no podían acceder a un centro médico debido a la distancia, el tiempo, las restricciones financieras o la sobrecarga de pacientes causada por la pandemia. Un mayor acceso y uso de los servicios permitió a los profesionales y funcionarios de salud pública

Sigue en la página 19

tener mejores datos sobre la prevalencia, la incidencia, la mortalidad, el número de pacientes en la UCI y aquellos que usan ventilación mecánica.⁹

Incluso en Kazajstán, que implementó una red nacional de telemedicina en el año 2004, los encargados de la toma de decisiones tuvieron que reajustar su enfoque para ofrecer telemedicina en medio de la COVID-19.¹⁰ Los cambios administrativos permitieron el establecimiento de la sede del centro de telesalud en la Universidad Médica de Semey para limitar la exposición de los médicos. Sin embargo, quienes consultaron a los pacientes a través de teleconferencias informaron tener una experiencia positiva, lo que llevó al Ministerio de Salud de la República de Kazajstán y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a promover el uso de este modelo en otras regiones del país. La vasta red de telemedicina en Kazajstán también condujo a una recopilación de datos a nivel nacional.

Desafíos que deberemos superar para la próxima pandemia

Si bien la colaboración, así como los cambios administrativos y normativos, ayudaron a facilitar la recopilación y el intercambio de datos, hay dos desafíos principales que no pudimos superar durante la pandemia, y que son necesarios abordarse.

En primer lugar, debemos encontrar formas de superar, o al menos mitigar de manera efectiva, el rápido aumento de la desinformación. La desinformación puede afectar la calidad de los datos, en particular cualitativos. La reticencia por vacunarse aumentó rápidamente debido a las campañas de desinformación. Instagram, Facebook, TikTok y WhatsApp ahora se utilizan como herramientas para difundir información inexacta aprovechando el miedo y la ansiedad de las personas en medio de una crisis global.

Las redes sociales se han convertido en una plataforma para desinformar a las personas sobre la eficacia, la seguridad y la fiabilidad de las vacunas y las mascarillas. Si bien los estudios indican que la desinformación promovida en las redes sociales influyó en la incertidumbre sobre las vacunas, las instituciones internacionales y los gobiernos están publicando herramientas y estrategias para ayudar a combatir las “noticias falsas”, como los kits de herramientas publicados por el gobierno del Reino Unido, Australia y los Estados Unidos.^{11, 12, 13, 14, 15, 16}

En segundo lugar, si bien este desafío no es exclusivo de la COVID-19, la brecha digital demostró ser un obstáculo importante para la respuesta a la pandemia. Los informes indican que los mayores de 65 años tienen las tasas de mortalidad más altas del mundo, un patrón similar que se encuentra en los Estados Unidos.^{17, 18} Sin embargo, un estudio publicado por la Revisión de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas informó que el uso de Internet entre los adultos mayores de 65 años en países latinoamericanos seleccionados osciló entre el 6,1 % en Honduras y el 24,5 % en Uruguay.¹⁹ Además del acceso limitado para los grupos de mayor edad, el Wilson Center informó que el 45,5 % de los hogares latinoamericanos tienen acceso a banda ancha, de los cuales solo el 23 % de los hogares rurales están representados.²⁰ La edad, el origen racial y étnico, los ingresos, la geografía y el género tienen implicaciones en el acceso y el uso de Internet, como lo señala Economist Impact.²¹ Por lo tanto, es evidente que, a pesar de los mejores esfuerzos, los datos recopilados durante la pandemia solo reflejaron una parte de la población. Como consecuencia, la exclusión de ciertos grupos poblacionales es un problema considerable para la investigación genética, el desarrollo de vacunas y la formulación de políticas.

Sigue en la página 20

Avanzando juntos

A medida que luchamos por recuperarnos de las consecuencias globales de la pandemia, debemos encontrar formas de prepararnos para la próxima. Albert Einstein nos dijo una vez que “la locura es hacer lo mismo una y otra vez y esperar resultados diferentes”. Debemos encontrar nuevas formas de mejorar nuestras respuestas, mitigar nuestros errores y fortalecer nuestra determinación. Parte de nuestra preparación debe incluir el desarrollo de planes para emergencias de salud digital para así garantizar que las entidades y autoridades subnacionales, nacionales y regionales puedan responder a la próxima pandemia con datos en tiempo real y de calidad. Pero para poder hacerlo, debemos aprovechar el impulso generado por la urgencia y la innovación para implementar cambios administrativos y los regulatorios efectivos y actualizados.

Necesitamos consolidar políticas basadas en la evidencia que maximicen el bienestar de los pacientes y desechar aquellas que demostraron ser ineficaces. Debemos tener cuidado de no volver a las viejas prácticas y traer de vuelta las políticas obsoletas. Solo entonces estaremos preparados para aprovechar la información y los datos para salvar vidas.

1 Amankwah-Amoah J. et al. La COVID-19 y la digitalización: La gran aceleración. *J Bus Res.* 2021;136:602-611. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8437806/>

2 Universidad Johns Hopkins. 2021. El Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicación lanza el Panel Integral de Comportamiento Global para la COVID-19. Universidad Johns Hopkins. <https://publichealth.jhu.edu/2021/johns-hopkins-center-for-communication-programs-launches-comprehensive-global-covid-behavior-dashboard>

3 Informe del personal de Hub. 2021. Johns Hopkins cumple un año de seguimiento de la COVID-19. Universidad Johns Hopkins. <https://hub.jhu.edu/2021/01/22/johns-hopkins-coronavirus-map-marks-one-year/>

4 Universidad Johns Hopkins. 2023. Preguntas frecuentes - Casos de la COVID-19 en Estados Unidos por condado. Universidad Johns Hopkins. <https://coronavirus.jhu.edu/us-map-faq#:~:text=The%20data%20sources%20include%20the,Bureau%20of%20Labor%20and%20Statistics.>

5 Porterfield, J. 2022. Preguntas y respuestas: El financiamiento institucional para pandemias cataliza la colaboración en investigación. Universidad Johns Hopkins. <https://coronavirus.jhu.edu/pandemic-data-initiative/expert-insight/q-and-a-institutional-pandemic-funding-catalyzes-research-collaboration>

6 Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos. 2021. Reflexiones sobre un año de intercambio de datos sobre la COVID-19. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://www.niaid.nih.gov/news-events/year-covid-19-data-sharing>

7 Administración de Recursos y Servicios de Salud. 2022. Requisitos de licencia de telesalud y pactos interestatales. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://telehealth.hhs.gov/providers/policy-changes-during-the-covid-19-public-health-emergency/telehealth-licensing-requirements-and-interstate-compacts/>

8 Cámara de Diputados de Brasil. 2022. Ley regula la práctica de la telesalud en todo el país. Congreso Nacional de Brasil. <https://www.camara.leg.br/noticias/932127-lei-regulamenta-a-pratica-da-telessaude-em-todo-o-pais/>

9 Caetano, R. et al. Desafíos y oportunidades para la telesalud en tiempos de COVID-19: Una reflexión sobre espacios e iniciativas en el contexto brasileño. *Cuadernos de Salud Pública.* 2020.36(5) <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTnRyW98Rz3drwpjf>

10 Bhaskar, S. et al. Telemedicina en todo el mundo - Documento de posición del consorcio internacional del PROGRAMA DE RESILIENCIA (REPROGRAM) del sistema de salud pandémico COVID-19 (Parte 1). *Frontas en Salud Pública.* 2020. 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.556720/full>

11 Gudi, S. K. et al. Influencia de las redes sociales en las perspectivas públicas sobre la seguridad de las vacunas COVID-19. *Revisión Experta de Vacunas.* 2022. 21(12). <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2022.2061951>

12 Skafle, I. et al. Información errónea sobre las vacunas contra la COVID-19 en redes *J Med Internet Res* 2022;24(8):e37367 <https://www.jmir.org/2022/8/e37367>

13 Wilson SL, Wiysonge CSocial media and vaccine hesitancy *BMJ Global Health* 2020;5:e004206. <https://gh.bmj.com/content/5/10/e004206>

14 Gobierno del Reino Unido. 2021. Un Kit de herramientas de redes sociales para profesionales de la salud - escritorio. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/m/item/a-social-media-toolkit-for-healthcare-practitioners---desktop>

15 Departamento de Salud del Estado de Queensland. 2021. Cómo detener la propagación de la desinformación sobre las vacunas. Gobierno de Australia. <https://vaccinate.initiatives.qld.gov.au/how-to-stop-the-spread-of-vaccine-misinformation/>

16 Agencia de Ciberseguridad y Seguridad de Infraestructuras. 2022. Kit de herramientas contra la desinformación sobre la COVID-19. Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos. <https://www.cisa.gov/covid-19-disinformation-toolkit>

17 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2023. Actualizaciones semanales por características demográficas y geográficas seleccionadas. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm

18 Demombynes, G. 2021. Demasiado joven para morir: Edad y muerte por COVID-19 en todo el mundo. Banco Mundial. <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/too-young-die-age-and-death-covid-19-around-globe>

19 Sunkel, G. y Ullmann, H. 2019. Adultos mayores en la era digital en América Latina: Cerrando la brecha de la era digital. Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44722/RVI127_Sunkel.pdf

20 Wilson Center. 2021. La brecha digital en América Latina: Superación de las brechas persistentes. Wilson Center. <https://www.wilsoncenter.org/event/latin-americas-digital-divide-overcoming-persistent-gaps>

21 Impacto económico. 2022. La intersección de la salud digital y la equidad. The Economist Group. <https://impact.economist.com/perspectives/healthcare/intersection-digital-health-and-equity>

*** Descargo de responsabilidad: Las opiniones expresadas en este artículo no representan a Economist Impact ni a The Economist Group**



Martín Sívori

Jefe de la Unidad de Neumotisiología del Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires. Director Centro Universitario de Neumología de la Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina

¿Ceca o cara?

Ceca

Juan, tiene 23 años, cuando la vida le debería sonreír por un futuro lleno de proyectos, sueños ya cumplidos y otros por cumplir y esperanza de una vida feliz, sin embargo, está de cara a la muerte, sólo es cuestión de tiempo... Vive en la calle, se droga, no trabaja, está severamente desnutrido... Se internó por primera vez en mi servicio hace 3 años, por síntomas compatibles con una tuberculosis pulmonar (TB), que se comprobó a las pocas horas, y le diagnosticamos infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). A los 30 días de recibir el tratamiento adecuado, y ya comenzada su recuperación se fuga y abandona todos los tratamientos.

La historia se ha repetido en estos tres años seis veces. Con la diferencia que en la última internación ya la micobacteria se había hecho multirresistente. En el medio, consultas varias a abogados institucionales, también escalado a las autoridades del Ministerio de Salud del país, organizaciones no gubernamentales (ONGs), la justicia: nadie podía ser algo por la salud de Juan y por toda la comunidad que estaba en contacto con él... nada... impotentes nosotros los médicos asistimos al deterioro de su salud y seguramente a la dispersión de micobacterias altamente peligrosas para la comunidad... Nadie puede resolver el problema social, humano y de salud de Juan... La muerte será la única que lo solucione definitivamente.



LA TUBERCULOSIS en el SIGLO XXI (O CRÓNICA DE LA DESIDIA EN POLÍTICAS DE SALUD)

Cara

José de 58 años, es oriundo de un país de la región de Sudamérica que no tiene acceso a la salud a aquel que no tiene con qué pagar. Por sus familiares que viven en nuestro país, ha viajado en uno de los "chárteres sanitarios", a nuestra ciudad, a nuestro hospital, para resolver situaciones clínicas de seres humanos en cuyos países de origen, si no se pueden pagar su atención, quedan librados a la evolución natural de sus dolencias. Le diagnosticamos TB asociado a una severa desnutrición. Tenía antecedentes de alcoholismo y también estaba desocupado al momento de enfermarse. Comenzó el tratamiento correspondiente y a los seis meses fue dado de alta curado, quedándose a vivir en la casa de sus familiares para su recuperación en ese tiempo.

Sigue en la página 22

Dos historias de pobreza y miseria en nuestra región latinoamericana y de nuestro país... Una con final feliz gracias a una familia que rápida de reflejos reaccionó a tiempo, pero con cierta disponibilidad de recursos. La otra, de desidia y con el peor de los finales, con responsables a todos los niveles gubernamentales por no hacerse cargo de los seres humanos sufrientes en situaciones tan complejas sociales y humanas. Cuantas Josefás o Josés, Juanas y Juanes han quedado o quedan en el camino sin atención médica adecuada... Seguramente si recorriéramos con Virgilio y el Dante el Infierno, encontraríamos a todos los responsables de esta situación que ya han partido, más allá del cuarto círculo del Averno: avaros, perezosos, violentos, traidores y fraudulentos, políticos y parlamentarios, gobernantes y jueces, médicos y economistas...

No obstante, quiero destacar algunos detalles alentadores que existen: en nuestro país se realiza atención médica gratuita en el sistema de hospitales públicos, sin importar raza, nacionalidad, credo o religión. Existe un *Programa Nacional de Tratamiento de la TB* que lo garantiza gratuitamente al igual de uno para el sida. En mi hospital público, localizado en la zona pobre de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, unas 100 personas anuales les diagnosticamos TB, con alta incidencia de personas en situación de calle, desnutrición, adicciones y asociación con infección del VIH.

Epidemiología de la Tuberculosis. Objetivos de la Organización Mundial de Salud

La tuberculosis enferma a 10 millones de personas aproximadamente cada año y es una de las diez principales causas de muerte en todo el mundo (1.2 millones/año). Durante los últimos 5 años, ha sido la principal causa de muerte por un solo agente infeccioso, ubicándose por encima del VIH o aquellos en lo que presentan sida (*WHO 2021, Dheda 2016*).

Los factores de riesgo claves asociados con la TB incluyen la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento y la situación de calle, el alcoholismo, el VIH, la silicosis, cáncer y otras enfermedades con inmunodeficiencia como los pacientes en diálisis, diabéticos y con diferentes drogas inmunosupresoras (*WHO 2021, Dheda 2016*). La coinfección por el VIH aumenta el riesgo 10% anual. En Argentina, 11 mil personas se diagnostican cada año de TB y fallecen casi 700 personas anualmente, es decir está dentro de los países del mundo con indicadores moderados de preocupación epidemiológica (*Min. Salud Argentina 2021*). Ciertamente la aparición de la infección del VIH en la década de los 80, la inmunodepresión asociada y coinfección con tuberculosis como enfermedad marcadora del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana en el mundo desarrollado, ha permitido el desarrollo e investigación de nuevos y más fármacos para las formas resistentes de micobacterias, y también ha generado cambios indudables cambios epidemiológicos en los países desarrollados donde se la creía erradicada. La inmigración de países africanos y de Europa del Este a Europa Occidental también trajo aparejado el aumento de la incidencia de tuberculosis en ésta.

Periódicamente desde hace décadas la Organización Mundial de Salud viene proponiendo metas y objetivos para el control y reducción de la morbi-mortalidad de la TB, que nunca se han podido cumplir. En esta oportunidad los Estados miembros de la OMS y de la ONU se han comprometido con el objetivo, que para el año 2030 exista una reducción del 90 % en el número absoluto de muertes por TB y una reducción del 80 % en la incidencia de TB (nuevos casos por 100 000 habitantes por año), en comparación con los niveles en 2015 (*WHO 2021*).

Sigue en la página 23

Tuberculosis en tiempos de la pandemia

Pero para empeorar la situación ya alarmante, otra pandemia asola a la humanidad desde principios del año 2020 y se asoció a cambios en la epidemiología de la TB. A medida que el mundo se unía para hacer frente a la pandemia de la COVID-19, era importante garantizar que los servicios y operaciones esenciales para hacer frente a otros problemas de salud prevalentes y continúen protegiendo la vida de las personas con TB y otras enfermedades o trastornos de salud (OPS/WHO 2021, Saunders 2021, Ritacco 2020). El impacto que produjo la COVID-19 en los servicios de TB fue una reducción del número de casos de tuberculosis diagnosticados y manejados en la mayoría de los países como resultado combinado de acceso reducido, diagnóstico retrasado y servicios de salud sobrecargados, entre otras razones. Esto fue más notorio en el año 2020, al inicio de la pandemia, se observaron reducciones sustanciales de la notificación de casos de TB durante meses sucesivos en varios países con una elevada carga de TB a medida que se introdujeron medidas para responder a la pandemia.

En nuestro hospital con sus 400 camas de internados pro COVID-19 y suspendida toda la atención de pacientes ambulatorios durante el 2020 y casi 10 meses del 2021 por decisión del Ministerio de Salud, diagnosticamos menos TB, muchas asociadas a COVID-19, pero fuimos el hospital público con menor tasa de abandono de tratamiento, debido a estrategias particulares que implementamos de generar pases sanitarios de permiso de transporte, un consultorio abierto a demanda espontánea permanente, retiro medicación mensual y contacto estrecho telefónico. Según el informe de la OMS, hubo una disminución del 18 % en las notificaciones de casos de TB entre 2019 y 2020 (de 7,1 a 5,8 millones de casos) (OPS/WHO 2021).

Los modelos conservadores sugieren que es probable un aumento del 20 % en las muertes por TB en los próximos 5 años como resultado de la pandemia (OPS/WHO 2021). Podrían registrarse otros 1,4 millones de muertes por TB como resultado directo de la pandemia de la COVID-19. Es probable que estas sean estimaciones conservadoras, ya que no tienen en cuenta otras posibles repercusiones de la pandemia en la transmisión de la TB, interrupciones del tratamiento, efectos en las comorbilidades y resultados más deficientes en personas con TB e infección por COVID-19 (OPS/WHO 2021, Saunders 2021, Ritacco 2020). El boletín epidemiológico de TB 2020 Argentina hace énfasis en que la notificación de casos incidentes de TB en 2020 se había reducido un 14 % respecto de 2019. Esta disminución se produjo principalmente a partir del segundo trimestre de 2020 (Min Salud Argentina 2022). La coinfección de COVID-19 y TB se suma a la complejidad clínica en el manejo del paciente (necesidad de oxígeno suplementario, ventilación invasiva o no invasiva y personal especializado), lo que tiene un impacto significativo en los servicios de salud. La pandemia de la COVID-19 ha provocado estigmatización social y comportamientos discriminatorios contra personas de algunos orígenes étnicos, así como contra cualquiera que se perciba que ha estado en contacto con el virus. El estigma pudo socavar la cohesión social y llevó al aislamiento social de algunos grupos, lo que podría haber contribuido a que la COVID-19 y la TB se propagaron con mayor facilidad. Esto pudo hacer que las personas oculten la enfermedad para evitar que la discriminen, eviten buscar atención de salud de inmediato o dejen de adoptar comportamientos saludables. La TB se diagnostica con frecuencia de forma concomitante o después de COVID-19 y la infección dual puede estar asociada con una mayor tasa de letalidad.

Sigue en la página 24

Un estudio que describe una cohorte mundial de coinfección entre TB y COVID-19 publicado recientemente, determinó en un análisis multivariado que la edad, el género masculino y la ventilación invasiva fueron factores independientes asociados a mortalidad (TB/COVID-19 Global Study Group, 2022). Los pacientes con TB activa tenían mayor mortalidad (*odds ratio* 1,5) en comparación con aquéllos con TB previa. Por ello la TB debe considerarse un factor de riesgo para la enfermedad grave de COVID y los pacientes con TB deben tener prioridad para los esfuerzos preventivos de COVID-19, incluida la vacunación (TB/COVID-19 Global Study Group, 2022). La TB no está considerada como una comorbilidad frecuente de COVID-19, sin embargo, puede entorpecer el manejo clínico de la coinfección debido al uso en formas graves de la enfermedad de inmunomoduladores e inmunosupresores que podrían reactivar una TB latente, además de toxicidad hepática asociada.

Palabras finales

“Frente a las enfermedades que produce la miseria, frente a la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de enfermedad, son unas pobres causas”. (Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958. Ministerio de Salud de Argentina).



Ramón Carrillo (1906-1956) fue un médico sanitarista. Ministro de Salud Pública de Argentina e impulsor de una innovadora y valiosa labor en el campo del sanitario, alcanzando unos resultados destacadísimos para la época en el control del paludismo, sífilis, lepra y tuberculosis.

Evidentemente la falta de resultados en la lucha contra la TB para cumplir las metas y objetivos de la OMS en los últimos cuarenta años, es debida a múltiples factores y a la complejidad de las soluciones necesarias: principalmente políticas de salud en cada país del mundo dando prioridad a esta enfermedad, redes transnacionales de información, cooperación, acceso a métodos diagnósticos y de tratamientos simples y efectivos (implementación del DOTS: tratamiento corto directamente observado), pero no por ello menos importante en cada país y en especial los más pobres, se requerirán inevitablemente programas de promoción humana, acceso al trabajo y economías más sanas, condiciones de habitabilidad y ambientales dignas, tratamiento de las infecciones y adicciones asociadas (como por el VIH, alcoholismo y drogas ilícitas).

Mientras estas políticas nacionales de salud, económicas y sociales no contemplen estos factores (y otros que hacen a la mejor condición de vida humana), el problema de la TB, especialmente en nuestras regiones empobrecidas de Latinoamérica, por la desidia, no tendrá solución. En otras palabras, que se coloque en definitiva al ser humano, con sus necesidades y derechos, en el centro de la preocupación y agenda de nuestros gobiernos. *“Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana... Sólo sirven las conquistas científicas sobre la salud, si éstas son accesibles al pueblo”. Ramón Carrillo (1906-1956)*

-World Health Organization. Tuberculosis profile: Global 2021. En: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&entity_type=%22group%22&group_code=%22global%22; consultado febrero 2022.
-Dheda K, Barry CE, Maartens G. Tuberculosis. *Lancet* 2016 387:1211-26.
-Boletín N° 5 Tuberculosis y lepra en la Argentina. Año V-Marzo 2022. Ministerio de Salud de la Nación. En: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/boletin_n_5_tuberculosis_y_lepra_en_argentina_28-3-2022.pdf consultado.

-WHO. Tuberculosis profile: Argentina 2021. En: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22AR%22.
-Saunders MJ, Evans CA. COVID-19, tuberculosis, and poverty: preventing a perfect storm. *Eur Respir J* 2020;56:2001348.
-OPS / OMS Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 27 de septiembre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. En: <https://m.reliefweb.int/report/3777876/argentina/actualizaci-n-epidemiol-gica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-27-de-septiembre?lang=fr>
-Ritacco V, Kantor IN. Tuberculosis y COVID-19. Una relación peligrosa. *Medicina (B Aires)* 2020; 80: Suppl 6:117-118.
-TB/COVID-19 Global Study Group. Tuberculosis and COVID-19 co-infection: description of the global cohort. *Eur Respir J* 2022;59:2102538.
-Ramón Carrillo. Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958. Honorable Cámara de Diputados. Secretaría Parlamentaria. Dirección de Información Parlamentaria. Acceso el 15.02.23 en www.labaldrich.com.ar/wp-content/uploads/2013/03/Plan-Sinte%CC%81tico-de-Salud-Pu%CC%81blica-1952-E%28%80%93-1958-del-Dr.-Ramo%CC%81n-Carrillo.pdf

Noticias 4 BIENVENIDOS



Damos la bienvenidas a QIAGEN como otro patrocinador más que se suma al proyecto de la Red TBS-Stop Epidemias con la misma ilusión y voluntad con la que todos los integrantes de la red ponemos en la prevención en salud, especialmente la tuberculosis y otras epidemias y pandemias que principalmente se ceban con los sectores sociales más desamparados: aquellas enfermedades sociales que tienen un componente infeccioso.

Hace un par de días se reunieron la directora para España y Portugal de QIAGEN, Ana Martínez Hortigüela y el presidente del Comité Científico de nuestra Red TBS-Stop Epidemias, Julio Ancochea Bermúdez, para firmar el acuerdo de patrocinio, acontecimiento que contó con la presencia de la representante del equipo de ventas de QuantiFeron Iberia, Laura Tanarro López y el secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias, Javier García Pérez.

QuantIFERON es líder mundial en inmunidad celular con su prueba de diagnóstico complementaria en la gestión de pacientes. La monitorización de la respuesta inmunitaria celular puede orientar en el enfoque terapéutico. Se utilizan muestras de sangre total para medir la producción de interferón y como respuesta a estimulante del sistema inmunitario genéricos o específicos



Javier García Pérez – Laura Tanarro López – Ana Martínez Hortigüela – Julio Ancochea Bermúdez

Probar y tratar la infección de tuberculosis latente es la forma más efectiva de prevenir su transmisión y, finalmente, erradicar la enfermedad. Con QuantiFERON se puede ver la imagen completa las células T CD4 y CD8 que desempeñan un papel fundamental en la respuesta inmunitaria a la infección por tuberculosis. QuantiFERON-TB Gold Plus es la única prueba que puede provocar distintas respuestas de células T CD4 y CD8 a partir de muestras de sangre total de pacientes. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido el potencial de conocimientos clínicos adicionales utilizando QFT-Plus.



Los estudios de investigación sugieren nuevos conocimientos clínicos potenciales basados en las respuestas de las células T CD8. Dos metaanálisis sobre el rendimiento de QFT-Plus confirman una mayor sensibilidad de la prueba en comparación con la generación anterior de la prueba QFT, atribuyendo esta mejora a la Tecnología de células T CD8 en el tubo TB2. En dos estudios de investigación que analizaron el rendimiento de la prueba en pacientes coinfectados con VIH, se encontró que la sensibilidad QFT-Plus para la TB activa no se vio afectada por el estado del VIH. Los estudios de investigación también indican que la presencia y la fuerza de la respuesta de las células T CD8 pueden proporcionar nuevos conocimientos al considerar el riesgo de un paciente de infección y enfermedad de TB reciente.

CONSEJO EDITORIAL



EDITORES

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



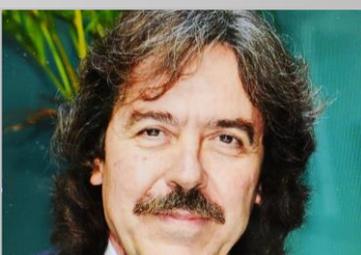
Mario Braier está especializado en periodismo sanitario. Director de la Agencia infomedpress realizó numerosas campañas de prevención en salud para diferentes sociedades científicas. Es coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias

ASESORES



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

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



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

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



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

CONSEJO EDITORIAL

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



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

Lorenzo Fernández Fau fue jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de la Princesa; presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; cofundador de Integración Iberolatinoamericana en Neumología y Cirugía Torácica. Y es Miembro de honor de las Sociedades de Neumología y Cirugía Torácica de Argentina; y la Confederación Centroamericana del Caribe, Perú, Bolivia y Venezuela.



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

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



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

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Il·lenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias – Acta Sanitaria – Centro de Atención de Adicciones La Latina – Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo – Cruz Roja Española – Centro de Acogida para Inmigrantes San Blas – Departament de Justícia Generalitat de Catalunya – Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) - Organización Médica Colegial (OMC) – El Global – Editorial Saned Revista El Médico – Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española – Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER) – Fundación SEMG Solidaria Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (FUITB) – Gaceta Médica – Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) – Ibsen Comunicación - infomedpress – IF Fundación Teófilo Hernando – Luzan 5 – Médicos del Mundo Illes Balears NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping – Publimas Digital – IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) – SEMERGEN Solidaria – Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) – Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa - Be Neumo, Be You – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) – Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) - SEPAR Solidaria – Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) - Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias - Ministerio del Interior – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial - Diario Médico Correo Farmacéutico – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



Consejo Institucional

Dr. Tomás Cobo Castro

Dr. Francisco García del Río

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Prof.ª Fátima Cabello Sanabria

Consejeros

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Dra. Pilar de Lucas Ramos

Dr. Benjamín Abarca Buján

Dra. Inmaculada Alfageme Michavila

Dr. Serafín Romero Agüit

Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz

Comité Técnico

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

Comité Científico

Dr. Julio Ancochea Bermúdez, presidente

Dr. José Manuel Solla Camino, vicepresidente

Dr. Javier García Pérez, secretario general

Vocales

Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Dr. José Antonio Caminero Luna

Dr. Joan Caylà Buqueras

Dr. José María García García

Dr. Fernando Pérez Escanilla

D.ª Noelia Martín-Buitrago López-Carpeño