memorias
RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD
RED TBS STOP EPIDEMIAS SANIDAD SIN FRONTERAS

Memorias: Edición 50
***Newsletter:* Edición 80**
6 de noviembre de 2024

Newsletter Red TBS informa

EDITORIAL

¿Guerra? ¿Pandemia? ¡No! DANA

Muchos apenas conocerán el significado de la palabra DANA: son las siglas de Depresión Aislada en Niveles Altos, término con el que definen los meteorólogos españoles lo que antes se conocía como "gota fría". Tampoco, hoy día, algunos no saben qué significa el acrónimo COVID: es la abreviatura de *Coronavirus disease*.

La DANA no es una guerra, pero los resultados destructivos se le parecen, no es una pandemia, aunque tiene similitudes con la que sufrimos cuando se desencadenó la del coronavirus y sí que es una DANA que nos sobrecoge en un profundo dolor acentuado por la incapacidad del gobierno de la Generalitat Valenciana para afrontar esta hecatombe. Pero no lo dejemos aquí, también que el Gobierno central que ha reaccionado siguiendo un protocolo de actuación de lo más insensible.

Por más que la Generalitat Valenciana mantuviera el nivel 2 de emergencia a pesar de que la cifra de fallecidos supere las 200 personas (al día de escribir esta editorial: el 2.11.24) y el president de la Generalitat Valenciana aún no ha elevado el nivel de emergencia a "catastrófica", lo que significa, de facto, que no ha asumido por el momento el mando único de la operación. Según la ley de Protección Civil y Gestión de Emergencias de la Generalitat, y al no haber solicitado al Gobierno Central que se active el artículo 116 de la Constitución (relativo al estado de alarma), se prevé que el president de la Generalitat podrá declarar "emergencia catastrófica" cuando se considere que la intensidad de los daños sea "particularmente grave". En caso de que la Comunidad hubiera elevado hasta el grado 3 el nivel de emergencia ahora sería el responsable legal y no solo el rostro político de todas las decisiones tomadas por la Generalitat para paliar las consecuencias de la DANA. No obstante, el hecho de que la Generalitat no haya decretado

Sigue en la página 3

SUMARIO

Editorial – ¿Guerra? ¿Pandemia? ¡No! DANA 1

Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias 2

Presentación de la 3ª Jornada Conjunta 5
Julio Ancochea Bermúdez
Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

Cruz Roja: Dar visibilidad a los colectivos más vulnerables 7
Fátima Cabello Sanabria
Directora del Área de Salud de Cruz Roja Española.

Cruz Roja en relación con la TB y la adherencia terapéutica 8
Juan Jesús Hernández González-Nicolás
Médico del Área de Salud de Cruz Roja.

Noticias 1: Reunión del Grupo de Trabajo para la Prevención y Control de la Tuberculosis. División de Control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. DGSP. Ministerio de Sanidad. 12

Las enfermedades infecciosas más prevalentes en los CP 13
Enrique Acín García
Jefe del Área de Salud Pública de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.

Atención sanitaria en Instituciones Penitenciarias 18
Sofía Victoria Casado Hoces
Enfermera del Centro Penitenciario de Madrid 3 - Valdemoro.

Noticias 2: El encarcelamiento masivo impulsa a la tuberculosis en Latinoamérica, asegura un estudio de The Lancet 20

Proveer el acceso a los medicamentos a todos aquellos pacientes que los puedan necesitar 21
Joaquín Rodrigo Poch
Director general de Sandoz de España y Portugal. Presidente de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares.

Un centro especializado de la TB mediante TDO 24
Xavier Casas García
Director Médico de Serveis Clínics.

Noticias 3: ¿Quién financia la sanidad pública? 26

¿Qué hacemos en la fuiTB? 27
Joan Artur Caylà Buqueras
Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona - fuiTB.

Programa de Agentes de Comunitarios de Salud 29
Jesús Edison Ospina
Coordinador del Programa de Agentes Comunitarios de Salud.

Noticias 4: Los parlamentarios firman Acuerdo de la OMS 32

La TB desde el punto de vista clínico 33
Javier García Pérez
Responsable de Tuberculosis del Hospital U. de La Princesa.

III Jornada Iberoamericana: Sanidad sin fronteras. Encuentro *online* de profesionales de 15 países (Inscripción gratuita). 35

Consejo Editorial - Integrantes y patrocinadores 38

RED TBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD — SANIDAD SIN FRONTERAS

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias

OMC Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR

SEMG Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Cruz Roja

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Agència de Salut Pública

ANSICH

Associació Lluita de Respiratori

Correo Farmacéutico

Diario Médico

EFE

EFE Salud

El Global

Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios

gepac Pacientes Cáncer

im Médico

im Farmacias

im Veterinaria

Be Neumo. Be You

FENAER

Gaceta Médica

Generalitat de Catalunya Departament de Justícia

GEIM

ibsen comunicación s.l.

Teófilo Hernando

Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo

Médicos del Mundo Illes Balears

Neumo Madrid

Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del SUR

infomedpress

saneo El Médico Interactivo

seimc

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP

SEMERGEN Solidaria

SEPARSolidaria

semFYC Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SESP Sociedad Española de Salud Penitenciaria

uitb Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona

servimedia

UAM Universidad Autónoma de Madrid

EUE Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja UAM

Acinar

Ministerio del Interior

/fuiTB

Servicio Neumología Hospital de la Princesa Madrid

Asociación de médicos gallegos

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias

Grupo Menarini www.menarini.es

Chiesi People and Ideas for Innovation in Healthcare

SANDOZ

Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson

Serveis Clínics

QIAGEN

PSN

Control Group

el nivel 3 de Emergencia, situación en la que el riesgo o accidente pone en peligro la seguridad e integridad física de las personas y es necesario proceder al desalojo o evacuación y requiere la intervención de equipos de alarma y ayuda externa; entendemos que el Estado central (de cualquier manera) debería haber actuado con diligencia y sin menos protocolo entre organismos.

¿Cómo es posible que ante tragedias como la de Haití donde, en 2010, un devastador terremoto de 7,0 en la escala de Richter asoló a este país matando a 200 000 personas y provocó más de dos millones de desplazados, España haya reaccionado casi de inmediato enviando ayuda y apoyo de personal a la población en un par de días y hoy, a cinco días de la tragedia haya pueblos de la zona de la catástrofe en los que ni se ha asomado la UME?

La otra coincidencia de la DANA con la pandemia de la COVID-19 es la solidaridad de la población y la rápida reacción de l@s voluntari@s que ya a las 24 horas estaban a pie del terreno con sus escobas y palas. Recordemos, durante la pandemia llamamos "trabajadores esenciales" a las personas que afrontaron el peligro de contagio desde sus puestos de camioner@s, repartidor@s, cajer@s y personal de supermercados, asistentes sociales, sanitarios… Pues ahora han inaugurado en Valencia lo que la voz popular definió como el "Puente de la Solidaridad". ¿Cómo puede ser que lleguen antes los periodistas que los camiones de limpieza o los víveres esenciales para la población víctima de esta tragedia? Ante ello se nos hace claro, también, el recuerdo de que en las primeras semanas de la pandemia, (de lo que aún no se han deslindado responsabilidades), la muerte de miles de ancianos desatendidos en sus residencias… Nos llena de miedo solo mencionarlo. ¿Pasará los mismo con los ancianos de las poblaciones arrasadas por la riada? Esta pregunta nos lleva a una reflexión de agravantes comparativos: en toda sociedad civil hay personas imprescindibles que son las que toman decisiones de riesgo para ayudar al prójimo y están los burócratas que generalmente se encuadran en puestos administrativos o políticos y finalmente están los incapaces que son quienes nunca toman decisiones; parece ser esta última definición la que más se ajusta al perfil de algunos de nuestros decisores tras ver los resultados de la falta de ayuda; o, si queremos ser más condescendientes, de la poca y tardía ayuda dispensada.

One health (Una sola salud), concepto que refuerza que la salud humana y la sanidad animal son interdependientes y requieren un planteamiento global de colaboración, como lo definió muy bien la Organización Mundial de la Salud: Salud humana, animal y medioambiental interrelacionadas. Y en esta catástrofe están presentes estas tres vertientes: es una crisis acelerada por el calentamiento global del medio ambiente y hay víctimas humanas y animales. Y estos tres factores convertirán la tragedia en menos de 48 horas del suceso en una crisis sanitaria, en una cuestión de Salud Pública, porque es el tiempo que se tarda en descomponer todos los ingredientes de la catástrofe: aguas residuales, barro, acumulación de basura, dispersión de productos químicos de uso cotidiano, cadáveres de animales y humanos en descomposición… Todo esto constituye en sí mismo un Estado de Alerta ante una posible epidemia infecciosa de cualquier tipo y sí que tiene que ver de manera directa con nuestra campaña de prevención ante posibles epidemias.

Lo que sucede tras una situación como esta es que las personas tienen pequeñas heridas que pueden infectarse al contacto con los elementos. La aspiración del hedor de las aguas, la exposición al frío puede generar neumonías o las gastroenteritis u otitis, y los pequeños accidentes de manipulado para los que habría sido necesario estar vacunado contra el tétano… También hay que tener en cuenta las previsibles consecuencias en la salud mental de las personas que han perdido a sus seres queridos o las pertenencias de toda una vida. Y, sin duda, la atención de los enfermos crónicos y vulnerables que verán mermadas sus posibilidades de medicarse. El agua contaminada lo contamina todo y la necesidad de protegerse para los voluntarios que arriman el hombro es prioritaria, así como tener siempre a mano gel desinfectante como durante la pandemia. Con este panorama, el riesgo de epidemias está en la puerta. Cualquier agente infeccioso, sea este un virus o una bacteria u hongo, puede provocarla. Es de valorar que la salud de los voluntarios y de los habitantes de cada población se encuentre en buen estado físico, sobre todo con las vacunas que nos protegen, aplicadas, en especial a esas poblaciones

Sigue en la página 4

vulnerables. En fin, que es una cuestión prioritaria de Salud Pública desplegar un plantel sanitario de Emergencias y el recorrido médico a domicilio.

Todo esto lo saben las autoridades o deberían saberlo, o al menos sus asesores o los asesores de los asesores. ¿Cómo es posible que se haya empezado a alertar 12 horas después de que la AMET haya anunciado su alerta roja? Y, posteriormente, ¿cómo se puede pedir ayuda a cuentagotas? Históricamente, ¿cómo es posible que la experiencia de tragedias anteriores no haya servido? Tras sufrir la pandemia de la COVID-19 durante dos años, el desastre ecológico del Prestige, el terremoto de Lorca, la riada del camping de Biescas, la erupción volcánica de La Palma, los incendios forestales… ¡Nada! Ninguna de estas experiencias ha servido para la reacción inmediata de nuestros gobernantes, responsables sin duda de la coordinación y seguridad ciudadana. Y por ser generosos, al menos, de la atención inmediata a las víctimas de esta tragedia.

No tenemos respuesta que justifique esta inacción. Es obvio que, de nuevo, la falta de coordinación interinstitucional o lo que fuere parecen haber ensombrecido la necesaria y urgente toma de decisiones entre dos organismos que representan a todos los ciudadanos. Como si la empatía por el otro no fuera cuestión de ellos.

No vemos manera de terminar este artículo sin que asome la indignación, por lo que concluimos con lo positivo: agradecer el carácter solidario del pueblo valenciano y el resto de España y manifestar nuestro entrañable pesar por las víctimas de la DANA.

M. B. / J. A.

NUEVA WEB

Estrenamos una nueva web en la que encontrarás nuestras actividades e información sobre los diversos temas que son noticia de actualidad

Memorias, es una publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
Red TBS-Stop Epidemias – ISSN: 2660-7263
Agencia de noticias: Infomedpress
Fotografías: M.Consuelo Alcaide. Depositphotos.
Colaboradores y medios de difusión
www.redtbs.org – *e-mail*: redtbs@redtbs.org
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo

Julio Ancochea Bermúdez
Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias

Presentación de la 3ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias.

Moderador

Unir la solidaridad a la *Red TBS-Stop Epidemias* es nuestra seña de identidad. Es algo esencial y básico para combatir la gran mayoría de las epidemias, estas se llamen tuberculosis, COVID, dengue, Zica, Chicungunya… Males que se ceban siempre entre las capas sociales más deprimidas, vulnerables y desprotegidas de nuestra sociedad y del planeta. No son justificables las enfermedades de la injusticia y la falta de protección y de equidad. El compromiso es para la *Red TBS- Stop Epidemia*s nuestra forma de ser. Es imposible ejercer el principio solidario de manera individual y apartada del complejo general de la organización sociosanitaria, de la comunidad organizada. Bajo estos principios surge la necesidad de unir esfuerzos, además de concienciar para que la acción o prevención en salud resulte eficaz. Por ello organizamos esta *3ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias*, que Mario Braier ha subtitulado como "el debate", porque perteneciendo a ámbitos tan diferentes como son las instituciones de reclusión y rehabilitación de personas, las que se dedican a la gestión de pacientes vulnerables y complejos, como también las oenegés que luchan día a día contra el desamparo y la injusticia de todo tipo, en definitiva, todas tienen en común el hecho de pertenecer a entidades que sus particularidades, singularidades y objetivos, pero que están sin duda asociadas a la pertenencia a un grupo social y a la responsabilidad de los grupos que protegen. Y lo volvemos a decir, este 2024 nos enseña que no todo es esperanza, que el conflicto es el agua de cada día y superar esta difícil circunstancia histórica, más que una proeza se torna una obligación si pretendemos un presente mejor y apostar por el futuro. También hablamos de *Sanidad Global,* de *Sanidad sin Fronteras*. El mundo que dejamos a las futuras generaciones debe ser posible y sin una sanidad equitativa tiene pocas opciones. La interacción de los temas que vais a exponer hoy, y que actuáis en ámbitos tan diferentes, será enriquecedor. Conocer la experiencia de cada uno de vosotros será una oportunidad. Debatir, sacar conclusiones, dudar o afirmarse, es lo que nos moviliza como personas de buen hacer y profundizar el conocimiento. Fátima, Juán Jesús, Enrique, Sofía, Joaquín, Xavier, Joan, Jesús y Javier, muchas gracias por vuestro aporte, el trabajo diario que realizáis y por acompañarnos en esta 3ª Jornada Conjunta… de la *Red TBS-Stop Epidemias*. Pretendemos avanzar un poquito más en la promoción de la cooperación entre instituciones, tanto públicas como privadas, y lograr un consenso en salud donde el acceso y la equidad sean el denominador común de nuestro Sistema Nacional de Salud. Equidad, accesibilidad, calidad y universalidad. Muchas gracias.

ONLINE 3JC 2024

En esta edición:

3ª Jornada Conjunta de Centros penitenciarios sociosanitarios y organizaciones humanitarias

10 de septiembre de 2024
de 17:00 a 19:00 horas

Por tercer año consecutivo la *Red TBS-Stop Epidemias* realiza esta jornada de debate en la que se intercambian experiencias y se interactúa en la actualización de temas sobre la tuberculosis, el posCOVID y también de otras epidemias como el dengue, virus del mono, VIH y diferentes enfermedades tropicales.

Los datos de la Organización Mundial de la Salud indican que la tuberculosis desterró en 2023 a la COVID-19 en el liderazgo mundial de agente infeccioso más letal: los expertos reunidos en este encuentro remarcaron la necesidad de no bajar la guardia pese a que España sea ya un país de baja incidencia y se destaca la posible futura influencia del cambio climático como impulsor de vectores que propagan estas enfermedades que son un paradigma de la "enfermedad de la injusticia" de nuestra era.

Se trazó un perfil del panorama de la atención desde los ámbitos implicados, con atención a los colectivos de riesgo y la mirada puesta en la necesidad de una Sanidad Global y sin Fronteras. Participaron representantes de Cruz Roja Española; la Asociación Española de biosimilares; la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria; la Fundació de la Unitat d'Investigació en TB de Barcelona; Agentes Comunitarios de Salud; y el *Serveis Clínics*. **Patrocinó la Jornada: Sandoz**.

Puedes ver la edición completa de la jornada en nuestro canal de YouTube que ha recibido más de 600 visitas

Fátima Cabello Sanabria
Directora del Área de Salud
de Cruz Roja Española

Cruz Roja: Dar visibilidad a los colectivos más vulnerables

Un año más de esta convocatoria y quiero dar las gracias a la Red TBS-Stop Epidemias por organizar estas jornadas y por contar con Cruz Roja para que podamos trabajar juntos y dar visibilidad a los colectivos más vulnerables. Como pueden saber, desde el Área de Salud trabajamos en el contexto de un Plan de Salud que fundamentalmente tiene tres programas línea. Uno es la *sensibilización* dirigida a la población, no solamente sobre las enfermedades transmisibles como puede ser la tuberculosis, sino también en hábitos de vida saludable hacia la población general y hacia todos los colectivos vulnerables con los que trabajamos en particular. Habría una segunda línea de actuación que sería toda la parte del *manejo de factores de riesgo* que son aplicables para enfermedades crónicas y también para cualquier entorno en el que intervenimos con población inmigrante, colectivos vulnerables de mujeres, en instituciones penitenciarias, etc. Y por último estaría la parte del *manejo de la enfermedad*, del manejo de los diferentes tipos de enfermedades, desde las infecciosas, crónicas o adicciones. Esto es un poco lo que da y compone el *Plan de Salud de Cruz Roja Española* que, por supuesto, es un gran valor que tenemos y es toda la canalización de las acciones a través de nuestro voluntariado con más de 250 000 voluntarios en toda la Red Territorial a nivel nacional.

Otra parte importante es que a través de esta Red también tenemos la capacidad de sensibilizar a nuestros voluntarios para que repliquen las acciones sobre todo de sensibilización e incluso de intervención.

Moderador: Fátima Cabello, en fin, que os voy a contar de ella. Ya la conocéis, es Máster en Ciencias Sociosanitarias por la Universidad de Alcalá. Magíster en Medicina Humanitaria por la Universidad Complutense de Madrid. Diploma Superior en Pediatría Tropical por la Escuela Nacional de Sanidad del Carlos III y, lo más importante, tiene una amplísima experiencia profesional clínica en voluntariado y en tareas de cooperación. De hecho, Fátima es delegada internacional de Cruz Roja Española y Cruz Roja Internacional desde el año 2001. Ha participado en diferentes operaciones internacionales de emergencia sanitaria, con diferentes puestos de responsabilidad.

En otros foros convocados por la R*ed TBS-Stop Epidemias* hemos comentado sobre las diferentes unidades como el Tratamiento Directamente Observado de TB en ciertas Comunidades Autónomas. Esto es extensible, también, a adicciones de personas sin hogar, tanto trabajando en calle, bien trabajando en centros de atención. La ventaja que tenemos como Cruz Roja es la de tener acceso a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad o poblaciones

Sigue en la página 8

que muchas de las veces no tienen acceso a los sistemas formales de atención sanitaria. Y esto sería un poco la visión general, un poco de la intervención que tenemos con colectivos en Cruz Roja. Y luego otra de las partes es que desde todas las áreas de intervención, tanto de inclusión social, como de empleo, como de formación, no solamente desde la parte de salud, trabajamos de una manera integral coordinándonos entre nosotros para dar a nivel central y a nivel de todo el territorio nacional, una intervención con estas personas vulnerables lo más integradora posible y atendiendo a las necesidades individuales, no solo de cada colectivo, sino también de cada individuo y su familia.

Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Médico del Área de Salud de Cruz Roja

Intervención de Cruz Roja en relación con la tuberculosis y con la adherencia terapéutica

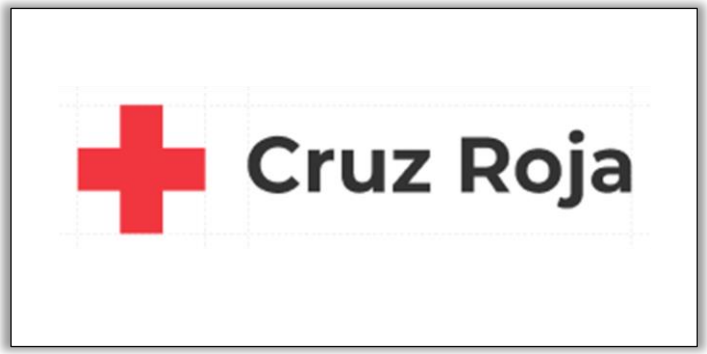
Hola, médico del Área de Salud de Cruz Roja en la oficina central. En estos pocos minutos voy a intentar transmitiros alguna idea clave sobre la intervención de Cruz Roja en relación con la tuberculosis y sobre todo su relación con la adherencia terapéutica. Porque todos y todas sabemos que la adherencia es la clave para conseguir curar una tuberculosis. Como bien decís aquí, decimos que la tuberculosis segura es la que finaliza todo su tratamiento; si no es complicado realizarlo. Y que esta adherencia está directamente influenciada por los determinantes sociales. Todos y todas también sabemos que los determinantes sociales son esas condiciones en las que las personas nacen, crecen y que le hacen posible vivir con una menor o peor salud. Esas condiciones diarias que influyen directamente en la morbimortalidad. Aquí tenéis este esquema clásico de organización de estos determinantes, con ese núcleo central de determinantes que no son modificables, pero luego alrededor el estilo de vida, el ambiente laboral, la educación, el desempleo, la vivienda y todas esas condiciones socioeconómicas que influyen directamente en

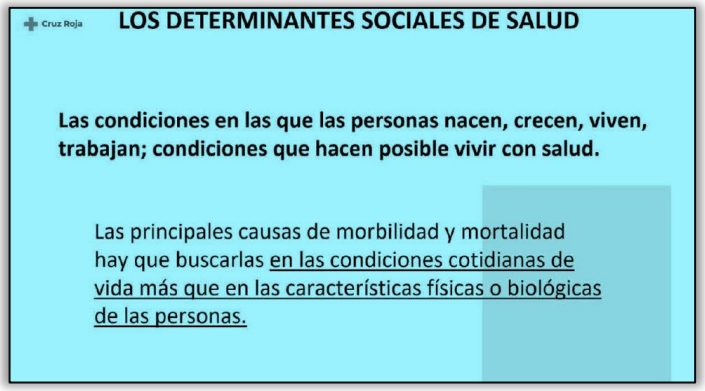
Moderador: JJ, como lo solemos llamar a Juan Jesús Hernández González Nicolás, es médico del Plan de Salud del Área de Salud de la oficina central de Cruz Roja Española. Lo es desde mayo de 2010 y es un referente nacional del programa de intervención en adicciones desde noviembre de 2011. Además, coordina la Comisión de Salud y Reinserción que agrupa a varias entidades que trabajan con adicciones en diferentes centros penitenciarios y con las familias de los internos. JJ forma parte del ADN de la Red TBS TBS-Stop Epidemias y es aprendizaje de conocimiento escuchar y ver su ponencia.

Sigue en la página 9

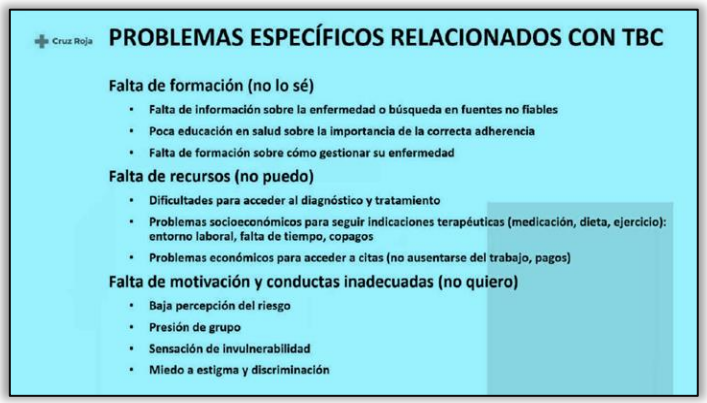
cualquier enfermedad, pero desde luego en la tuberculosis que es una enfermedad social por excelencia. Dentro de todos los factores que influyen en la mal adherencia hay algunos que en tuberculosis son como más prevalentes. La edad, el sexo, el consumo de alcohol y otras drogas, la comorbilidad con otras enfermedades y también enfermedades mentales, por ejemplo, patología psiquiátrica, el conocimiento que la persona tiene de la propia enfermedad, el que el tratamiento sea más o menos sencillo de realizar. Por supuesto la calidad de los servicios de salud que atienden al paciente y como os decía, los factores sociales. Están los factores socioeconómicos, que lo que nos dicen los estudios es que a peor estado socioeconómico mayor mortalidad y que en la medida en la que acortamos esa distancia económica entre las personas la morbimortalidad se iguala. Está claro que la gran mayoría de personas que abandonan el tratamiento antituberculoso proceden de los estratos socioeconómicos más bajos de la población. Si relacionamos estos problemas específicos de la tuberculosis con las tres causas fundamentales que en Cruz Roja hemos detectado que influyen en la gestión de la enfermedad; enfermedad que tenemos una parte que tiene que ver con la falta de información, lo que llamamos **"no lo sé"** y que, en el caso de la tuberculosis, pues sería esa falta de información sobre lo que es la tuberculosis y su búsqueda de información en fuentes que no son fiables. La poca educación en salud y sobre todo relacionado con la importancia que tiene una correcta adherencia sumado a la falta de formación de la persona para poder gestionar de forma adecuada su enfermedad.

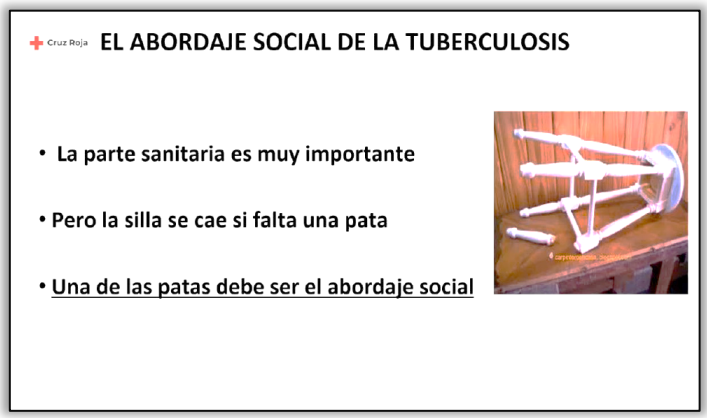
Si hablamos de la falta de recursos, del decir de **"no puedo"**, con que a veces nos encontramos con dificultades para acceder al diagnóstico y al tratamiento, sobre todo, pues, imaginaos a personas inmigrantes irregulares con graves problemas socioeconómicos. Para seguir las indicaciones a nivel del tipo de dieta, por ejemplo, de la actividad física, los copagos y a veces los

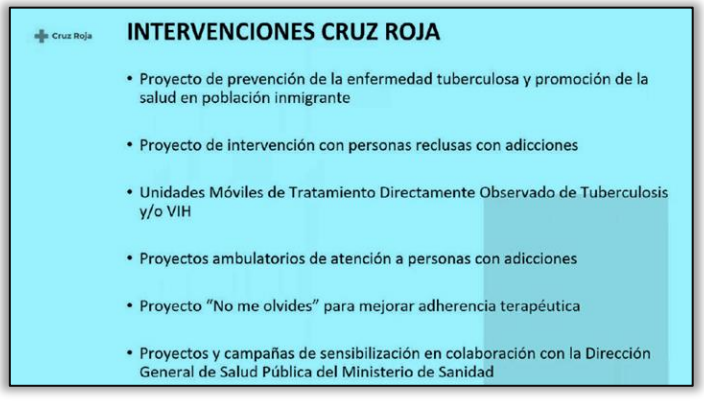




Sigue en la página 10







problemas económicos para acceder a las citas médicas sobre todo cuando el trabajo es irregular, cuando si no voy a trabajar no me pagan y entonces no quiero perder la posibilidad de trabajar y eso me hace no acudir a las citas y hacer un peor seguimiento de mi enfermedad.

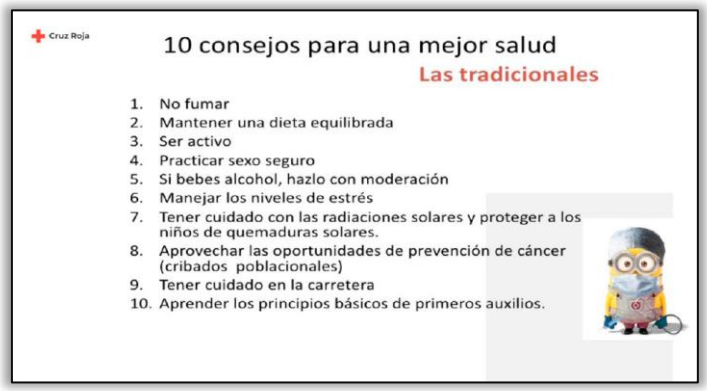
Y en relación con el **"no quiero"**, con la falta de motivación o la adquisición de conductas inadecuadas, pues ahí está la baja percepción del riesgo sobre la importancia que tiene la adherencia en tuberculosis, la presión que puede tener el grupo y sobre todo el miedo al estigma social que me puede hacer contar que tengo una tuberculosis y eso redunde en perjuicio del propio paciente. Está claro que la tuberculosis es una enfermedad social. Se ha dicho tradicionalmente desde siempre que se iba a solucionar antes la tuberculosis en las facultades de economía que en las de medicina y así fue, sobre todo en el siglo IX y principios del XX, en el que hubo en general una mejoría de las condiciones socioeconómicas que mejoraron mucho la evolución de la enfermedad y mucho más que lo que luego consiguió la aparición de la introducción de los fármacos antituberculosos. Obviamente nadie niega que, en el abordaje de la tuberculosis, la parte sanitaria es importante, pero una pata es el abordaje social y es fundamental para conseguir que la tuberculosis se cure. En ese contexto, Cruz Roja interviene en distintas áreas para mejorar la evolución de los pacientes con tuberculosis y en muchos casos no desde el ámbito sanitario, porque eso lo hace el sistema sanitario público. Tenemos proyectos de prevención de enfermedad tuberculosa ante población inmigrante. Tenemos un gran proyecto de intervención con personas reclusas que tienen adicciones y que trabajamos también la sensibilización y la prevención de tuberculosis dentro del centro penitenciario. Desde hace muchos años. Tenemos en algunos lugares, como ya bien sabéis, Unidades Móviles de Tratamiento Directamente Observado, en el que un equipo de Cruz Roja Sanitario se desplaza

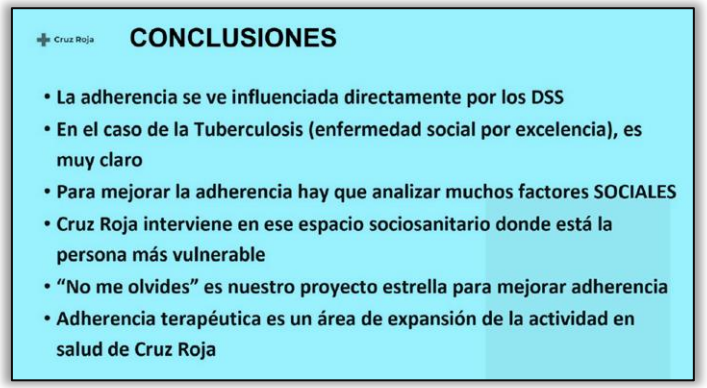
Sigue en la página 11

para dar directamente la medicación a la persona enferma y que pueda haber una toma directa que asegure la adherencia. También trabajamos la prevención y el seguimiento de personas con tuberculosis en los centros ambulatorios de atención a personas con adicciones. Hemos comenzado desde hace unos años a trabajar en un proyecto específico de adherencia terapéutica que se llama **No me olvides**, en el que trabajamos la reducción de los factores que pueden incidir en una mala adherencia, entre los que se encuentran por supuesto en las personas con tuberculosis y también proyectos y campañas de sensibilización orientadas a población general que realizamos en colaboración con la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad gracias a un convenio que tenemos firmado con ellos.

A modo de chascarrillo todos hemos incorporado que, para tener una mejor salud, pues tendríamos que seguir ciertos consejos: No fumar, una dieta equilibrada, sexo seguro, moderación en el organismo de alcohol, manejar el nivel de estrés, etc. Si pasamos estos consejos por el tamiz del enfoque social al enfoque de los determinantes sociales para conseguirte una mejor salud, lo que tendríamos que decir es: Lo primero que tienes que hacer es no ser pobre y no tener padres pobres, porque si los tienes vas a tener muchas más posibilidades de tener una salud precaria. Tienes que trabajar en un puesto que no sea estresante, que no vivas en una vivienda inadecuada, que tengas suficientes ingresos para poder descansar, que si estás enfermo puedas obtenerte de los beneficios a los que tengas derecho. Todo influye desde una perspectiva de determinantes sociales mucho más en la salud que en esos elementos tradicionales que os decía previamente. Por lo tanto, la adherencia, en el caso de tuberculosis se ve influenciada directamente por los determinantes sociales.

Que la tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, que tenemos que analizar mucho esos factores, que Cruz Roja sigue trabajando en ese





espacio sociosanitario, aunque no trabaje directamente desde el punto de vista farmacológico y clínico.

Queremos recalcar que tenemos este proyecto, **No me olvides** que es nuestro proyecto estrella para mejorar la adherencia y que está en constante desarrollo y crecimiento porque la adherencia terapéutica es uno de los elementos fundamentales en el que se quiere expandir Cruz Roja en el ámbito de la salud. Simplemente quería transmitiros estas pequeñas ideas y espero que continúe la jornada de forma provechosa para todos y para todos.

NOTICIAS

MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD
DIVISIÓN DE CONTROL DEVIH, ITS, HEPATITIS VIRALES Y TUBERCULOSIS

1 REUNIÓN del GRUPO de TRABAJO de CC. AA. para la PREVENCIÓN y CONTROL de la TUBERCULOSIS

Muy buenas noticias nos llegan de la División de Control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, del Ministerio de Sanidad. El 24 de octubre se realizó en la sala Europa una reunión del Grupo de Trabajo de CC. AA para la Prevención y Control de la Tuberculosis. La reunión que convocó a todas las Comunidades Autónomas y entidades afines a la temática (entre ellas nuestra Red TBS-Stop Epidemias que forma parte del Grupo de Gobernanza de Tuberculosis del ministerio) y fue una larga jornada de ocho horas y media en donde destacados ponentes han realizado una puesta al día del tema de la TB. El amplio programa se debatió en profundidad.

En la bienvenida, la directora de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Julia del Amo, agradeció a todos los asistentes su colaboración y presencia en la IV Reunión de Trabajo para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Puso en contexto el motivo de la reunión a partir de la publicación del Real Decreto 852/2021, por el que se modifican el Real Decreto 139/2020, y se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. También el Real Decreto 735/2020, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad. A partir del Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España (2019-2030) se comenzaron a realizarse reuniones anuales del grupo de gobernanza, y bajo la petición de este, se empiezan a celebrar reuniones más técnicas a las que se unieron los representantes de la vigilancia microbiológica de las diferentes comunidades autónomas.

Julia del Amo clausuró la reunión trasladando el apoyo del director general de Salud Pública y Equidad en Salud, Pedro Gullón y emplazando a los y las asistentes a la próxima reunión del Grupo de Gobernanza de TB en el mes de marzo de 2025.

Programa de la Jornada

- **Bienvenida y presentación de asistentes por Julia del Amo. Directora de la DCVIHT-Ministerio de Sanidad.**
  - **MESA 1: Actualización de la situación epidemiológica de la TB. Moderadores: Julia del Amo y Daniel Castrillejo (jefe de Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Melilla).**
  - **Actualización en vigilancia y Agencia Estatal de Salud Pública. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Berta Suárez (CCAES).**
  - **Evaluación del Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis y actualización Plan TB 2025-203. Inmaculada Gisbert (SANART).**
  - **Resultados de la vigilancia de TB en 2023 y calidad de los datos. Zaida Herrador (CNE)**
  - **MESA 2: Tuberculosis en poblaciones vulnerables. Moderadores: Cristina Rojo (DCVHT-Ministerio de Sanidad) e Isidro Guirado (Centro de prevención de enfermedades del tórax. Murcia).**
  - **Panel de 6 representantes: Cataluña (Laura Gavalda), Madrid (Elena Rodriguez), Grupo de trabajo ECDC sobre TB y migración (Adrián Sánchez), Cruz Roja Española (Fátima Cabello), Sanidad Penitenciaria (Pilar Bermúdez), Red TBS (Mario Braier).**
  - **MESA 3: Tuberculosis resistente y multirresistente: Moderadores: Javier Gómez (DCVHT-Ministerio de Sanidad) y Antonio López (Coordinador del Plan Nacional frente a las Resistencias de Antibióticos. AEMPS).**
  - **Vigilancia de la TB resistente en España y vigilancia a nivel europeo: EPIPULSE; situación y resultados. Laura Herrera (CNM).**
  - **Vigilancia de la TB resistente en Comunidad Valenciana. Francisco Roig y Fernando González.**
  - **Vigilancia de la TB resistente en Galicia. Elena Cruz y MªLuisa Perez del Molino.**
  - **MESA 4: Retos en vigilancia y respuesta a la TB animal. Moderador: Zaida Herrador (Centro Nacional de Epidemiología).**
  - **Pilotaje de una estrategia de vigilancia de una sola salud para el control de la TB zoonótica. Laura Herrera (CNM).**
  - **Nuevos estudios para conocer y mejorar el rendimiento diagnóstico para la tuberculosis animal. Beatriz Romero (UCM. VISAVET).**
- **Clausura de la jornada por Julia del Amo.**

Enrique Acín García
Jefe del Área de Salud Pública de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior

Situación de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los centros penitenciarios

Moderador: Otro clásico de la Red TBS-Stop Epidemias es Enrique Acín García, y lo es desde hace casi 20 años. Su área de trabajo es la de actuar en el ámbito del Ministerio del Interior en todo lo que concierne a la sanidad penitenciaria. Previamente trabajó como jefe de Servicio de Información Sanitaria y también como médico y subdirector médico en centros penitenciarios; actividad la desempeñó a lo largo de 33 años. Es médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Máster en Gestión y Análisis de Políticas Públicas por la Universidad Carlos III. Además, ha trabajado como experto en proyectos preadhesión de la Unión Europea en materia de Sanidad Penitenciaria, así como en el Programa de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud.

Hoy vamos simplemente actualizaros un poco en la situación de cómo están actualmente las enfermedades infecciosas más prevalentes de los centros penitenciarios. Normalmente siempre suelo poner una imagen de lo que sería un centro tipo moderno, normalmente la de Madrid V, pero bueno, hoy he decidido poner una de un centro antiguo, concretamente en el norte de España, es el centro penitenciario de El Dueso, en Santoña, Cantabria, donde yo trabajé, como antes citaba Julio, pero en el siglo pasado **(Imagen 1)**.

Simplemente quiero deciros que seguimos más o menos con la misma tendencia. Tenemos no llega un 7 % de mujeres, un 94 %, de 93,94 % de hombres y en cuanto a población extranjera siempre andaba rondando décima arriba, una décima abajo, como un 30 % de la población fundamentalmente joven, esto normalmente no cambia mucho últimamente, en los últimos años. El año pasado dependía de nosotros, pues 46 892 personas privadas de libertad **(Imagen 2)**.

Ya sabéis, lo he comentado muchas veces, que su principal factor de riesgo es el consumo de droga y fundamentalmente, bueno, ahí veis incluso como prácticamente cinco consumieron alguna droga ilegal en el último mes en libertad y dos de ellos siguen consumiéndola dentro de prisión en el último mes **(Imagen 3)**.

Pero el verdadero factor de riesgo también como sabéis, es el que ese uso de drogas sea inyectado. Esto es lo que nos ha perseguido, digamos, toda la vida, desde finales del siglo pasado, donde empezó aquella tremenda epidemia de usuario de drogas inyectadas compartiendo el material de inyección **(Imagen 4)**.

Sigue en la página 14

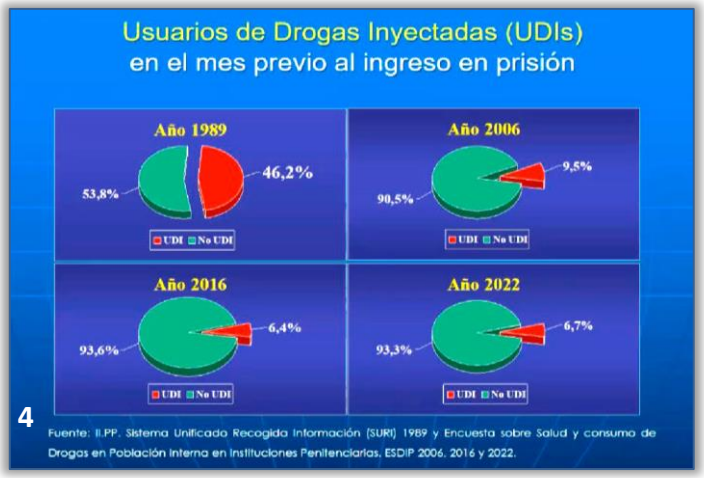
¿Cuál es la situación actual? Afortunadamente nos mola poquito a poco, sin prisa, pero sin pausa, pues la prevalencia del VIH va bajando, en estos momentos es del 3%, tal vez acabemos el año con alguna décima menos **(Imagen 5)**. Pero bueno, muchos de ellos son ya viejos rockeros que viven o que vuelven a entrar con nosotros, pero bueno, quedan las cifras ya bastante lejos de las que hubo un tiempo, sobre todo si tenemos en cuenta que actualmente tenemos solo un 3 %.

Aquí os lo voy a poner simplemente para que tengáis una visión un poco por Comunidades Autónomas, todavía hay alguna con una prevalencia un poquito alta por la epidemia que hubo en su momento, pero para que os hagáis una idea de que la distribución no es del todo totalmente uniforme **(Imagen 6)**.

Lo que os comentaba antes es que aparte de tener un 3 %, pues prácticamente además ahora nosotros estamos ya un pelín de alcanzar el objetivo de la OMS para el 2030 de tener un 95 % de prevalencia de los internos en tratamiento antirretroviral. Ya veis que tenemos un 94,8 % y seguramente este año ya con las cifras finales un 95 % y además, afortunadamente, los que están en tratamiento antirretroviral pues tienen prácticamente la carga viral indetectable; son pocos bien tratados y bien controlados.

Prácticamente lo único que nos quedaría para conseguir un poco todos los objetivos, aunque sea muy por adelantado, sería lograr conseguir que por lo menos ese 95 % tuvieran la prueba del VIH hecha, que a veces nos demoramos un poquito cuando entran sin hacerla, pero vamos, francamente, no tiene el cariz de preocupación que tuvo, evidentemente, ni en los años 90 ni al principio de siglo XXI **(Imagen 7)**.

La hepatitis C lo mismo pasa, exactamente ha seguido un poco el mismo camino del VIH. Podéis ver ahora que vamos, prácticamente tenemos un 0,9 % de gente con carga viral detectable. Si os dais cuenta, llevamos cuatro años con la misma cifra, 0,9 %. ¿No hay manera de bajarlo? Pues mirad, en cuanto tratamos uno, nos entra otro



Sigue en la página 15

por la puerta. La gente con carga viral detectable en cuanto entra en prisión y se le detecta, se les trata, salen tratados, pero a la vez es como si fuera una fuerza giratoria, no de las mismas personas. Bueno, en alguna ocasión sí, porque puede entrar un coinfectado, pero prácticamente ahí hay una pequeña carga viral, llamémosla comunitaria, que todavía está activa **(Imagen 8)**.

Aquí tenéis también un poco por regiones, tal vez allá en el norte, en Asturias todavía, incluso antes Galicia ahora ya también se ha bajado un poco. Ahí veis que prácticamente ya desde que se inició el plan de la hepatitis tenemos ya más de 6000 internos tratados. Y el año pasado, pues eso, prácticamente tratamos a 192. Y si me decís cuántos tenemos pendientes este año de tratamiento, o me dijeras ahora cuántos tenemos pendientes de tratamiento, igual te digo que 180, 190. O sea que las cifras van bajando por un lado y por el otro **(Imagen 9)**.

Lo que más nos importaba, como vosotros ya sabéis, es que no haya transmisión del VIH y de la hepatitis C. La de VIH como habéis visto la carga comunitaria está por el suelo y todos los programas de reducción de daños y de educación para la salud, hace ya bastante tiempo que no hay transmisión del VIH. Del VIH de vez en cuando descubrimos alguna, una, dos, el año pasado. Tampoco tenemos la certeza de que hayan sido en el interior de la prisión, también ha podido ser evidentemente en algún permiso o algo, pero aun así la cifra no llega ni para los decimales de la transmisión, un objetivo del que nosotros nos sentimos bastante contentos **(Imagen 10)**.

Aquí os voy a presentar una actualización de los datos de tuberculosis que, bueno, por ahí cerca he visto que se ha conectado también mi compañera Pilar Bermúdez, que es la que se pelea todos los días con cada uno de los casos, o sea, no con los números, sino con cada uno de ellos personalmente. Entonces ahí veis, por ejemplo, un poco la evolución, como prácticamente los últimos años nos había subido hasta tener 35

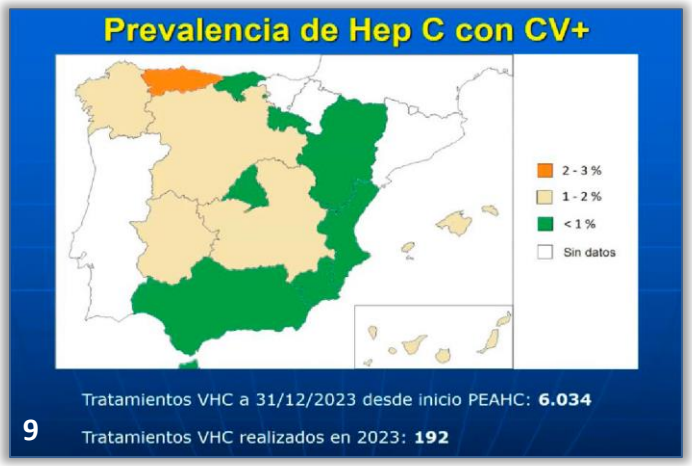
Sigue en la página 16

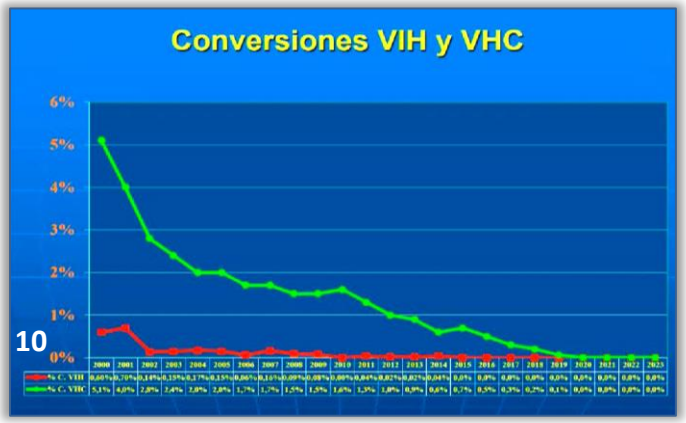
casos en el año 2023, nos ha llevado a preocuparnos seriamente, realmente tampoco sabíamos si estábamos cosechando algunos casos de abandonos de tratamiento en la calle y que cuando ingresaban en prisión los recuperábamos ya como un caso. Nos sigue pasando, tenemos bastantes casos de abandonos recuperados cuando ingresan en prisión o simplemente era eso la demora diagnóstica o el retraso que hubo con ocasión de la pandemia nos afectó. O eso o estaba subiendo, por lo menos este año llevamos hoy en día detectados 19 casos, lo cual significa que acabaríamos con 28 a final de año si no hay ningún desastre, o sea, si todo fuera más o menos en la misma línea. Con lo cual sí que es cierto que de esos 35 estaríamos un poquito doblegando la curva, a ver si es así y logramos bajarla todavía un poco más, porque la tasa sigue siendo alta, muchísimo más alta que en la calle (**Imagen 11**).

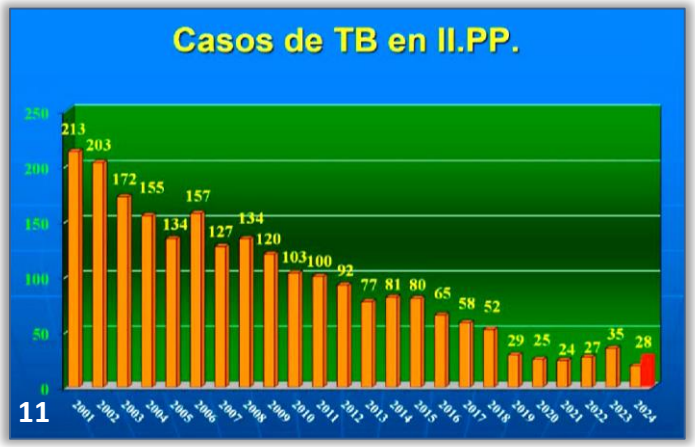
Veis como en el 2006 pues fue de 0,8 por 1000 o sería el equivalente a 80 por 100 000, algo que si tuviéramos esta tasa en el medio comunitario sería francamente exagerado (**Imagen 12**).

Como si algún dato más estadístico o clínico, pues sabéis, 35 casos en el 2023, 81 por 100 000, 97 % hombres y 3 % mujeres, un 40 % nacidos fuera de España y de media de 40,5 años. Sigue siendo un poquito más frecuente en los extranjeros, con una población joven de 40 años de media. Y ahí tenéis el 85,7 % fueron pulmonares, también hubo una pleural y los otros cuatro casos eran extrapulmonares. Y de las pulmonares, de los 30 casos pulmonares, pues 15 eran bacilíferas que, como sabéis, son las que más nos pueden preocupar a efectos de transmisión. Todos los tratamientos fueron directamente observados (TDO) (**Imagen 13**).

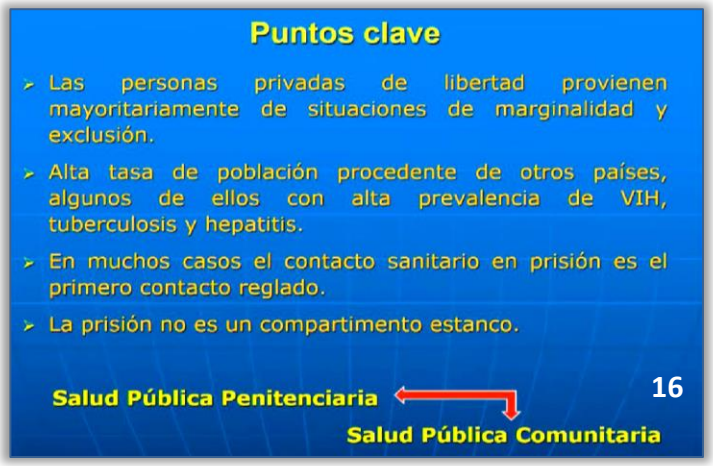
Aquí tenéis un par de gráficas, en una la tasa un poco si son nacionales o foráneos, este año pasado subió en los dos, pero de la misma manera que hay una tendencia claramente descendente a lo largo de este siglo de la incidencia en los españoles, pues en los extranjeros pues va subiendo y bajando.







Sigue en la página 17



Curiosamente parece que quiere bajar, pero luego en cuanto quiere bajar vuelve a repuntar y esto es un poco la situación un poco del mundo.

En cuanto desde un punto de vista clínico, pues lo que era la incidencia de los que son con BK+ positivo bacilíferos, ahí la tenéis, de un total de 0,8 que os he dicho antes, 0,81 de esas, un 0,35 por 1000 son bacilíferas positivas cuando se les diagnostica al cultivo o las BK+ salen positivos o ambos (**Imagen 14**).

Los puntos clave, ya lo sabéis, en las personas privadas de libertad provienen mayoritariamente de situaciones de marginalidad y exclusión, eso está claro. Hay una alta tasa de población procedente de otros países, algunos de ellos con alta prevalencia de VIH, tuberculosis, hepatitis. Aquí el otro día curiosamente nos preguntaban qué hacíamos cuando ingresaba alguna persona procedente, como nos preguntaban, por ejemplo, la pregunta de un parlamentario sobre cuando nos ingresaban en patera. Y yo le dije: "No, mire usted, la gente que viene como usted dice, en patera, no entra en la cárcel porque no ha cometido ningún delito, eso es otra cosa". Pero bueno, hay gente que todavía piensa que la gente cuando viene, cuando arriba a nuestras costas, pues va a la cárcel. No saben de la labor en muchas ocasiones, ahí os podría hablar mucho mejor ya que conozco que en muchos casos el contacto sanitario en prisión es el primer contacto reglado y que evidentemente en la prisión, ningún compartimento es estanco. Salen y entran, entran y salen. A veces, pues somos la primera línea de defensa frente a la tuberculosis y en otros casos somos la última y casi pues nos agradecen que alguien lo intente en prisión porque con eso saben que los vamos a tratar (**Imagen 15 y 16**). Muchas gracias.

Sofía Victoria Casado Hoces
Enfermera del Centro Penitenciario de Madrid 3 - Valdemoro

Actual situación de la atención sanitaria en Instituciones Penitenciarias

Buenas tardes. Agradezco que os acordéis de mí y que me invitéis a estar esta tarde con vosotros, pues hablando un poco de cuál es mi quehacer diario respecto a la actual situación de la atención sanitaria en Instituciones Penitenciarias. Yo creo que actualmente hay que reseñar la escasez de médicos que tenemos, dramática en algunas circunstancias, y la labor que en este lugar, en este momento histórico, pues jugamos los profesionales de enfermería que intentamos mantener la calidad asistencial y las cifras que ha dicho Enrique, las que ha mostrado, la verdad que me enorgullecen mucho porque hacemos un esfuerzo muy grande para mantener todo el sistema asistencial sanitario en Instituciones Penitenciarias, especialmente en uno de los pilares que es el abordaje, la prevención y el control de las enfermedades infecciosas; los enfermeros nos empeñamos en mantenerlos cribados.

El cribado de la infección de tuberculosis latente que ofrecemos a todas las personas que ingresan en prisión se hace cuando el cribado es negativo y se repite anualmente durante toda la instancia en el Centro Penitenciario en personas que detectamos inmunocompetentes y cuando son VIH positivos y se repite semestralmente.

También hacemos una oferta, ofrecimiento de serología, una analítica completa con serología al ingreso en prisión de VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis. Nuevamente está este cribado y se mantiene durante toda la estancia en prisión, anual o bianualmente, en función de los factores o las conductas de riesgo. Otra de las cosas

Moderador: Seguimos con otra ponencia de Instituciones Penitenciarias, la de Sofía Victoria Casado. Es enfermera, la profesión enfermera, cuanta admiración me despierta. Es especialista en enfermería Familiar y Comunitaria. Ha sido enfermera de diferentes unidades de centros de hospitalización en Instituciones Penitenciarias desde 1997 hasta la actualidad. Además, bueno, con una amplia experiencia, tres años en el centro penitenciario de Ocaña, con población exclusivamente masculina. Estuvo 18 años en el centro penitenciario de Aranjuez, también de población masculina. En una Unidad de Madres con hijos hasta de tres años. Otra en una Unidad de Parejas que cumplen condena con sus hijos menores, cinco años, en Valdemoro, donde ejerce ahora y con una población de nuevo exclusivamente masculina. Sofía Victoria, tu labor, desde luego, es admirable y entre otras muchas cosas, además eres Miembro del Comité Editorial de la revista de la Sociedad Española Editorial Penitenciaria. Nos resulta muy interesante conocer tus opiniones.

Sigue en la página 19

importantes a las que dedicamos la energía los enfermeros en prisión es en conseguir una adecuada adherencia. Es tan importante la adherencia al tratamiento como prescribir un fármaco. Fundamentalmente administramos el tratamiento de la tuberculosis activa y la hepatitis C al Tratamiento Directamente Observado (TDO). Esos tratamientos nos parecen muy importantes y tenemos posibilidad de hacerlo; siempre se administran de forma directamente observada.

El tratamiento de la infección de tuberculosis latente, el del VIH y la hepatitis B suelen ser autoadministrados; se les proporciona a los internos mensualmente el tratamiento en consulta de enfermería para conseguir una máxima adherencia- También nos encargamos de toda la gestión de la documentación que va a las interconsultas hospitalarias, que el paciente vaya con su analítica actualizada con el tratamiento para que el especialista, que no puede consultar nuestra historia clínica, pues sepa qué es lo que está tomando el paciente. Y también les hacemos llegar cartillas de vacunación para que también sepan de toda nuestra actividad preventiva. Igualmente, pues recogemos toda la información a la vuelta de la consulta y suspendemos tratamientos que hayan suspendidos por los especialistas y les proporcionamos el nuevo tratamiento. Para que toda esa intervención no se pierda en ausencia de médicos o en la situación actual que tenemos de falta de médicos.

Otra de las actividades que es esencial en nuestro trabajo es la vacunación. Vacunamos siguiendo el calendario de vacunación para toda la vida, como ha explicado Enrique, tenemos personas de todas las edades. Desde población infantil hasta personas de 60 y 65 años y más edad; también hay gestantes. Se aplican todas las vacunas que se recomiendan en esos periodos de la vida. El calendario de vacunación acelerado es muy importante por el porcentaje de extranjeros que tenemos que no suelen aportar documentación de vacunas recibidas, ni tampoco recuerdan en muchos casos procesos patológicos sufridos; si han pasado varicelas o el sarampión. Pero también tenemos un porcentaje importante de población que siendo local no está bien vacunada. Nosotros consultamos la base de datos de Salud Pública (SISPAL) para valorar las vacunas que han sido administradas con anterioridad al ingreso en prisión. Si es necesario completamos el calendario y si no hay constancia documental empezamos desde cero. Dentro de las vacunaciones no puedo dejar de hablar de la vacunación a grupos de riesgo como con VIH, que es un grupo importante. Hay otros grupos como son las hepatopatías crónicas o personas que ejercen la prostitución, hombres que tienen sexo con hombres. En todos estos grupos de riesgo hay una serie de vacunas recomendadas y que nosotros intentamos que las tengan para que tengan la posibilidad de estar inmunizados. Participamos en la campaña anual de vacunación de la gripe y COVID que se les ofrece a todos los internos por estar en un centro cerrado. No vacunamos sobre la vacuna de la viruela símica porque no somos centro de vacunación. Sí que derivamos al exterior a las personas con conductas de riesgo que quieran estar vacunadas.

La última de las cosas que no puedo dejar de comentar y que es una actividad importante de enfermería, es la educación para la salud. Lograr que nuestra población use el preservativo, porque las cifras son bajas, incluso en las personas que saben que tienen serología positiva por VIH, hepatitis B y hepatitis C.

La Cultura del Tatuaje que está muy instaurada en prisión. También intentamos hacer educación para la salud para intentar que se realicen condiciones higiénicas y de poco riesgo. Y el consumo de drogas, pues toda la importancia de consumir es necesario que consuman en condiciones de seguridad e intentamos derivar a programas como lo son los sustitutivos opiáceos que son de menos riesgo.

Muchas gracias por vuestra atención.

NOTICIAS

2

El encarcelamiento masivo impulsa a la tuberculosis en Latinoamérica, asegura un estudio de la revista The Lancet Public Health

incarceration as a driver of the tuberculosis epidemic in Latin America and projected effects of policy alternatives: a mathematical modelling study

Yinzi E Liu, Yasmine Mubene, Sergio Carmelo, Zulma Vanessa Rueda, Daniele Maria Pelissari, Fernanda Dockhorn Costa Johansen, Moises A Huaman, Tatiana Andia-Cruz, Valentina A Alarcón, Lawrence M Ladutke, Marcelo Bergman, Ted Cohen, Jeremy D Goldhaber-Fiebert, João Credo, Jason R Andrews

Summary

Background Tuberculosis incidence is increasing in Latin America, where the incarcerated population has nearly quadrupled since 1990. We aimed to quantify the impact of historical and future incarceration policies on the tuberculosis epidemic, accounting for effects in and beyond prisons.

Methods In this modelling study, we calibrated dynamic compartmental transmission models to historical and contemporary data from Argentina, Brazil, Colombia, El Salvador, Mexico, and Peru, which comprise approximately 80% of the region's incarcerated population and tuberculosis burden. The model was fit independently for each country to incarceration and tuberculosis data from 1990 to 2023 (specific dates were country dependent). The model does not include HIV, drug resistance, gender or sex, or age structure. Using historical counterfactual scenarios, we estimated the transmission population attributable fraction (tPAF) for incarceration and the excess population-level burden attributable to increasing incarceration prevalence since 1990. We additionally projected the effect of alternative incarceration policies on future population tuberculosis incidence.

Findings Population tuberculosis incidence in 2019 was 29·4% (95% uncertainty interval [UI] 23·9–36·8) higher than expected without the rise in incarceration since 1990, corresponding to 34 393 (28 295–42 579) excess incident cases across countries. The incarceration tPAF in 2019 was 27·2% (20·9–35·8), exceeding estimates for other risk factors like HIV, alcohol use disorder, and undernutrition. Compared with a scenario where incarceration rates remain stable at current levels, a gradual 50% reduction in prison admissions and duration of incarceration by 2034 would reduce population tuberculosis incidence by over 10% in all countries except Mexico.

Interpretation The historical rise in incarceration in Latin America has resulted in a large excess tuberculosis burden that has been under-recognised to date. International health agencies, ministries of justice, and national tuberculosis programmes should collaborate to address this health crisis with comprehensive strategies, including decarceration.

Funding National Institutes of Health.

Copyright © 2024 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Introduction

Globally, 10·6 million people developed tuberculosis in 2022.[1] Although the global tuberculosis incidence has decreased by 8·7% since 2015, in Latin America the tuberculosis incidence increased by 19% over the same period, highlighting the urgent need to address key tuberculosis drivers in the region.[1] In Latin America, the incarcerated population has nearly quadrupled over the last 30 years, the most rapid growth of any region in the world. People deprived of liberty, who might already have elevated risk of tuberculosis before incarceration, are further exposed to prison conditions that foster transmission and disease progression, including overcrowding, poor ventilation, malnourishment, and limited access to health care.[2] Together these factors contribute to tuberculosis rates that, in South America, are 26 times higher among people deprived of liberty than in the general population.[3]

Recognising the crisis of tuberculosis in prisons, the Pan American Health Organization (PAHO) began requesting data from member states on case notifications occurring among people deprived of liberty. Between 2014 and 2019, the percent of all notified tuberculosis cases in the region occurring among people deprived of liberty increased from 6·6% to 9·4%.[4] While alarmingly high, this figure underestimates the tuberculosis burden attributable to incarceration, for several reasons. First, the case detection ratio is lower in prisons than in the general population.[5] Second, individuals who acquire infection in prison often do not progress to tuberculosis disease until after release. Indeed, previous studies showed that formerly incarcerated individuals had elevated rates of tuberculosis for up to 7 years following release from prison.[5,6] As notifications databases do not record

www.thelancet.com/public-health Published online October 14, 2024 https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00192-0

Los reclusos de la región a diferencia de lo que sucede en Europa, están expuestos a condiciones que promueven la transmisión y el avance de la TB: hacinamiento, ventilación precaria, desnutrición y falta de acceso a los cuidados de la salud.
El aumento histórico de las tasas de encarcelamiento en América Latina ha dado lugar a una gran carga de tuberculosis que, hasta la fecha, no ha sido suficientemente reconocida. Los organismos internacionales de salud, los ministerios de justicia y los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis deberían colaborar para abordar esta crisis sanitaria con estrategias integrales, incluida la excarcelación

El estudio recuerda que 10 600 000 personas tuvieron tuberculosis en el mundo en 2022 y aunque la incidencia global bajó un 8,7 % desde 2015, en América Latina aumentó un 19 % en el mismo periodo, mientras su población carcelaria creció a un ritmo más rápido que cualquiera otra región del planeta. En ese estudio se tuvo en cuenta los modelos de transmisión compartimental dinámica a datos históricos y contemporáneos en Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, México y Perú, que comprenden aproximadamente el 80% de la población encarcelada y la carga de tuberculosis de la región. El modelo se ajustó independientemente para cada país a los datos de encarcelamiento y tuberculosis de 1990 a 2023 (las fechas específicas dependían del país). Además, proyectamos el efecto de las políticas de encarcelamiento alternativas sobre la incidencia futura de tuberculosis en la población.

Reconociendo la crisis de tuberculosis en las cárceles, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a solicitar datos a los Estados Miembros sobre las notificaciones de casos que se producían entre personas privadas de libertad. Entre 2014 y 2019, el porcentaje de todos los casos de tuberculosis notificados en la región que se produjeron entre personas privadas de libertad aumentó del 6,6 % al 9,4 % y, aunque alarmantemente alta, esta cifra subestima la carga de tuberculosis atribuible al encarcelamiento, por varias razones. En primer lugar, la tasa de detección de casos es menor en las cárceles que en la población general. En segundo lugar, las personas que adquieren la infección en prisión a menudo no progresan a la enfermedad tuberculosa hasta después de la liberación; las bases de datos de notificaciones no registran información sobre el historial de encarcelamiento. Por último, las infecciones adquiridas en las cárceles, incluso entre las personas que trabajan en ellas o las visitan, pueden propagarse en la comunidad.

Joaquín Rodrigo Poch

Director general de Sandoz de España y Portugal.
Presidente de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BIOSIM)

Proveer el acceso a los medicamentos a todos aquellos pacientes que los puedan necesitar

Muchísimas gracias, julio, ya sabes que el cariño es absolutamente recíproco. Y gracias a Mario y a Javier también por vuestra siempre ingente labor. Bueno, voy a ser breve. Yo tengo el gran privilegio de trabajar en la industria farmacéutica y digo gran privilegio porque es una industria con mucho propósito. Al final nosotros nos dedicamos a proveer de medicamentos a aquellas personas que lo necesitan y en general, hacer que las personas vivan más y mejores vidas. Como muchos de los aquí presentes que trabajáis en el sector de la salud, más concretamente yo también ahora llevo unos años trabajando en Sandoz. Sandoz es una compañía farmacéutica que es actualmente líder en España y en Europa en la comercialización de medicamentos fuera de patente. Nuestro propósito es proveer el acceso a los medicamentos a todo aquel paciente que los pueda necesitar. Somos una herramienta de accesibilidad y también de sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Porque en el ciclo de vida de un medicamento, hay compañías farmacéuticas que se dedican principalmente a la innovación y al desarrollo de nuevas moléculas, de nuevas terapias, que dedican mucho dinero a esa I+D y normalmente tienen, cuando descubren una molécula, que normalmente suele suceder uno de cada mil intentos que llega a fases finales de comercialización, estas moléculas tienen un periodo de protección de patente sobre esa invención durante 20 años. Esos 20 años se quedan en 10 años más o menos de vida útil comercializada con patente en exclusiva, es decir,

Moderador: Seguimos adelante con otro clásico de nuestra Red TBS-Stop Epidemias. Un hombre que está con nosotros desde siempre, que nos acompaña desde el inicio de la organización, que es Joaquín Rodrigo Poch. Es licenciado en Administración y Dirección de Empresas por la Asturias Business School, y por la University of San Francisco. Posee un máster en marketing de la industria farmacéutica por el CSIF - MBA por el Instituto de Empresas. Su trayectoria profesional ha estado siempre vinculada a la industria farmacéutica, donde ha asumido sucesivamente posiciones de responsabilidad en diversas empresas. Desde noviembre de 2013, Joaquín es director general de Sandoz en España y también desde 2015 ostenta el cargo de presidente de BIOSIM. En enero de 2016 fue designado Iberia Head for España y Portugal. Quiero manifestarle por nuestra parte **un agradecimiento especial a Sandoz por patrocinar esta Jornada**. También por su compromiso personal y estar siempre ahí y compartir el sueño de la Red TBS-Stop Epidemias desde hace más de una década.

SANDOZ BioSim Asociación Española de Biosimilares

Sigue en la página 22

no puede haber competidores, principalmente con el fin de recuperar la inversión que realizan. Pues bien, nosotros, como Sandoz, una vez que finaliza, que expira esa patente del medicamento original, somos proveedores y aumentamos la competencia en esas moléculas donde no había solamente más que un fabricante, pues aparecemos nosotros y lo que hacemos es que bajamos los precios de los medicamentos, con lo cual, por eso, cumplimos nuestro propósito de incrementar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y de hacer más accesible ese medicamento, no solamente en España, sino también fuera de España.

Concretamente desarrollamos medicamentos genéricos, que son aquellos que una vez que el original de síntesis química pierde la patente, aparece el genérico. Una vez que el medicamento biológico original pierde la patente, aparece el biosimilar. Nos especializamos en medicamentos genéricos y biosimilares. Tenemos más de 500 presentaciones de diferentes medicamentos en España, con lo cual cubrimos una amplia parte del vademécum que, insisto, ha perdido la patente. Actualmente tenemos ocho biosimilares comercializados y otros 24 más en nuestro *pipeline* de desarrollo para los años venideros. Os cuento como anécdota o curiosidad que somos el único fabricante que queda en Europa de antibióticos de proceso integrado, es decir, de fábricas que hacen desde el principio activo hasta la dosis final. Y este es un problema, yo creo que es un es un problema y pone a riesgo el suministro de este tipo de medicamentos en Europa y es algo que deberíamos combatir. Si queréis luego podemos profundizar en el debate. También desarrollamos, fabricamos y también comercializamos algunos antituberculosos, contribuyendo, también, a la lucha contra la tuberculosis, más concretamente el Rimactán que contiene rifampicina que pertenece a un grupo de antibióticos denominados rifamicinas.

Y estamos muy orgullosos de haber podido colaborar en una iniciativa que hace unos años nos trajo Plena Inclusión Madrid, que estaban pensando, nos dijeron, mirar que tenemos muchos problemas en nuestro colectivo para que la gente entienda el medicamento que se está tomando. Y claro, nosotros, que estamos todo el día alrededor del medicamento nos interesó la idea. Es curioso, pero no habíamos caído en que, bueno, sí lo conocíamos, pero no habíamos hecho nada, en que la ficha técnica de un medicamento, y que imagino que todos habéis experimentado lo mismo que yo, que la letra es muy pequeña, es muy amplia y con mucha información. Bueno, que era necesario pues adaptar eso a todo tipo de colectivos. En este caso empezamos con el proyecto y tenemos ya más de 80 moléculas adaptadas a prospectos de lectura fácil y esto contribuye a que la gente se tome el medicamento con mejores posibilidades de lectura y adquiera más conocimiento de causa. Y creo que es una iniciativa muy bonita en la que llevamos trabajando desde hace unos años y nuestra idea es continuar ampliando para que todo nuestro vademécum tenga una adaptación a esta a esta lectura fácil. Muchas gracias.

NUEVA WEB
Estrenamos una nueva web en la que encontrarás nuestras actividades e información sobre los diversos temas que son noticia de actualidad

Xavier Casas García
Director Médico de Serveis Clínics

Un centro especializado en el tratamiento supervisado de la TB mediante TDO

Como muchos conocéis, Serveis Clínics es un centro sociosanitario en Barcelona, que es concertado con el Servei Català de la Salut (GENCAT) y es de gestión privada. Es un centro especializado de diagnóstico inmunográfico en tuberculosis, en particular de una tuberculosis complicada, especialmente para personas con mal cumplimiento del tratamiento o pobre adherencia y también tuberculosis diseminadas complejas con patrón de todo tipo de resistencias. Serveis Clínics se creó hace 30 años como centro especializado en el tratamiento supervisado de la TB mediante TDO, para dar respuesta, especialmente en Barcelona y en Cataluña, a un elevado índice de casos de TB en una población vulnerable muy específica. Un colectivo de personas con alto consumo de drogas como heroína, en esos momentos, que coincidía con el VIH y muchos de ellos sin hogar y que vivían en la calle con un consumo excesivo de alcohol. Se hizo con un modelo de TDO basándose en la experiencia de Nueva York y tras una estancia en dicha ciudad para conocer “in situ” el programa del modelo. Con los años se ha cambiado el perfil de paciente que hemos tenido y que tenemos en Service Clinics. Ya se ha pasado de un paciente con VIH, sumergido de heroína, aunque también tenemos, pero ha bajado mucho la incidencia a pacientes que vienen de otros países de alta incidencia como son los inmigrantes recién llegados y muchos sin documentación, sin domicilio fijo, itinerantes y muy variopintos que se agrupan, como ha comentado Juan Jesús antes en su presentación como personas con “no sé, no puedo” o “no quiero”. Sus prioridades son el trabajo, el dinero para a sus familias y/o aportar a

Moderador: Vamos a seguir con Xavier Casas García que es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Central de Barcelona. Es especialista en neumología y también tiene una licenciatura en Filosofía y Ciencias de la Educación, por la misma universidad. Fue médico en neumología en los hospitales de Sant Joan de Déu, de Martorell, en el Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, de Sant Boi de Llobregat, y médico adjunto de neumología en el hospital de Viladecans, en Barcelona. Es director médico asistencial en el Centro Sociosanitario Monográfico de Tuberculosis Complicada, **Serveis Clínics S.A.U**, en la ciudad de Barcelona. Se ha dedicado en los últimos años al área de infecciones respiratorias, más concretamente en tuberculosis y se ha especializado en el manejo de resistencias a los fármacos gracias a su experiencia en el centro **Serveis Clínics** durante más de siete años con pacientes con diferentes patrones de resistencias. Tiene un currículum estupendo, ha participado en congresos y jornadas y además es miembro y coordinador del grupo de trabajo de infecciones respiratorias de la Sociedad Catalana de Neumología.

Sigue en la página 24

a sus familias que están en su país de origen o su prioridad es el consumo de drogas.

Tenemos por tanto pacientes con alto consumo de alcohol, de drogas, trastornos de salud mental y también asuntos pendientes con la justicia. Uno de los pilares de nuestra misión en el centro es la coordinación con muchos actores dentro del programa de tuberculosis de Barcelona y de Cataluña. Desde la Agencia de Salud Pública en Barcelona, con todas las unidades de vigilancia epidemiológica de Cataluña, agentes de salud comunitario, unidades clínicas de tuberculosis en diferentes hospitales, instituciones penitenciarias, con quienes muchas veces debemos de tener coordinación, centros de drogodependencias y otros centros de servicios sociales. También la policía autonómica de Cataluña cuando nos hace falta por disturbios en el Centro o por ingresos involuntarios por orden judicial que son necesarios.

El centro dispone de un equipo de Tratamiento Directamente Observado comunitario llamado ETODA desde el año 1995, para ofrecer una supervisión del tratamiento en personas que tienen domicilio pero que debemos reforzar el mensaje del cumplimiento de la toma de dosis diaria, tanto en Barcelona ciudad como en su área metropolitana; también tenemos un equipo en Lleida desde el año 1997.

Entre el Centro y el ETODA, el equipo comunitario, siempre hay un *feedback* muy importante, entran y salen en muchas ocasiones y pacientes que no se pueden manejar bien en el Centro y van a ETODA, y al revés, a pacientes que no consiguen o han perdido el domicilio y van al Centro y continúan el tratamiento allí.

Desde el inicio de nuestra misión es la adherencia con el TDO, trabajando los aspectos sociales como se ha comentado antes, porque son esenciales para optimizar el tratamiento. Cada vez y sobre todo en los últimos años hemos estado haciendo una atención más integral, volviendo a los aspectos sociales, psicológicos, laborales, incluso la atención emocional, además de la sanitaria.

Disponemos de un equipo sanitario completo, de enfermería y de médicos, pero también de fisioterapia para todos los días, de trabajadores sociales, educador social, psicólogo y terapeuta ocupacional. Todo esto se plasma en el proyecto en un Plan Integral de Atención Individual que llamamos API, con una atención centrada en la persona que atendemos como protagonista y auto responsable de su proceso de enfermedad. Esto nos importa mucho, por lo cual en estos últimos años hemos generado asambleas con ellos y pasamos encuestas de satisfacción de forma periódica. Intentamos el "caorden" que llamamos así el hecho de ordenar el caos en que viven muchos de nuestros pacientes porque son indisciplinados, anormativos, preocupados con sus problemas sociales, económicos, de buscar trabajo, de drogas, de salud mental…

Mediante el diálogo intentamos generar pactos, tolerancia, flexibilidad, perseverancia, escucha activa y por tanto trabajamos con un equipo interdisciplinar y con una inteligencia colectiva que queremos transmitir con transversalidad. Los pacientes que están haciendo aislamiento respiratorio, muchos de ellos con tuberculosis pulmonar y que luego cuando dejan de hacerlo continúan estando allí, si quieren, haciendo todo el tratamiento completo hasta los seis meses reglamentarios o más.

Cuando se trata de resistencias o también otros determinantes que hace que se alargue más el tratamiento, un recurso social, ya sea un albergue o un centro de primera acogida o un centro sociosanitario, utilizar la red que disponemos y que funciona muy bien. Y sobre todo es fundamental la coordinación con los terapeutas y médicos que trabajamos en ETODA diariamente con sus hospitales, aportando rigurosidad en el Tratamiento Directamente Observado, con

Sigue en la página 25

transparencia en la formación con los hospitales con Salud Pública en cuanto al cumplimiento de los pacientes, tanto si es en el domicilio, como es en la calle o como en el ámbito laboral, pero muchas veces es complicado, por lo cual debemos utilizar muy frecuentemente la intervención de Agentes de Salud Comunitario, muy útiles para romper la barrera idiomática y cultural que tienen los pacientes y que estos agentes disponen de una gran formación en tuberculosis y para los aspectos sociales vemos la valiosa intervención de nuestra trabajadora social que acude a sus domicilios y que interviene in situ.

Queremos aportar por lo tanto una atención integral interdisciplinar, resolviendo problemas psicosociales de los pacientes.

Nos encontramos con familias desestructuradas, con desahucios, maltratos de género, muchos pocos recursos económicos y con problemas psiquiátricos serios, etc. Y no olvidamos la docencia y la reserva y la investigación en nuestro ámbito con líneas propias o también colaborativas con diferentes hospitales tan importantes como pueden ser el Hospital Universitario Val d'Hebron o el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Un poco he hecho un resumen de lo que hacemos y después en el debate, pues, podemos resolver cualquier duda o comentario sobre nuestro trabajo diario en Service Clinics. Muchas gracias por vuestra atención.

Serveis Clínics

NOTICIAS 3

La mitad de la población no sabe que la sanidad pública se financia con los impuestos

El Ministerio de Sanidad ha publicado los resultados del segundo Barómetro Sanitario 2024, que señala que a pesar de que desde el año 1997 la sanidad pública se financia con los impuestos generales, el 49 % de la población piensa todavía que la sanidad pública se financia total o parcialmente con las cotizaciones del colectivo de trabajadores y únicamente un 46,2 % sabe que se financia con los impuestos de todas las personas. Los resultados también se refieren al funcionamiento del sistema sanitario público, se haya utilizado o no, y señalan es valorado por la opinión pública con **6,35 puntos sobre 10**.

El 78,9 % de las personas encuestadas acudió a un médico de atención primaria de la sanidad pública en los 12 meses previos. El 20,6 % fueron atendidos por su médico/a de atención primaria el mismo día o al día siguiente y el resto tuvo una espera media de 8,8 días. La atención recibida es valorada positivamente por el 82,2% de las personas atendidas.

El 44,1 % había consultado a un especialista de la sanidad pública en los últimos 12 meses. El 82,1 % de las personas usuarias valoran positivamente la atención recibida.

El 9,9 % refiere haber estado ingresado en el último año en un hospital público: un 40,5 % lo hizo de manera programada para cirugía o prueba diagnóstica y un 54,2 % por una enfermedad o problema de salud urgente; el 3,8 % acudió por un parto. El 85,4 % valora positivamente la atención recibida durante su ingreso.

El 45,2 % había acudido a un servicio de urgencias de la sanidad pública. De ellos, el 39,6 % fue a un dispositivo de atención primaria, mientras que el 52,9 % fue a un servicio hospitalario y el 6,7 % utilizó un servicio de urgencias tipo 061/112. **El conjunto de servicios de urgencias del SNS es valorado positivamente por el 75 % de las personas que los utilizaron.**

Esta percepción general sitúa a los servicios de urgencias del 061 o 112 y a la asistencia a pacientes ingresados en hospitales públicos, con 7,48 y 7,22 puntos, respectivamente, como los servicios mejor valorados.

Las consultas de atención primaria se puntúan con 6,34 puntos y las consultas de atención especializada con 5,93 puntos. Las urgencias de atención primaria se valoran con 6,36 puntos y las de los hospitales con 6,26 puntos.

La mayoría de los encuestados no percibe discriminación en la atención sanitaria por razones socioeconómicas, de edad o nacionalidad, pero un 38 % considera que existen diferencias en los servicios recibidos según la comunidad autónoma de residencia. Por otro lado, un 35 % de los encuestados señala la capacidad de manejo de las nuevas tecnologías como un factor que influye en la igualdad de acceso a la sanidad. En este sentido, el Barómetro revela que el 40,1 % de la población accede a su historia clínica electrónica, mientras un 59,8 % aún no lo ha hecho.

La mitad de la población no sabe que la sanidad pública se financia con los impuestos y que dejó de ser financiada con las cotizaciones a la Seguridad Social en el año 1997.

El 38 % de los ciudadanos percibe que no se reciben los mismos servicios según la comunidad autónoma en la que se reside.

La valoración general del funcionamiento del sistema sanitario público es de 6,35 puntos sobre 10.

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

¿Qué hacemos en la fuiTB?

Muchas gracias por la invitación a Julio y a Mario y a la Red TBS-Stop Epidemias. Yo comentaré sobre la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona, el acrónimo es fuiTB, que fue creada en 2015 pero que tiene una historia que viene de lejos y con cuatro hitos importantes. En 1987 se inició el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de Barcelona, procurando una buena coordinación entre clínicos, microbiólogos y epidemiólogos. Nos ayudó la obtención de un proyecto FIS de tres años sobre sida y tuberculosis. Conseguimos en este proyecto un médico, una enfermera, un administrativo por tres años, lo cual hoy en día es como imposible de conseguir.

En 1995 conseguimos una unidad temática del FIS sobre tuberculosis, la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB) que agrupaba a sanitarios del área involucrados en la prevención y control de la tuberculosis. Entre 2003 y 2017, la UITB es el único centro europeo que participa en los ensayos clínicos del CDC de Estados Unidos. Ensayos clínicos que eran sobre tratamientos nuevos para la tuberculosis y se publicaron diversas investigaciones sobre rifapentina, que desafortunadamente este fármaco no está disponible en Europa y me gustaría conocer la opinión, después, de Joaquín Rodrigo. En estos proyectos contratamos a cuatro investigadores durante todos estos años, lo cual fue muy relevante. En 2015 es finalmente cuando se crea la Fundación fuiTB, a partir sobre todo de

Moderador: Yo recuerdo cuando el consejero de Sanidad de Madrid me llamó a mediados de 1995 para crear la llamada Comisión Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis, en la Comunidad de Madrid, que la referencia para su constitución era Joan Caylá Boqueras. Joan, amigo, referente, siempre serio, es un médico epidemiólogo en la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Lo ha sido desde 1986 a 2017; el máximo responsable de tuberculosis y sida a partir de 1994 fue jefe del Servicio de Epidemiología. Posee un currículum envidiable, es investigador principal en diversos proyectos nacionales e internacionales y ha publicado más de 200 *papers* sobre epidemiología, enfermedades infecciosas, muchos de ellos sobre tuberculosis y o sida; algunas sobre intervenciones que han sido relevantes en la Salud Pública. Es el actual presidente de la Fundacio Unitat d'Investigació en Tuberculosis de Barcelona (fuiTB).

/fuiTB
fundació uiTB
fundación uiTB
fundation uiTB

uitb

Sigue en la página 28

participantes en estos ensayos clínicos. Tenemos 10 patrones, un presidente, un vicepresidente, un secretario y una secretaria. Los objetivos son fomentar la investigación en tuberculosis, sida, inmigración, COVID… Impulsamos por ejemplo el Día Mundial de la TB mediante una jornada en que se presentan estudios en curso, novedades en tuberculosis, etc. También las Jornadas de Enfermedades Emergentes en mayo-junio. Este año tratamos por ejemplo sobre todo COVID, parvovirosis, infecciones de transmisión sexual. También cada año las Jornadas Internacionales de Tuberculosis en noviembre. Estas jornadas son en formato híbrido, presencial y *webinar* y en las de Emergentes y en el Internacional de TB solemos tener unos 300 asistentes presenciales y unos 500 *online*; bastantes de América Latina. También otorgamos tres premios a tesis doctorales cada año a las mejores tesis sobre tuberculosis. Son premios de 2000 €; ya hemos otorgado 12.

Impulsamos, participamos también en diversos estudios multicéntricos y sobre la COVID. Nuestra web fuiTB tiene miles de visitas anuales; también estamos en Twitter y contamos con más de 3900 seguidores. También disponemos de la revista "Enfermedades Emergentes". La dirección tiene una web propia, es Enfermedades Emergentes. Com. Para acabar, Jornadas Internacionales de Tuberculosis que se celebrará en noviembre. Las inscripciones son gratuitas gracias a *sponsors* como Sandoz, que por cierto colabora desde hace muchos años y también a donaciones a esta fundación. Gracias, también, por supuesto, a los ponentes que participan cada año. Este año contaremos con mesas sobre estudios en curso, TB, VIH, tuberculosis, tuberculosis en situaciones complejas, epidemiología molecular y genómica, cribajes y estudio de contactos, tecnología en el estudio y manejo de la tuberculosis. Por supuesto todos ustedes están especialmente invitados a estas jornadas. Muchas gracias.

Jesús Edison Ospina
Coordinador del Programa de Agentes Comunitarios de Salud para Poblaciones Inmigrantes del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona

Programa de Agentes Comunitarios de Salud para poblaciones inmigrantes

Muchas gracias, Julio, e igualmente a Mario por la invitación a esta transferencia de información y experiencias que seguramente que será muy provechosa para todos y para todas quienes estamos participando en ella. Bueno, yo os voy a hablar del Programa de Agentes Comunitarios de Salud, que es un programa para poblaciones inmigrantes cuyo modelo empezó a desarrollarse en el año 2002 en la Agencia de Salud Pública de Barcelona y que, en ese momento, creo que se denominaba Instituto Municipal de Salud. El proyecto se empezó a desarrollar el Programa en el Servicio de Epidemiología gracias a la iniciativa de quién está aquí en esta Jornada y que es un gran conocido y a quien le debemos mucho la Salud Pública de Barcelona, que es Joan Caylà, que fue mi antiguo jefe hasta que se jubiló y mi mentor en Salud Pública.

El Programa se debe sobre toda la iniciativa de Joan Caylà, él conocía el programa que yo coordinaba en la Unidad de Enfermedades Tropicales de la zona de Drassanes, que era un programa de Agentes Comunitarios de Salud y quiso trasladar ese modelo de forma más amplia a toda la ciudad de Barcelona. Y aquí empezamos en el año 2002, ya llevamos más de 22 años de programa, empezamos específicamente en el ámbito de la tuberculosis y después en el año 2007 se amplió a todas las enfermedades de declaración obligatoria. El Programa es un programa que trabaja con un equipo de personas que son de diferentes nacionalidades, con un enfoque de estrategia que nos gusta denominar

Moderador: Seguimos adelante y es el turno de Jesús Edison Ospina. Jesús es Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica, Máster en Salud Pública, también es Máster en Nutrición y Dietética. Es un investigador del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) en el Grupo 12 de Epidemiología de Enfermedades transmisibles. Es profesor del Máster en Salud y Cooperación Internacional de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y además es coordinador del programa de Agentes Comunitarios de Salud, y como tal es miembro de la comunidad con la que trabaja, integrado dentro de un equipo de personal sanitario. Tiene como objetivo convertirse en un puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el fin de mejorar la circulación de la información, las iniciativas y los recursos entre ambas partes. Asimismo, se encarga de dinamizar acciones de promoción de la salud llevadas a cabo desde cada una de ellas, o de forma conjunta para poblaciones inmigrantes y forman parte del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Sigue en la página 30

como de perfiles complementarios, porque claro, en Barcelona hay más de 168 procedencias y actualmente no podemos tener un Agente Comunitario de Salud para cada procedencia, por tanto, el modelo debe ajustarse a la realidad que hay. Ese equipo está compuesto por seis Agentes Comunitarios de Salud, cada uno de ellos para India, Pakistán, India y Bangladés, y otra agente para China. También la otra para países de Europa del Este, otro agente para países árabes, otro Agente Comunitario de Salud para países de África Subsahariana y otro agente para países de América Latina y El Caribe. Todas estas personas tienen diferentes profesiones y no proceden en particular de profesiones del ámbito sanitario, porque lo que nos interesa, sobre todo, son perfiles que sepan comunicarse de manera horizontal con las con las personas. Esto es lo más importante.

Hemos tenido dentro del programa también personas que vienen de ámbito sanitario pero que no tienen estas habilidades y estas competencias y por tanto, al final hemos aprendido que lo más importante, sobre todo cuando tienes un programa que contribuye como puente entre el sistema sanitario y las comunidades que provienen además de países, la mayor parte de ellos empobrecidos, de baja renta, y en el que los sistemas sanitarios no son preventivos, sino de contención y de pago, pues necesitamos es un tipo de discurso diferente que vincule, que fidelice y que contribuya a lo que persigue el programa, que es en coordinación con el resto de actores que ya han ido, se han ido mencionando a lo largo de diferentes ponencias. Los actores que intervienen en una ciudad como Barcelona, que no solamente son de ámbito sanitario, sino también de ámbito social, contribuyen con esa sinergia que es además un concepto que aprendí de forma muy clara de Joan Caylà que durante todos estos años demostró que solamente a partir de una buena sinergia, una buena coordinación entre los diferentes actores, se pueden obtener logros y beneficios, sobre todo en el ámbito de la tuberculosis que es donde me voy a centrar, porque claro, el Programa interviene desde el año 2007 en el resto de las enfermedades de declaración obligatoria, que en el caso de Cataluña ascienden a más de 70 enfermedades. Son los pacientes precisamente de tuberculosis los que generan muchísimo más trabajo por diferentes causas.

Es un programa que, como os comentaba, trabaja con una estrategia de perfiles complementarios en el que este equipo de Agentes Comunitarios de Salud debemos intentar solucionar la mayor cantidad de inconvenientes que se puedan presentar en ese objetivo que se busca, que es no solamente de mejorar la adherencia a los tratamientos, sino también el éxito de los tratamientos. Ciencia para la gente y que la persona entienda qué es la enfermedad, por qué del tratamiento, además, por qué un tratamiento tan largo y de los beneficios de este, no solamente para quien padece la enfermedad, sino para su entorno familiar y para la sociedad en general. Que también entienda aspectos básicos de cómo se pueda transmitir la enfermedad y cómo se pueden adquirir mecanismos de prevención. Para eso entonces se desarrollan múltiples funciones y actividades, entre ellas os voy a mencionar algunas, como es, por ejemplo, la búsqueda de actividad de casos perdidos. Ahí, por el perfil de pacientes que tenemos, desgraciadamente por esa “distocia social” en la que viven, son personas que tienen una estructura económica muy pauperizada, por tanto, muchas veces, y ya ni siquiera porque consuman drogas o porque sean alcohólicas, sino porque es que directamente viven en la calle. Específicamente en los últimos años hemos venido detectando que a pesar de que la incidencia ha ido en declive, no en el que quisiéramos, pero sí que ha ido en declive, creo que la última incidencia del año pasado, si no estoy mal, está en 14.1 caso casos por 100 000

Sigue en la página 31

habitantes en la ciudad de Barcelona es un reflejo de ese declive. Pero esos casos que tenemos año tras año son casos más complejos, más complicados. ¿Por qué? Porque son personas que viven en la calle, son personas que no tienen trabajo, que vienen de países o proceden de países de alta carga de enfermedad. Son personas que a pesar de que llevan muchos años aquí no han logrado regularizarse administrativamente, no tienen núcleos familiares estructurados, en fin, una serie de patrones y características que hacen que todo sea más complicado en el seguimiento y tratamiento y finalización exitosa de los tratamientos de estas personas. Y aún más porque el programa interviene directamente en ese aspecto clave que es el estudio de contactos para intentar frenar o contribuir en el freno de las cadenas de transmisión en la propagación de la enfermedad. La búsqueda de esa información es fundamental y es uno de los mayores retos que tenemos cuando tenemos un paciente con este perfil. Por tanto, hay que desarrollar mucha búsqueda activa de casos perdidos de contactos. También de esos pacientes cuando se han logrado establecer en entidades, asociaciones de y para inmigrantes, centros de culto religioso, espacios lúdicos de tiempo libre y ocio de las personas, en los domicilios particulares, en los centros de trabajo. Es decir, para el Programa, hablar de la enfermedad e intervenir en la enfermedad se hace en cualquier espacio, en una cancha de fútbol de la ciudad, allí se puede hacer una intervención perfectamente de cinco o diez minutos.

EL modelo clásico de intervenciones de una hora, ese modelo hemos, nos hemos demostrado así mismo que no es efectivo, que lo que hay que entregar son tips que conecten emocionalmente con las personas. Se hacen acompañamientos desde el programa, también intra sanitarios.

Hoy en día con la evolución de la inmigración en España, ya empezamos a tener una cierta edad, ya no nos preocupa tanto el problema del idioma, aunque sigue siendo una variable importante. Lo más importante, porque hay mucha gente que ya habla castellano, ya tiene esa lengua vehicular, lo más importante es intervenir interculturalmente para que esos códigos y esa interpretación lingüística de lo que queremos desde el sistema sanitario llevar en relación con la tuberculosis, se entienda y se cambien. Por tanto, o intentemos o contribuyamos a que haya un verdadero cambio social. Y el verdadero cambio social solamente se efectúa cuando hay un cambio en la actitud, en el comportamiento.

Si algo le cuesta al ser humano es cambiar en el comportamiento y ahí se centra mucho el programa, en intentar que precisamente se cambie el comportamiento para que los hábitos y las actitudes también cambian. Y se desarrollan también actividades de traducción y también de interpretación como os comentaba antes.

Un apartado muy importante de todas las funciones que se desarrollan es contribuir en la resolución de conflictos que se presentan, no solamente dentro del sistema sanitario, entre el personal sanitario y los pacientes y los contactos de los pacientes, sino también dentro de las mismas comunidades, con los familiares, con los amigos, con el entorno e inclusive en el entorno laboral. De hecho, tenemos muchas dificultades y hemos aprendido a desarrollar estrategias también para obtener información sobre los contactos, porque en todos estos años hemos llegado a aprender y desarrollar estrategias. Esta información se comenta entre la población y a veces la respuesta es adversa y muchas veces nos hemos visto abocados a observar como un paciente enfermo de tuberculosis le han expulsado del piso porque la gente tiene miedo de ser infectada. Podría describir hoy muchas más, pero yo creo que el espíritu y la misión del programa sobre todo es contribuir a mejorar la vigilancia y el control de la tuberculosis en la ciudad de Barcelona con personas procedentes de países de alta carga de la enfermedad.

NOTICIAS 4

Los parlamentarios reunidos en Berlín firman una declaración mundial a favor del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias

UNITE es una red global, no partidista y sin fines de lucro de miembros actuales y anteriores del parlamento de parlamentos, congresos y senados multinacionales, nacionales, estatales y regionales, comprometidos con la promoción de políticas eficientes y sostenibles para mejorar los sistemas de salud globales, en alineación con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas**.

Los parlamentarios reunidos en Berlín firman una **declaración mundial a favor del Acuerdo de la OMS sobre Pandemias**, esta es la oportunidad para que expertos de la sociedad civil, comunidades afectadas, organizaciones internacionales y el mundo académico se reúnan con parlamentarios líderes de todo el mundo para discutir los temas más urgentes en materia de salud mundial y establecer la agenda política para el año que viene.

Parlamentarios de todo el mundo reunidos en Berlín con motivo de la **Cumbre Mundial de UNITE** han firmado una declaración a favor del Acuerdo de la Organización Mundial de la Salud sobre Pandemias. La declaración, rubricada por el presidente de UNITE, miembros de la junta de la organización y parlamentarios de todo el mundo, representa un importante compromiso de los parlamentarios para fortalecer la preparación y la respuesta frente a pandemias y el acceso a la salud en condiciones de igualdad.

"Los parlamentarios son la voz del pueblo y tienen una responsabilidad fundamental en la protección de la salud pública», declaró **Ricardo Baptista Leite**, presidente de UNITE. "El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias supone una oportunidad histórica para prevenir pandemias y fortalecer nuestras capacidades de preparación y respuesta a escala mundial. Al firmar esta declaración, no solo mostramos nuestro apoyo al acuerdo, sino que también nos comprometemos a velar por que sus principios de equidad, solidaridad y cooperación global se apliquen de manera cabal en todas las naciones".

Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró que: "El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias es una oportunidad única en una generación para forjar un sistema mundial de salud más fuerte, más justo y preparado". La Cumbre Mundial de UNITE, que este año se celebró en octubre en colaboración con la Cumbre Mundial de la Salud, es un encuentro de alto nivel que reúne de manera excepcional a parlamentarios de todo el mundo, líderes de la sociedad civil y expertos en salud y que tiene como objetivo traducir los debates en una serie de prioridades políticas que puedan llevarse a la práctica. La cumbre se centra en los principales desafíos en materia de salud, agrupados en cuatro grandes pilares: derechos humanos y acceso a la salud en igualdad de condiciones, arquitectura mundial de la salud y seguridad sanitaria a escala mundial, fortalecimiento de los sistemas de salud y financiación sostenible para la salud.

La firma de la Declaración Parlamentaria Mundial a favor del Acuerdo sobre Pandemias ha sido uno de los momentos más destacados de la cumbre, y pone de manifiesto el papel fundamental que desempeñan los parlamentarios a la hora de garantizar la seguridad sanitaria mundial y proteger a la población de futuras pandemias. El Acuerdo sobre Pandemias, que los Estados Miembros de la OMS están negociando en estos momentos, tiene como objetivo corregir las deficiencias que puso de manifiesto la pandemia de COVID-19 y responder a las amenazas que plantean los brotes de la viruela símica (mpox) y de otras enfermedades.

Javier García Pérez
Secretario general del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.
Responsable de la Unidad de Tuberculosis del Hospital Universitario de La Princesa.

La TB desde el punto de vista clínico

Buenas tardes a todos, es un placer compartir este escenario virtual con vosotros. Cuando Mario me propuso de qué vamos a hablar en la jornada de hoy, dijo: cuenta ahora mismo cuál es vuestra realidad, cómo ves tú la perspectiva de la TB. Pues eso es lo que voy a hacer ahora mismo. En este mosaico que hemos visto hoy de opiniones ha sido muy enriquecedor ver cómo se contempla la tuberculosis desde distintos puntos de vista. Y yo voy a contar hoy brevemente el de un clínico. Volví ayer de vacaciones y tuve y me incorporé al Servicio de Neumología del hospital que dirige Julio y, bueno, pues lo que me encontré, sabéis que neumología es una patología, es una las enfermedades respiratorias muy estacionales, en agosto y en el verano bajan mucho nuestros ingresos y nuestras consultas. Pero me encontré que en el último mes pues me estaban esperando para comentarme tres casos de tuberculosis que hemos diagnosticado en apenas 20 días en un hospital como el nuestro, de mediano tamaño en Madrid. En estos 20 días mis compañeros habían diagnosticado dos casos, uno que había tenido una hemoptisis masiva y el otro que fue una tuberculosis también pulmonar bacilífera con una peculiaridad que no es muy común, todos los que hacemos clínica lo vemos, y es que tenía un acceso, una espondilosisis; aparte tenemos una afectación extrapulmonar. Pero, además, ayer cuando repartimos los pacientes que tenemos que ingresar, nos comentan que el sábado el equipo de guardia había ingresado a un chico también de 39 años, como los anteriores, todos

Moderador: La última mini ponencia de esta tarde corresponde a Javier García Pérez, que responsable de la Unidad Alta Complejidad de Tuberculosis de nuestro hospital, el Hospital de La Princesa, de Madrid. Ha sido hasta hace poco tiempo presidente de NeumoMadrid y es el secretario general de nuestra red, la Red TBS Stop- Epidemias. Javier tiene un largo recorrido en tuberculosis, ha sido coordinador del área TIR de SEPAR y con la Red ha recorrido toda España con Cineforum Solidario. Actividad interactiva dirigida a centros de atención sociosanitaria y poblaciones precarias, centros penitenciarios, centros de acogida, a refugiados, de atención agro dependientes y es colaborador en formación con entidades y oenegés. Otra de sus actividades, de sus pasiones es el cine y realiza actos itinerantes de Cine y Tuberculosis que propone acercarnos a esta patología a través de la mirada de cineastas preocupados por las desigualdades sociales y su repercusión sanitaria. De manera que Javier es un auténtico militante, creyente y practicante de la Red TBS--Stop Epidemias y de la lucha por la prevención y control de la tuberculosis en España y en el mundo.

Sigue en la página 34

estaban entre los veintitantos y los 30 y tantos años. Entró con un cuadro febril limitado cuatro días, una placa muy curiosa que no solemos ver ahora frecuentemente, pero todos los que veis tuberculosis la reconoceríais que es una tuberculosis miliar, un patrón que ya indica una diseminación por vía hematógena y por tanto de mayor gravedad. Y este paciente, además, tenía una insuficiencia respiratoria como suele ser habitual en estos pacientes. Por tanto, en una realidad que creemos que va disminuyendo y que bueno, la tuberculosis está cayendo, y es verdad y los datos epidemiológicos así lo atestiguan, pues nos encontramos que, en un hospital medio de Madrid, en el mes de agosto, en veintitantos días, hemos tenido tres casos de tuberculosis.

Entonces el sábado el equipo nuestro de guardia ya lo diagnosticó, empezó con el tratamiento con las cuatro drogas habituales, porque la PCR nos hablaba de una sensibilidad a los fármacos orales habituales. Lo que hemos visto es que el paciente nos plantea unos retos clínicos porque tiene una insuficiencia respiratoria, es una tuberculosis miliar y porque, además, pues lo que hemos visto es que con cuatro dosis que lleva de tratamiento hoy en la analítica empieza a tener una toxicidad hepática relevante. Estamos ya en cifras de gamma GGT y de fosfatasa alcalina en un paciente que no toma alcohol. Este paciente tiene 37 años, nació en Ecuador, pero reside en España desde 2003, por tanto, lleva 21 años en España. Es verdad que ha nacido fuera de España, pero ya sabéis que está en discusión cuando creemos que los pacientes vienen con una tuberculosis importante habitualmente se manifiesta en el primer año tras su llegada. No podemos considerar que este paciente, pues no sabemos dónde se infectó, pero ha adquirió la enfermedad en nuestro país. Presenta, como os digo, retos clínicos. Vamos a ver qué hacemos con esa toxicidad hepática y si hay que modificar el tratamiento. Presenta retos en el manejo porque el paciente tiene mujer y tres niños de nueve, seis y año y medio que rápidamente ayer hablamos con ellos y hoy se les ha realizado la tuberculina y el estudio de contactos imprescindible en estos pacientes y estamos viendo, además, ahora si el paciente cuando se vaya tiene las posibilidades de dormir en una habitación solo, porque con tres niños pequeños y el aislamiento va a necesitar mínimo de 15 a 20 días, pues si no tendremos que buscarle un recurso para poder seguir el tratamiento durante unos días y evitar el contagio a la familia. Evidentemente no es un caso tan grave como aquellos que trata mi amigo Xavi en Serveis Clínic, desde el punto de vista social, porque el paciente va a ser adherente, pero los otros dos casos han sido también gente joven y gente que también había nacido fuera de nuestro país. Esa es la realidad con la que nos encontramos. Un clínico no sólo ve tuberculosis, estáis en contextos distintos, por ejemplo, también ayer hemos tenido ingreso de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa, con tromboembolismo pulmonar, asma bronquial…

Respecto a los datos epidemiológicos de Madrid en el año 2023, que tengo aquí delante, Madrid asistió a un ligero repunte de casos. Nos encontramos en la Comunidad de Madrid con 580 casos, lo que supone una tasa de 8,59 por 100 000 habitantes, el 60 % son inmigrantes, de los que el 75 % son hombres, y de los que solo un 6,9 % presentaban una serología de VIH positiva. Lo que se ve habitualmente, la mayoría de los casos en autóctonos son en mayores de 74 años. Sin embargo, como los tres casos de TB, los casos en inmigrantes suelen darse entre los 25 y 35 años. Por fortuna, en la Comunidad de Madrid tenemos este estudio de resistencias en todos los casos desde hace años, y solo tenemos un 4,6 % de resistencia a isoniazida. En el último año 2023, se han visto sólo seis en Madrid, en la Comunidad de Madrid sólo tres XDT-TB; luego las cosas desde ese punto de vista funcionan mejor. Y esta es la realidad. La realidad desde el punto de vista de un clínico que se enfrenta todos los días a la tuberculosis y que creo que complementa las visiones que se han dado aquí.

Próximo encuentro

de profesionales del sector sociosanitario iberoamericano

15 países

ARGENTINA
BRASIL
CHILE
ECUADOR
ESPAÑA
EE.UU.
HONDURAS
MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY
PORTUGAL
REPÚBLICA DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

Participa, previa inscripción gratuita
Envía tus datos personales al *e-mail:*
redtbs@redtbs.org

CONSEJO EDITORIAL

EDITORES

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

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

ASESORES

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

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

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

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

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

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

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

REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD — SANIDAD SIN FRONTERAS

Memorias y ***Newsletter*** **son publicaciones de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Edición 50 y 80 - 06.11.24**

Newsletter Red TBS informa

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) - Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Illenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias – 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 Hernándo – Médicos del Mundo Illes Balears – NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping – Publimas Digital IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria – Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) - SEMERGEN Solidaria – Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) – Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa Be Neumo, Be You – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) – Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) - SEPAR Solidaria – Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial - Diario Médico - Correo Farmacéutico – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias

GRUPO MENARINI www.menarini.es · Chiesi · SANDOZ · janssen · Serveis Clínics · QIAGEN · PSN · CONTROL GROUP

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

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

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

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

Vocales
Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás
Prof.ª Marta Mas Espejo
Dr. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
Carmen Martín Muñoz

REDTBS STOPEPIDEMIAS www.redtbs.org