

Newsletter Red TBS informa

EDITORIAL

Érase una vez

Gramaticalmente es un imperfecto narrativo, una frase hecha con la que se inician los cuentos y se estimula la imaginación de los más pequeños con el relato de un suceso pasado. Pero no es de ello de lo que hoy vamos a hablar sino de la frecuente frase de que *“en España tenemos la mejor sanidad del mundo”*, frase que hemos oído todos ininidad de veces y que, en cierta manera confirma los datos del Barómetro Sanitario que, como sabéis, es un estudio oficial de opinión pública que realiza desde hace 33 años el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) juntamente con el Ministerio de Sanidad. Según este el “Barómetro Sanitario está diseñado para conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos y permite, además, pulsar la opinión pública sobre medidas vinculadas a los objetivos de la política sanitaria, obtener información sobre el grado de conocimiento o las actitudes de los ciudadanos ante las mismas y conocer la evolución de la opinión pública sobre dichos aspectos analizados en series temporales”.

Sigue en la página 3

SUMARIO

Editorial: Érase una vez	1
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	2
Comunicado de la Real Academia de Medicina por Ceuta	6
Eclipse total: Un auténtico sueño cumplido	7
Rafael Martínez Cabeza de Vaca	
Asistir a la existencia	9
Lorenzo Fernández Fau	
El ébola fuera de control en la RDC	12
REiCOP: Investigar la COVID persistente. Definición clínica	13
Pilar Rodríguez Ledo	
Tratamientos cortos de la tuberculosis	17
Xavier Martínez Lacasa	
Nuevo Proyecto de Ley de Control del Tabaco	19
Joan B. Soriano	
Roche obtiene el marcado CE para prueba en tuberculosis	24
Cinefórum Solidario en centros penitenciarios	25
Próximas jornadas de la Red TBS-Stop Epidemias	26
Chiesi en el Congreso de la European Respiratory Society	27
La Asociación Camina Senegal camina con DOX Senegal	28
Consejo Institucional y Comités de la Red TBS-Stop Epidemias	29
Entidades y patrocinadores de Red TBS-Stop Epidemias	32

Premios recibidos: Diario Médico: “Mejores ideas”. NeumoMadrid: “Programa de Intervención dirigido a pacientes y/o familiares”. Premios Albert Jovell: “A la organización sin ánimo de lucro con proyectos centrados en los pacientes”. Centro de Humanización de la Salud San Camilo: “Premio Humanizar en la categoría de Divulgación”. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior: Medalla de Plata “al Mérito Social Penitenciario en reconocimiento a su labor en el ámbito penitenciario y a su importante contribución a la mejora de la salud pública y la reinserción social”. Cruz Roja Española: Medalla de Oro “por su excelencia científica y su implicación social y humanitaria”.



REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD

SANIDAD SIN FRONTERAS

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

separ

Sociedad Española
de Neumología
y Cirugía Torácica



Entidades que adhieren a la Red TBS-Stop Epidemias



Asociación de
médicos gallegos



Agència
de Salut Pública



ASSOCIACIÓ IL·LENC DE RESPIRATORI



CORREO+
FARMACEUTICO



DIARIO MEDICO

EL GLOBAL



GACETA MÉDICA



infomedpress



NEUMOMADRID
Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica



International Union Against
Tuberculosis and Lung Disease
Health solutions for the poor



Unidad de Investigación en Tuberculosis d
Barcelona



MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE CONTROL
DE VIH-ITS, HEPATITIS VIRALES
Y TUBERCULOSIS



Empresas que patrocinan a la Red TBS-Stop Epidemias



MENARINI
ESPAÑA



SANDOZ

Colaboran con la Red TBS-Stop Epidemias

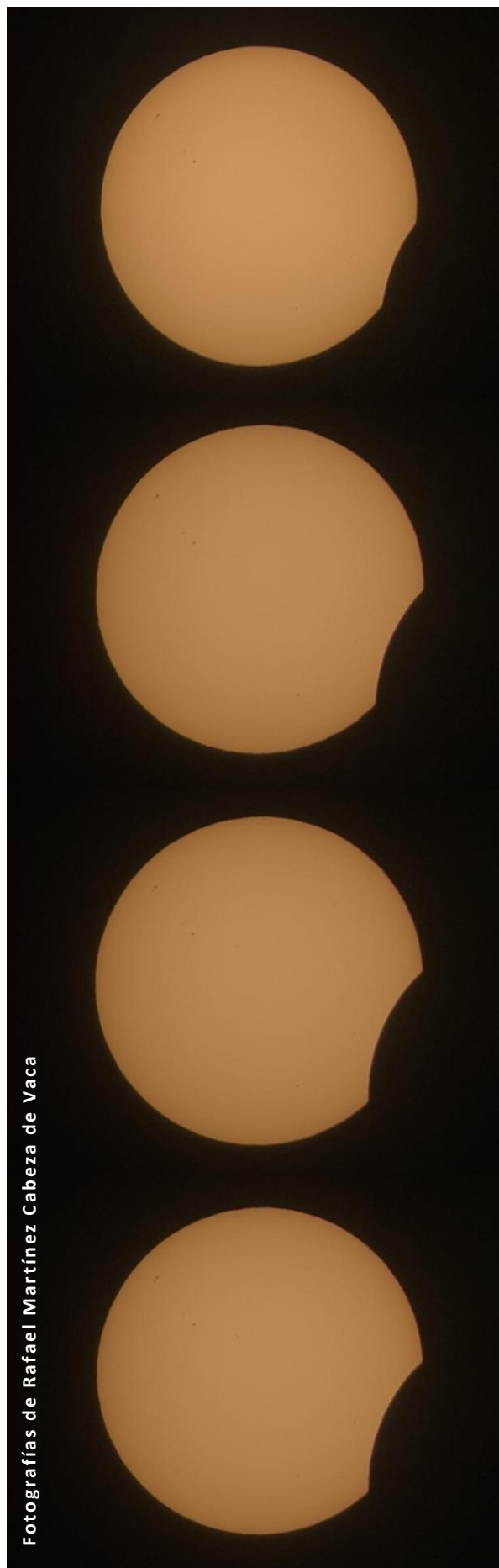
Serveis Clínic – Qiagen – Janssen – Linde – Control Group

Según los datos de julio de 2026, el funcionamiento del sistema sanitario en España recibe una valoración del 53,5 % de la población general. Este porcentaje agrupa a los que consideran que funciona "bastante bien" y los que opinan que "funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios". El CIS no establece un porcentaje umbral a partir del cual considere que un resultado es positivo, sino que se limita a recoger datos sin emitir juicios de valor e interpreta esta cifra como positiva al superar el 50 % de las respuestas. Si el dato del resultado es la mitad más uno se interpreta que la opinión pública aprueba el servicio analizado; si no llega a esa mitad, lo puntúan como un suspenso. En este año 2026, el 24,95 % de los encuestados opina que, aunque algunas cosas funcionan, se necesitan cambios fundamentales y un 20,28 % considera que funciona mal y el sistema sanitario necesita cambios profundos. Por otra parte, sumando los que opinan que funciona bastante bien (12,44 %) y los que consideran que funciona bien, aunque son necesarios cambios (41,11 %) sale el porcentaje del 53,5 % que hemos señalado y resulta un puntaje de positivo. En el [informe de la primera oleada del Barómetro Sanitario de julio 2026](#) consideran que la satisfacción general de la población con el funcionamiento del sistema sanitario público recibe 6,16 puntos sobre 10. ¿Puntuación buena? ¿Regular? ¿Preocupante? Será según cómo se interprete, porque históricamente la mayor nota otorgada por la población al sistema público fue de 6,59 puntos en el año 2011, un 0,43 más que la actual.

El dato de Barómetro de 2011 indica que el 73,1 % de los ciudadanos valoró el funcionamiento general del Sistema Nacional de Salud como positivo, sumando el porcentaje de los que opinaban que funcionaba bastante bien (24,2 %) y los que consideraban que funcionaba bien, pero que necesita algunos cambios (48,9 %). Esta simple comparación entre 2011 y 2026 nos sugiere que el funcionamiento general refleja una pérdida de confianza de la población en el sistema hasta llegar a hoy al dato de confianza del 53,5 %. Son múltiples las razones, pero no podemos dejar de señalar que esta baja es una alerta en términos concretos e implica que un importante porcentaje de encuestados no está conforme a pesar de que se considere que la valoración del 53,5 % de la población general es positivo.

Sigue en la página 4

Fotografías de Rafael Martínez Cabeza de Vaca





La famosa frase que se le atribuye a Aristóteles de que “la única verdad es la realidad” se hace evidente y contrasta entre datos y circunstancias comprobables como es el aumento de las listas de espera, tanto para consultas como pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas. Además, es un hecho que la sobrecarga diaria de los médicos de Atención Primaria colapsa los centros de salud y muchos pacientes deben recurrir a Urgencias, por lo que también se satura este servicio. A priori, a pesar de esta situación, la ciudadanía sigue creyendo en la sanidad pública (en este análisis no incluimos la comparación con la privada) a pesar de la puntuación, porque el subconsciente ciudadano es consciente, (valga la redundancia) de los beneficios históricos demostrados la implementación del Sistema Nacional de Salud en 1986.

Es de destacar que la sanidad pública es gestionada de forma íntegra por cada Comunidad Autónoma y si bien el Ministerio de Sanidad fija normas o intenta una coordinación general, cada región administra sus hospitales, centros de salud y presupuestos médicos por su propio Servicio de Salud autonómico y esta caída al 53,5 % no afecta por igual a todos dado que es una media y existen diferencias en la satisfacción según la Comunidad Autónoma de cada uno de los encuestados e incluso hay diferencias según las cifras poblacionales de los diferentes ayuntamientos.

Pero la realidad es que, si nos atenemos a las cifras oficiales del Barómetro, el funcionamiento global de nuestra sanidad señala que hace más de una década que los datos no alcanzan el notable. Aquello de que “Tenemos la mejor sanidad del mundo” envejeció y murió de éxito. Hoy estamos ante deterioro anual que resulta evidente y tenemos que encarar con urgencia la resolución del problema porque mañana será tarde, siquiera con mejores presupuestos recuperaremos el deterioro que se está evidenciando. No se trata solo de más fondos, sino también de voluntades políticas. Hay situaciones estructurales del siglo pasado que tal vez no se adapten a las necesidades actuales y parece que nadie encuentra los incentivos adecuados para reformar la complejidad administrativa que conlleva. No hay una causa única del deterioro de la atención sanitaria pública, sino que son múltiples los motivos coyunturales que deterioran la sanidad pública como es el envejecimiento demográfico, la escasez de personal sanitario y el desgaste que sufre el personal sanitario por la sobresaturación de pacientes.

Sigue en la página 5

Otro factor importante son las desigualdades entre comunidades autónomas con presupuestos limitados. Como para tener en cuenta es muy importante resolver las condiciones contractuales del personal sanitario o su precariedad laboral, la temporalidad y la fuga de talento a la sanidad privada o al extranjero, condiciones que reducen el atractivo de la profesión a pesar de la alta vocación con la que egresan.

Faltan miles de profesionales de la Enfermería para alcanzar la media de la Unión Europea, el déficit de médicos se va acrecentando aparentemente no por la escasez de titulados sino por la falta de financiación adecuada, distribución geográfica y las jubilaciones que serán determinantes a corto plazo.

No existe quien tenga indiscutiblemente la mejor sanidad pública de Europa, ya que el primer puesto cambia según diferentes estudios. En lo internacional, países como Singapur, Taiwán, Corea del Sur, Japón, Francia, Suiza, España, Noruega y Dinamarca lideran de los principales índices mundiales de calidad y eficiencia sanitaria. España se sitúa habitualmente en puestos que destacan los indicadores de esperanza de vida, eficiencia y calidad de la atención pública.

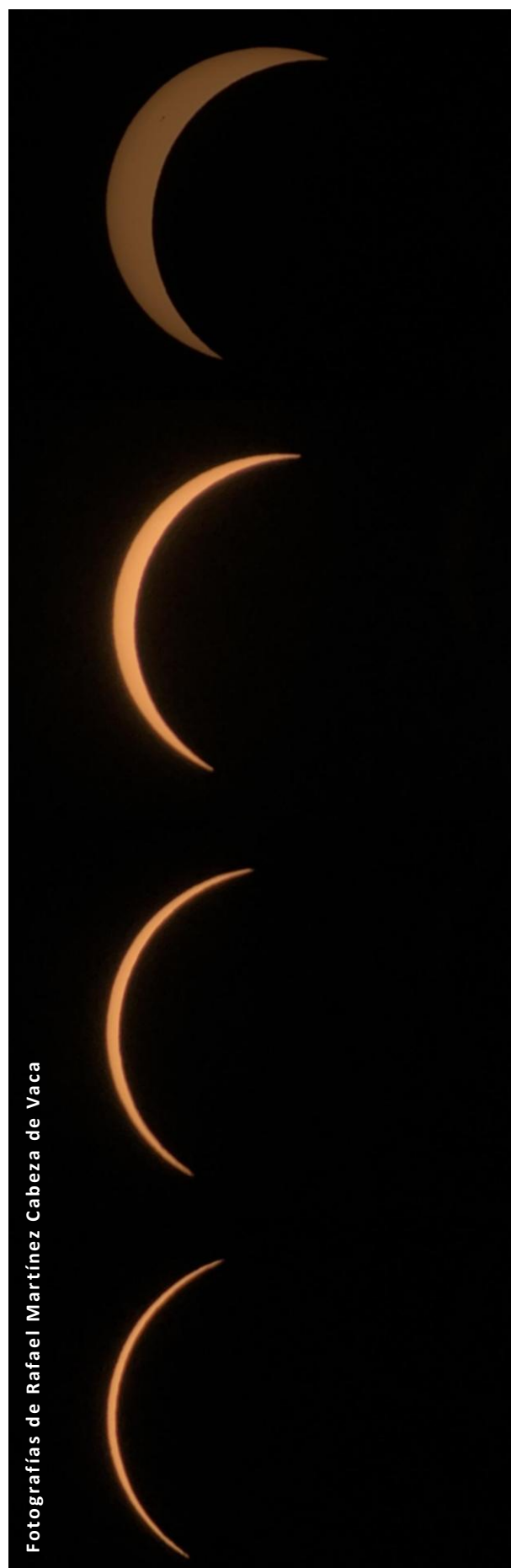
Si no conociéramos los datos de satisfacción que refiere el Barómetro Sanitario del 2011 al 2026 que indican un bajón en el nivel de satisfacción, aunque en términos estadísticos el funcionamiento reciba 6,16 puntos sobre 10, la realidad es que en nuestro país hay un evidente deterioro de los servicios sanitarios y los indicios nos hacen suponer que irá a más si no logramos reformular el sistema y convencer a los políticos que es una cuestión prioritaria.

En resumen, la sanidad pública afronta graves problemas coyunturales, más allá de la saturación de las listas de espera, el déficit de personal o la falta de recursos y destaca la descoordinación territorial y fundamentalmente la falta de consenso entre las Comunidades Autónomas y el gobierno central.

Estamos a tiempo, debemos revertir la impresión ciudadana sobre nuestra sanidad y para que ello sea posible deberíamos encarar todos los problemas y resolverlos. ¿Cómo? Está en manos de los decisores político-sanitarios y de los expertos. Veremos...

Nuestro deseo es no volver a titular un editorial refiriéndonos a la calidad del Sistema Nacional de Salud en pretérito. Mejorar todo lo que tenemos es mejorar el presente y asegurar el futuro, puede que mañana sea demasiado tarde.

M. B. / J. A.



Fotografías de Rafael Martínez Cabeza de Vaca

NOTICIAS



Comunicado de la Real Academia de Medicina de España sobre la situación sanitaria actual en Ceuta



REAL ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA DE ESPAÑA

18 de agosto de 2026. El acceso a Ceuta, los días 30 y 31 de julio, de unas 75.000 personas procedentes de Marruecos ha generado en dicha ciudad una situación humanitaria y social de gran complejidad. El episodio ha ocasionado 141 fallecimientos por ahogamiento y dejado a miles de personas en condiciones

de habitabilidad muy precarias en espera de ser repatriadas. Las estimaciones disponibles sitúan en 5.000-10.000 las personas que aún permanecen en estas circunstancias tras el regreso del resto a Marruecos. Entre las personas que permanecen existe una proporción indeterminada de origen subsahariano, algunas de las cuales llevan meses o incluso años inmersas en procesos migratorios. Desde la perspectiva de la Medicina humanitaria, las enfermedades que afectan a las poblaciones emigrantes pueden agruparse en tres categorías: las propias del lugar de origen, las adquiridas durante el proceso migratorio y las contraídas tras el asentamiento en el lugar de destino. En el caso analizado, se trata mayoritariamente de una población joven y sana de origen marroquí, por lo que, sin excluir otros procesos posibles, adquieren especial relevancia las patologías derivadas del propio desplazamiento, particularmente las de carácter traumático. En determinados grupos, sobre todo entre las personas procedentes de África subsahariana, deben considerarse asimismo enfermedades propias del desplazamiento prolongado en condiciones extremas como sarna, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual, además de problemas de agotamiento físico y psicológico. Por último, las enfermedades en el punto de acogida, en este caso, serían las propias del hacinamiento y sin higiene, amplificando así las importadas por otros convivientes. En tal contexto la Real Academia Nacional de Medicina de España advierte que la valoración de la situación debe centrarse desde criterios de salud pública en: 1) El riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas 2) El impacto de la demanda extraordinaria sobre la prestación ordinaria de los servicios sanitarios. 3) La realización de una valoración conjunta de criterios El riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas Con respecto al riesgo de transmisión de enfermedades importadas mencionadas es, en todo caso, hacia el grupo de emigrantes que conviven en condiciones precarias hacinadas al aire libre sin infraestructuras básicas de higiene personal. La respuesta sanitaria más eficaz para evitar la propagación de infecciones es proporcionar una acogida digna pues el saneamiento, el agua, la alimentación y el alojamiento no son solamente cuestiones sociales o migratorias: en este momento son intervenciones de Salud Pública. Todo se debe acompañar de un triaje de aquellos que estén padeciendo alguna enfermedad (en especial los subsaharianos por su largo proceso migratorio) y, por supuesto, con las medidas políticas que correspondan según la legislación vigente, con sus excepciones si las hubiere, para reducir el foco de riesgo a la mayor brevedad posible. El impacto de la demanda extraordinaria sobre la prestación ordinaria de los servicios sanitarios El posible impacto de la demanda extraordinaria sobre la prestación ordinaria de los servicios sanitarios puede traducirse en un aumento sostenido de la carga de trabajo y del esfuerzo físico y psicológico del personal sanitario, aspecto a ser tomado en serio durante la crisis con refuerzos humanos y, llegada la necesidad, con seguimiento por especialistas. La realización de una valoración conjunta de criterios La determinación del nivel de respuesta no debe basarse únicamente en el número de pacientes o en la ocupación hospitalaria. Deben valorarse conjuntamente el volumen y la evolución de la demanda asistencial, las hospitalizaciones, la ocupación y reserva efectiva de camas, las necesidades de personal y de turnos extraordinarios, las posibles derivaciones, los riesgos específicos de salud pública, la capacidad de mantener la actividad ordinaria y la evolución temporal de la situación. Asimismo, deberán considerarse las circunstancias sociales y ambientales que puedan incrementar la demanda o dificultar la respuesta sanitaria, como el hacinamiento, la falta de alojamiento adecuado o las necesidades de saneamiento La Real Academia Nacional de Medicina de España expresa finalmente su apoyo solidario a la ciudad de Ceuta y a todos los profesionales sanitarios implicados en la resolución de los problemas médicos y de salud pública existentes en dicha ciudad y anuncia que incluirá en su agenda de análisis y debates el estudio científico, médico y sanitario del problema planteado.

A raíz del contexto sanitario existente en la Ciudad de Ceuta surgido tras la entrada masiva de migrantes a finales del mes de julio, la Real Academia Nacional de Medicina de España ha emitido un comunicado en el que expresa su preocupación por la situación generada, así como su apoyo solidario a la ciudad de Ceuta y a todos los profesionales.

Rafael Martínez Cabeza de Vaca Director Médico de Sandoz Iberia

Eclipse total: Un auténtico sueño cumplido

Mi afición por la astronomía comenzó cuando era un niño, durante las vacaciones que pasaba con mi familia en el cortijo de Santón Pitar, cerca del pueblo Comares, situado en el punto más alto de la provincia de Málaga, lejos de las luces de la capital. Recuerdo su cielo nocturno plagado de estrellas enormes, de una belleza que no me dejaba marcharme a la cama y que me dejó hipnotizado para siempre.

Una de las noches en las que observábamos las estrellas fugaces, y no parábamos de pedir deseos en plena lluvia de las Perseidas, mi madre me enseñó a reconocer la Osa Mayor, una constelación preciosa que me dejó como herencia y también mi único punto de referencia en el cielo nocturno durante muchísimos años.

Mis primeros prismáticos y mi primer telescopio



llegaron una vez casado, cuando María, que es oncóloga, me avisó de que durante varios meses iba a dedicar todos sus fines de semana a terminar su tesis doctoral. Así que tomé la decisión de que era el momento de ponerse a estudiar astronomía. Una vez conocidas las constelaciones, comencé a observar los planetas del Sistema Solar y después el Cielo Profundo, con sus cúmulos de estrellas, nebulosas y galaxias. Más tarde llegó el desafío de la astrofotografía que me permitió conservar para siempre todos esos tesoros en una página web (www.insolitocielonegro.com).

Pero después de tantos años disfrutando del universo, aún no había tenido la oportunidad de presenciar un eclipse total de sol, sin duda el evento astronómico más impactante que un ser humano puede contemplar. Y la experiencia vivida el pasado 12 de agosto, junto a mi mujer y mi hija en la ciudad de Lugo, superó con creces todas mis expectativas.

Las fotografías del acontecimiento astronómico que sumió en la oscuridad gran parte de España el 12 de agosto pasado han ilustrado el editorial de este número de la revista *Memorias* y como habéis visto son una secuencia continua



Fotografías de Rafael Martínez Cabeza de Vaca

Sigue en la página 8

El inicio de la fase parcial del eclipse solar es un momento astronómico conocido como el primer contacto. Durante esta etapa, la Luna comienza a interponerse entre la Tierra y el Sol, creando la ilusión óptica de que la silueta lunar le está dando un mordisco al disco solar y a medida que avanza el tiempo, ese mordisco se hace cada vez más grande. Comencé a fotografiar cadenciosamente con un pequeño telescopio.

La Luna empieza a adentrarse lentamente en el disco solar, mordiendo uno de sus bordes con una delicadeza casi imperceptible. Quien no sabe lo que está ocurriendo difícilmente advertiría el cambio. La luz sigue inundándolo todo y el mundo continúa con la normalidad de cualquier otro día. Sin embargo, para quien observa esa uñita de gato y está fotografiando el cielo, la emoción ya ha comenzado. Se tiene la sensación de asistir al inicio de algo extraordinario.

Con el paso de los minutos, como ven en las fotografías que fui realizando, la presencia de la Luna se hace más evidente. El Sol pierde parte de su forma habitual y adopta la apariencia de una media luna brillante. Los papeles parecen estar intercambiándose. La luz sobre la tierra empieza a transformarse de una manera difícil de describir. No disminuye, simplemente adquiere una cualidad distinta, más fría. Todo parece envuelto en una extraña atmósfera de espera.

A medida que el eclipse se acerca a su momento culminante, el ambiente parece detenerse, la temperatura desciende ligeramente y una extraña sensación de inquietud se apodera del entorno. Es como si la naturaleza entera fuese consciente de que algo prodigioso está a punto de ocurrir. Y entonces llega el instante esperado.

La Luna cubre completamente el Sol y el día se transforma en un crepúsculo imposible. Allí donde unos momentos antes reinaba una luz cegadora aparece una oscuridad suave y sobrenatural. Alrededor del disco negro de la Luna emerge la corona solar, un halo de plata brillante que parece suspendido en el vacío. Venus, el planeta más luminoso, se dejó ver en pleno día.

Durante esos breves instantes, el tiempo parece detenerse. Desaparecen las conversaciones, las prisas y los pensamientos cotidianos. Solo existen suspiros y exclamaciones de asombro, mientras en el cielo sucede el impresionante espectáculo. Uno comprende entonces por qué los eclipses han fascinado a la humanidad (y en tiempos remotos aterrorizado y cegado) desde el comienzo de la historia.

Ninguna fotografía ni ningún vídeo son capaces de transmitir lo que se siente al contemplarlo con los propios ojos. De hecho, observando directamente ese prodigio yo me olvidé de quitar el filtro al telescopio y sólo tomé una fotografía de la totalidad con mi teléfono móvil. Conmueve pensar que, en ese momento, en el cielo, la Luna y el Sol tengan exactamente el mismo tamaño aparente y además coincidan con total precisión en el mismo punto. Esto no está determinado por ninguna ley astronómica, sino que implica una coincidencia entre los tres objetos celestiales que va más allá de cualquier misterio razonable: La Luna se encuentra en ese momento 400 veces más cerca de la Tierra que el Sol, que a su vez es 400 veces más grande que la Luna. Sencillamente estremecedor.

Un destello cegador, anuncia el regreso del Sol. La oscuridad retrocede, los colores vuelven poco a poco al paisaje y la vida recupera su ritmo habitual. La Luna continúa su viaje silencioso y el eclipse inicia su despedida. Durante los minutos siguientes, el Sol recupera lentamente su forma completa, como si nada extraordinario hubiera ocurrido. Sin embargo, para quien lo ha contemplado, nada vuelve a ser igual. Queda la sensación de haber sido testigo de uno de los espectáculos más hermosos que ofrece la naturaleza, un recordatorio de la precisión y la armonía con la que se mueve el universo. Y también permanece una emoción difícil de explicar: mezcla de humildad, admiración y asombro que sentía aquel niño tumbado bajo el cielo oscuro en la cima del Santón Pitar, incapaz de retirar su mirada de las estrellas.

Lorenzo Fernández-Fau
Expresidente jefe del Servicio de Cirugía
Torácica en el Hospital Universitario
de La Princesa de Madrid. Expresidente
de la Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica

Asistir a la existencia

Estaba reflexionando acerca del sentido del encabezamiento que figura en este escrito cuando recibí la llamada telefónica de Mario Braier mostrando interés por dónde se encaminaban mis pasos. Acababa de llegar a casa de mi paseo diario al jardín de los frailes del Monasterio de El Escorial, ese enclave donde, según el parecer de Ortega, es el lugar ideal para hacer metafísica. Y sin tratar de presumir yo tanto me propongo la “meta” diaria de reflexionar allí acerca del ser y de la existencia.

Se da la circunstancia que comencé a visitar el jardín de los frailes cuando inicié los estudios de secundaria, a los nueve años y, desde entonces, son innumerables las veces que he plantado allí mis pies y mis posaderas en las hornacinas adosadas a la pared del Monasterio. Se da la circunstancia, también, de que Manuel Azaña tomó de allí el nombre de su novela homónima, *El jardín de los frailes*, cuando completaba los estudios de leyes en el colegio universitario perteneciente a la misma institución.

Se da la circunstancia, al mismo tiempo, que asistir a la existencia es la distinción que Ortega y Gasset emplea para describir la conciencia. En esas disquisiciones estábamos cuando Mario me solicitó que escribiese para la Red TBS-Stop Epidemias si mi persistente asistencia al entorno del que hablamos había influido en mi capacitación ulterior y a la hora y forma de tomar decisiones. En todo caso, que escribiese acerca de la situación sociosanitaria del momento en el que inicié mi andadura profesional.



Recordé que hace aproximadamente 45 años fuimos a Epidauro para visitar el teatro y lo que quedaba del templo de Asclepio y en una superficie despejada vimos a unos jóvenes jugar al fútbol. Tenían por porterías, delimitando el espacio que suponen los postes cuatro capiteles jónicos y nos dijimos ¿tendrán en el futuro conciencia de su pasado clásico? Existía en la barbacana de la isla Tiberina de Roma un templo también dedicado a Asclepio con el nombre romano de Esculapio. En la actualidad sobre el templo de Esculapio, ha sido erigido un hospital donde nació mi nieta Paola; qué coincidencia premonitoria, ahora mismo se plantea si fuese oportuno estudiar enfermería.

Y así, en relación con la primera disquisición yo mismo me hago con frecuencia la misma pregunta; y sí, creo que lo hace, al modo como Aristóteles decía que se forjaba el carácter, el modo de ser que en tiempos recientes apostilló Zubiri. En el griego clásico *éthos*, con épsilon, significaba hábito o adquirido con el hábito, es decir, la costumbre. Pero con Aristóteles derivó a *êthos*, con eta, que equivale a carácter. En verdad el carácter nace con la experiencia: por la repetición de actos, de hechos, de toma de

Sigue en la página 10

decisiones iguales. Se puede inferir entonces, que el buen carácter surgiría de la reiteración en la toma de buenas decisiones, decisiones prudentes, de comportarse de forma adecuada.

Un inciso, suelo hablar, quizá en demasía, acerca de la afirmación orteguiana de que el hombre vive en una permanente incertidumbre por la necesidad imperiosa que tiene, de manera constante, de poder elegir: solo o con leche, carne o pescado, con cebolla o sin ella, derecha o izquierda y a partir de aquí se puede complicar la disyuntiva. Sin embargo, no todo puede reducirse a opciones binarias porque cada asunto tiene variedad de aspectos y matices. A pesar de todo, cuando se aprecia con perspectiva histórica, si echas la vista atrás puedes observar que casi siempre eliges de la misma forma: la costumbre aristotélica.

Y, tal como me inquirió Mario ¿tuvo el entorno relevancia a la hora de tomar la decisión de llegar a ser cirujano? Pues sí, pero en este caso fue el entorno familiar, asentado a 2 km del Jardín de los Frailes. Mi padre era médico de cabecera -ahora se dice de familia- y en un momento determinado fue requerido con premura para acudir a una finca cercana -donde criaban toros de lidia- a atender a un paciente. El apremio hizo que olvidase calzar los botos precisos para montar al caballo que le habían llevado y eso hizo que en un momento determinado se hirió una pierna con uno de los estribos. Herida con mala evolución que le obligó a guardar reposo. Los médicos de cabecera, rurales, tenían que hacer de todo y no tenían sustitutos con facilidad. En consecuencia, le ayudaba con el carro de curas y otros menesteres. Y así, en ese momento, con alrededor de 14 años, tomé la decisión de ser cirujano.

Concluida la carrera de medicina en la Universidad Complutense de Madrid, me seleccionaron y contrataron como médico interno residente en el hoy llamado Hospital Universitario de La Princesa; centro al que acudía asiduamente durante los tres últimos años de mi graduación al Servicio de Cirugía que dirigía el Dr. Plácido González Duarte, más

tarde denominado Servicio de Cirugía Torácica y allí he desarrollado mi actividad quirúrgica hasta mi jubilación en 2009. Es decir, cuarenta y siete años de forma ininterrumpida.

Por aquel tiempo no se había implantado todavía en España el sistema MIR pero el hospital, que siempre se había distinguido, desde los finales del XIX en el antiguo Hospital de la Princesa, por adelantarse en el diseño e implantación de las especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, también lo hizo entonces porque creó un sistema postgrado para médicos donde los seleccionados y contratados vivíamos en el propio hospital y recibíamos una remuneración de 800 pesetas mensuales; menguada cantidad que permitía, no obstante, ir al cine, comprar algún libro y otras distracciones, pocas eso sí; y allí pasé tres años, hasta 1968, cuando contraí matrimonio, una vez que fui nombrado médico Ayudante -actualmente Adjunto-.

Haciendo acopio de su conciencia intelectual, González Duarte se puso al frente de un grupo de médicos para redactar un anteproyecto de ordenación sanitaria para remediar la precaria situación hospitalaria del país. Los componentes de la comisión pedían la creación en España de una asistencia sanitaria total e integral, así como incrementar la medicina hospitalaria con la construcción de un mayor número de instalaciones. Proponían que el derecho a la salud era universal y exigían que fuera olvidada, de una vez por todas, la palabra “Beneficencia” como un acto de caridad, en el sentido más personalizado y humillante del término.

Por otro lado, desde el punto de vista epidemiológico han sido bien establecidos los factores que han contribuido a modelar la evolución de la cirugía. Fue precisamente la llamada peste blanca la que dio origen, de una forma hermanada, al nacimiento de las especialidades clínico-quirúrgicas que hoy comparten la Neumología y la Cirugía Torácica.

Sigue en la página 11

Las circunstancias epidemiológicas que presenta la tuberculosis, junto a sus características fisiopatológicas y la ausencia de un tratamiento específico que permitiese el control de la infección, fueron determinantes para involucrar a cirujanos en la búsqueda de alternativas quirúrgicas para tratar alguna de las manifestaciones de la enfermedad y las complicaciones derivadas de ella. Y la consecuencia inmediata de tal proceder fue la especialización quirúrgica del tórax.

La tuberculosis y las supuraciones pulmonares en general crearon el lecho epidemiológico que condicionó la implantación de las diferentes técnicas de colapsoterapia y resección pulmonar que trascendieron el hecho anecdótico, que hasta entonces constituían las operaciones torácicas, para iniciar su independencia como disciplina quirúrgica.

En las primeras décadas del siglo XX la población de España era, aproximadamente, de 20 millones de habitantes, de los cuales alrededor de medio millón estaban enfermos cada año de tuberculosis. Es decir, existía una prevalencia de 250/10 000 habitantes. La mortalidad anual era de 50 000 pacientes (25/10000 habitantes), si bien en Madrid en 1902, la mortalidad alcanzaba a 37/10 000. Con toda probabilidad, y según relata Jesús Sauret Valet (La tuberculosis a través de la historia. RAYMA, Servicio Editorial. Madrid.1990:102,103) puede que todos los parámetros descritos fuesen considerablemente superiores a causa de las carencias censales y estadísticas del momento.

Es en este lecho epidemiológico donde surge, tanto en Madrid y Barcelona, como en otras ciudades españolas, instituciones donde un grupo de tisiólogos y cirujanos de forma integrada van aplicando las pautas metodológicas y prácticas terapéuticas que darán lugar a la independencia conceptual de la neumología clínico-quirúrgica de otras disciplinas médicas.

En el período que se encuentra a caballo entre los siglos XIX y XX un grupo de cirujanos comenzaron en distintas ciudades españolas a sentar las bases de lo que, algo más tarde, daría lugar a formar el

pequeño núcleo de los que podrían considerarse los pioneros de la cirugía torácica: González Duarte, en Madrid y Caralps en Barcelona, fueron los que realizaron las primeras resecciones pulmonares en España.

Y así, en corto espacio de tiempo, y a pesar de las carencias de todo tipo que se sucedieron algo más tarde fueron formándose un número progresivamente creciente de especialistas del pulmón en sus dos vertientes que denominados tisiólogos y cirujanos pulmonares en 1959 y vinieron a calificarse oficialmente neumólogos y cirujanos torácicos, a partir de 1978.

Así las cosas, y bajo otra perspectiva, en este momento aérea, esa con la que ejerció su magisterio Velázquez, cuando pintaba, a través de las ventanas de la fachada sur del clasicismo desornamentado de la mole sanlorentina, los fondos montañosos de las Machotas en la figura ecuestre del príncipe Baltasar Carlos. Reconozco que el entorno ha podido influir en mi curiosidad por vislumbrar los conceptos de la Bioética (Tratado de Cirugía Torácica, pp. 2247-69) y del Consentimiento informado que dejamos plasmados en sendas publicaciones editadas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica - SEPAR).

Sin embargo, mi nombre, está visto relacionado con el valiente mártir oscense que le plantó cara al emperador Valeriano, no toma su origen del entorno, sino con el precepto de la tradición: mi padre se llamaba Lorenzo, al igual que mi hijo y mi nieto y médicos somos todos, esa es la intención. Ya veremos, es un decir, lo que serán las generaciones familiares venideras.

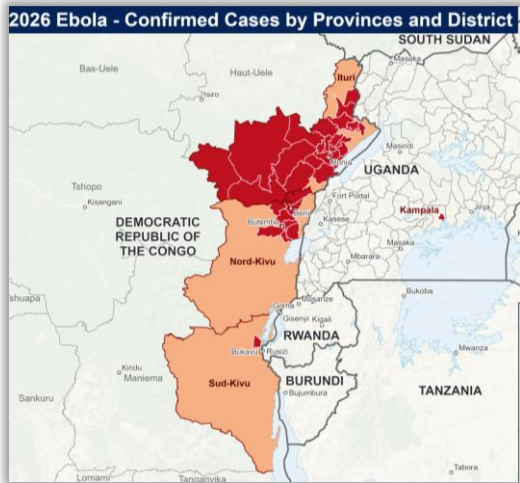
Volviendo al comienzo de la narrativa que inicié en el Jardín de los Frailes, situado a los pies del Monasterio de El Escorial, debo decir que sí, que asistir a la existencia es, en el sentir orteguiano, la conciencia, es decir, no es otra cosa que hacerte cargo de la realidad circundante, que consiste no solo en ver sino en saber que se ve y, por supuesto, en saber que se sabe.

NOTICIAS

2

El ébola esta fuera de control en la RDC

Información y opinión



La República Democrática del Congo (RDC) en África central sufre un brote del Ébola y que ha causado hasta el momento más de 5100 contagios y 2420 muertos. La variante Bundibugyo es actualmente la más mortífera de todas sufridas por la población desde que se detectó esta enfermedad y está afectando de una manera contundente a todas las comunidades, particularmente a las personas que debieron desplazarse por las guerras en la zona. Esta cepa está también en la vecina Uganda. La situación actual es muy grave y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado la actual situación de la RDC emitiendo una alerta de riesgo "muy alto" y de "alto" para Uganda. En toda la región el virus se ha propagado de manera exponencial. El brote de la cepa Bundibugyo es altamente letal y no hay vacuna aprobada ni un tratamiento específico.

El *Ebolavirus* es un de virus de la familia *Filoviridae* que producen una fiebre hemorrágica viral de la misma categoría que la fiebre de Marburg, la fiebre de Lassa y la fiebre del dengue. El Ébola fue identificado por primera vez en 1976 durante una epidemia con elevada tasa de mortalidad. A la gravedad de la situación epidémica que presenta una alta tasa de letalidad y no cuenta ni con tratamientos o vacunas, se suma el difícil acceso a la población afectada por los conflictos armados. El actual brote se ha expandido por seis de las veintiséis provincias de la RDC: Haut-Uélé, Tshopo y Bas-Uélé, Ituri, Kivu del Norte y Kivu del Sur. Más de 55 zonas sanitarias están afectadas por la enfermedad.

La provincia de Ituri en la RDC es el epicentro de la emergencia sanitaria y la localidad minera de Mongbwalu registra un altísimo incremento de contagios en el último mes. El virus se expande por toda la geografía colindante y la deficiente situación de las instalaciones y servicios básicos de atención a la salud aumentan la gravedad de la situación.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció: "Tenemos que ser francos: el brote está lejos de estar bajo control. Se nos ha adelantado claramente y nosotros seguimos intentando alcanzarlo. Lo que más me preocupa es dónde está muriendo la gente: en sus casas, dentro de sus comunidades, fuera de los centros sanitarios y fuera de las listas de contactos identificados". No obstante, las advertencias la situación económica de la OMS es muy preocupante ya que solo ha recibido el 60 % de los casi 100 millones de euros necesarios para contener la epidemia. Este déficit es principalmente debido al retiro de la financiación de EE. UU., uno de los mayores aportes del mundo que han reducido en un 70 % de los fondos destinados al sector sanitario en RDC y la propia OMS.

Es necesario un aporte económico internacional que ayude a una mejor asistencia sanitaria que permita el diagnóstico precoz y el rastreo de contactos. También es necesaria una reacción proactiva por parte de las autoridades de ambos países. El brote comenzó a detectarse en enero de este año, pero no fue declarado hasta mayo por errores de diagnóstico atribuidos a los síntomas de los enfermos que son similares a los de malaria, tifus o gripes estacionales y las pruebas de laboratorio realizadas no estaban diseñadas para detectar el Bundibugyo.

El ébola está teniendo además un enorme impacto económico en la población que vive en situaciones de vulnerabilidad como es el hacinamiento en las zonas mineras, las guerras de casi tres décadas que provocaron el desplazamiento forzoso de casi siete millones de personas, sumado al deterioro económico que generan estas situaciones en las familias.

En estos momentos hay dos vacunas experimentales que se encuentran en la fase de prueba en humanos, pero, viendo la situación tal cual es creemos que estamos lejos de controlar la situación.



Pilar Rodríguez Ledo
Presidenta de la Red Española
de Investigación en COVID Persistente.
Presidenta de la Sociedad Española
de Médicos Generales y de Familia

REICOP:
Investigar la COVID persistente
para comprender las
enfermedades postinfecciosas

De la definición clínica
a los biomarcadores,
los modelos probabilísticos
y la medicina de precisión



Introducción. cuando superar la infección
no significa recuperar la salud

Más de seis años después del inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, la COVID persistente continúa planteando uno de los retos más complejos surgidos de aquella crisis sanitaria. Para una parte de las personas afectadas, el final de la infección aguda no supuso la recuperación de su estado previo de salud. Meses e incluso años después persisten síntomas que pueden afectar a múltiples órganos y sistemas, fluctuar en el tiempo y limitar de manera importante la vida personal, familiar, social y laboral.

Fatiga, malestar postesfuerzo, disnea, dolor, alteraciones cognitivas, trastornos del sueño, manifestaciones cardiovasculares, neurológicas, digestivas o disautonómicas forman parte de un cuadro extraordinariamente heterogéneo (1-3). Esta diversidad explica, en buena medida, una de las grandes dificultades que siguen acompañando a la COVID persistente: no disponemos todavía de una prueba diagnóstica única ni de un biomarcador capaz de identificarla de manera inequívoca.

La COVID persistente nos obliga, por tanto, a formular preguntas que trascienden esta

enfermedad. ¿Cómo definimos enfermedades complejas y heterogéneas? ¿Cómo identificamos sus diferentes fenotipos? ¿Qué papel desempeñan la persistencia viral, la alteración inmunológica, la disfunción endotelial, la autoinmunidad, la microbiota o las alteraciones metabólicas? ¿Por qué algunas personas se recuperan completamente después de una infección y otras no?

Responderlas requiere algo más que estudios aislados. Requiere redes capaces de conectar pacientes, profesionales, investigadores, sociedades científicas e instituciones.

De esa necesidad nació REiCOP.

De una emergencia sanitaria a una red de conocimiento

La Red Española de Investigación en COVID Persistente (REiCOP) se construyó desde una premisa fundamental: una enfermedad compleja necesita una respuesta igualmente transversal.

En la actualidad integra a 68 entidades profesionales, 13 colectivos de pacientes y más de 270 profesionales, procedentes de múltiples disciplinas y ámbitos asistenciales y científicos.

Sigue en la página 14

Desde sus primeros pasos, REiCOP ha querido situar a las personas afectadas en el centro del proceso. No únicamente como destinatarias de la investigación, sino como participantes en la identificación de necesidades, prioridades y preguntas relevantes.

Esta interacción entre experiencia del paciente y conocimiento profesional ha permitido avanzar desde una primera etapa fundamentalmente orientada a reconocer, definir y visibilizar la enfermedad hacia una segunda etapa mucho más ambiciosa: generar evidencia que permita comprender sus mecanismos, mejorar su diagnóstico y desarrollar intervenciones eficaces.

El gran reto: definir aquello que todavía no podemos medir con una sola prueba

Uno de los problemas científicos fundamentales de la COVID persistente continúa siendo su definición. Las definiciones clínicas desarrolladas por organismos internacionales (4-6) han resultado imprescindibles para reconocer la enfermedad, pero la investigación necesita avanzar hacia criterios capaces de discriminar con mayor precisión quién presenta COVID persistente, qué fenotipo desarrolla y cuáles son los mecanismos biológicos subyacentes.

Un cambio conceptual importante se produjo con el trabajo del programa *RECOVER de los National Institutes of Health (NIH)*, publicado por Thaweethai y colaboradores en *JAMA* en 2023 (6). Frente a una definición dicotómica basada únicamente en la presencia o ausencia de determinados síntomas, planteó un enfoque basado en la probabilidad, asignando diferente peso a distintas manifestaciones clínicas.

Este planteamiento abre una vía especialmente interesante: quizás la COVID persistente no pueda definirse mediante un único síntoma, una única prueba o un único biomarcador, sino mediante la integración de múltiples señales clínicas y biológicas (7-10).

Precisamente en esa dirección se sitúa uno de los principales proyectos actualmente impulsados desde REiCOP.

AES24: hacia una definición probabilística y multimodal de la COVID persistente

El proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III, la convocatoria AES2024 (PI24/00855) pretende desarrollar y validar un modelo probabilístico supervisado para avanzar en la definición y los criterios diagnósticos de la COVID persistente.

El diseño contempla una cohorte de aproximadamente 1000 participantes, que están distribuidos entre personas con COVID persistente y personas recuperadas tras la infección por SARS-CoV-2.

No se trata solo de acumular información.

La fortaleza del proyecto reside precisamente en integrarla.

La investigación incorporará información clínica detallada, síntomas, antecedentes, comorbilidades, exploraciones, escalas y cuestionarios, pruebas complementarias y variables analíticas y biológicas. Además, se recogerán muestras de sangre, saliva y heces, creando una infraestructura que permitirá abordar nuevas hipótesis a medida que avance el conocimiento.

El estudio contempla evaluaciones longitudinales basal, a los tres y a los seis meses, lo que permitirá analizar no solamente quién presenta la enfermedad, sino también cómo evoluciona.

La estrategia de laboratorio se ha estructurado igualmente en diferentes niveles: una analítica básica común a toda la cohorte; determinaciones ampliadas según la sospecha clínica o el fenotipo; biomarcadores de investigación en subcohortes cuando resulte factible; y una estrategia de biobanco destinada a preservar muestras para investigaciones futuras.

El objetivo final es pasar de la pregunta:

“¿Tiene o no tiene COVID persistente?” a otras científicamente mucho más útiles: “¿Con qué probabilidad presenta COVID persistente?, ¿Qué fenotipo tiene, qué mecanismos pueden estar implicados y cuál puede ser su evolución?”

Sigue en la página 15

Del registro a una infraestructura nacional de investigación

Para poder responder estas preguntas necesitamos datos de calidad.

REiCOP está desarrollando una **base de datos nacional estructurada en REDCap**, acompañada de un modelo común de recogida de información, un diccionario detallado de variables, procedimientos normalizados, manuales operativos y mecanismos de control de calidad.

Puede parecer una cuestión puramente metodológica, pero constituye uno de los elementos esenciales del proyecto.

La investigación multicéntrica solo es verdaderamente útil cuando diferentes investigadores, en diferentes centros y momentos, están midiendo lo mismo de la misma manera.

Por ello, uno de los trabajos menos visibles, pero más importantes realizados durante los últimos meses ha sido construir una verdadera **arquitectura común de investigación**: definir variables, establecer procedimientos, armonizar la recogida de muestras y diseñar circuitos de reclutamiento, seguimiento y monitorización.

Esta infraestructura permitirá que el conocimiento generado no termine con un único proyecto.

Biobanco y biomarcadores: investigar también las preguntas del futuro

Una característica estratégica del proyecto es la creación de una colección estructurada de muestras biológicas vinculadas a información clínica de alta calidad.

La sangre permitirá estudiar, entre otros ámbitos, fenómenos inmunológicos, inflamatorios, metabólicos o vasculares. La saliva ofrece posibilidades para investigar biomarcadores y mecanismos relacionados con la respuesta inmunitaria y la persistencia viral (7-10). Las muestras de heces permitirán explorar uno de los campos que mayor interés está despertando: la relación entre microbiota, inmunidad y enfermedad postinfecciosa.

Pero probablemente lo más importante sea aquello que todavía desconocemos.

Preservar muestras en un biobanco significa permitir que hipótesis que hoy todavía no podemos formular puedan investigarse mañana utilizando tecnologías que quizás aún no estén disponibles (11-12).

De la COVID persistente a las enfermedades postinfecciosas

Uno de los cambios conceptuales más interesantes de los últimos años es comprender que la COVID persistente probablemente no constituye un fenómeno completamente aislado. La historia de la medicina conoce desde hace décadas cuadros prolongados posteriores a diferentes infecciones. La pandemia ha proporcionado una oportunidad, sin precedentes para estudiarlos sistemáticamente. Fatiga persistente, intolerancia al esfuerzo, disautonomía, alteraciones cognitivas y otros síntomas presentan elementos compartidos con síndromes postinfecciosos previamente descritos.

Por ello, una de las líneas estratégicas de futuro podría ser ampliar la mirada desde la COVID persistente hacia las secuelas postvirales y otras enfermedades postinfecciosas.

En este contexto se sitúa también la participación de REiCOP como *Associated Partner* en RESILIENCE, iniciativa vinculada a CIBERES y orientada al estudio de secuelas postvirales y biomarcadores mediante aproximaciones avanzadas, incluidas tecnologías multiómicas.

El futuro probablemente estará en comparar enfermedades, identificar mecanismos compartidos y, al mismo tiempo, reconocer aquello que hace diferente a cada fenotipo.

Investigación traslacional: del dato al paciente

La investigación solo adquiere pleno sentido cuando consigue modificar la realidad de las personas.

Sigue en la página 16

REiCOP Red Española de Investigación en COVID Persistente

REiCOP: investigar la COVID persistente para comprender las enfermedades postinfecciosas

De la definición clínica a los biomarcadores, los modelos probabilísticos y la medicina de precisión

REiCOP integra a profesionales, pacientes, investigadores e instituciones para comprender, definir y abordar la COVID persistente. Nuestro proyecto AES24 desarrolla una cohorte nacional y un modelo probabilístico multimodal que integra datos clínicos, biológicos y ómicos para avanzar hacia un diagnóstico más preciso, la identificación de fenotipos y una medicina personalizada.

REiCOP EN CIFRAS

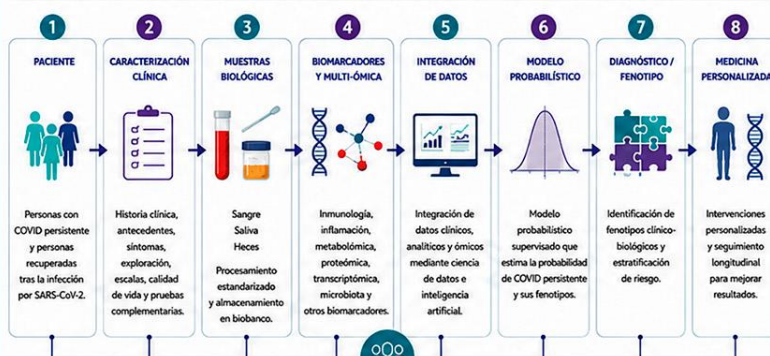


NUESTRO PROPÓSITO

- Comprender los mecanismos de la COVID persistente y su evolución.
- Desarrollar criterios diagnósticos más precisos basados en evidencia y modelos probabilísticos.
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas mediante una investigación traslacional y participativa.

"Comprender mejor para diagnosticar mejor; diagnosticar mejor para tratar mejor."

DE LA INFORMACIÓN A LA MEDICINA PERSONALIZADA



RESULTADOS ESPERADOS

- Nuevos criterios diagnósticos basados en evidencia y modelos probabilísticos.
- Identificación de biomarcadores y mecanismos detectables.
- Predicción de pronóstico y respuesta a intervenciones.
- Mejora de la calidad de vida y reducción del impacto social y económico.

NUESTRO ENFOQUE

- CIENCIA RIGUROSA
- COLABORACIÓN MULTIDISCIPLINAR
- PARTICIPACIÓN DE PACIENTES
- INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA
- TRANSPARENCIA Y CALIDAD

PARTICIPA EN EL PROYECTO AES24

Proyecto de definición probabilística y multimodal de la COVID persistente



Tu participación es esencial para avanzar en el conocimiento y mejorar la atención.

¿Quieres participar?

Escanea este código QR para acceder al formulario de participación.



Investigación participativa para un futuro con más salud y calidad de vida

REiCOP continúa ampliando el conocimiento con la colaboración de profesionales, pacientes e instituciones comprometidas con la investigación y la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. **Post-acute COVID-19 syndrome**. Nat Med. 2021;27(4):601-615. doi: 10.1038/s41591-021-01283-z
- Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. **Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact**. EclinicalMedicine. 2021; 38:101019. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101019
- Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, Topol EJ. **Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations**. Nat Rev Microbiol. 2023;21(3):133-146. doi: 10.1038/s41579-022-00846-2
- World Health Organization. **A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021**. Geneva: World Health Organization; 2021. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1
- Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Diaz JV; WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. **A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus**. Lancet Infect Dis. 2022;22(4):e102-e107. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00703-9
- Thaweethai T, Jolley SE, Karlson EW, Levitan EB, Levy B, McComsey GA, et al.; RECOVER Consortium. **Development of a definition of postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection**. JAMA. 2023;329(22):1934-1946. doi:10.1001/jama.2023.8823
- Su Y, Yuan D, Chen DG, Ng RH, Wang K, Choi J, et al. **Multiple early factors anticipate post-acute COVID-19 sequelae**. Cell. 2022;185(5):881-895.e20. doi: 10.1016/j.cell.2022.01.014
- Cervia C, Zurbuchen Y, Taeschler P, Ballouz T, Menges D, Hasler S, et al. **Immunoglobulin signature predicts risk of post-acute COVID-19 syndrome**. Nat Commun. 2022;13(1):446. doi: 10.1038/s41467-021-27797-1
- Pretorius E, Vlok M, Venter C, Bezuidenhout JA, Laubscher GJ, Steenkamp J, et al. **Persistent clotting protein pathology in Long COVID/Post-Acute Sequelae of COVID-19 (PASC) is accompanied by increased levels of antiplasmin**. Cardiovasc Diabetol. 2021;20(1):172. doi: 10.1186/s12933-021-01359-7
- Pretorius E, Venter C, Laubscher GJ, Kotze MJ, Oladejo SO, Watson LR, et al. **Prevalence of symptoms, comorbidities, fibrin amyloid microclots and platelet pathology in individuals with Long COVID/Post-Acute Sequelae of COVID-19 (PASC)**. Cardiovasc Diabetol. 2022;21(1):148. doi: 10.1186/s12933-022-01579-5
- Pfaff ER, Girvin AT, Bennett TD, Bhatia A, Brooks IM, Deer RR, et al.; N3C Consortium. **Identifying who has long COVID in the USA: a machine learning approach using N3C data**. Lancet Digit Health. 2022;4(7):e532-e541. doi: 10.1016/S2589-7500(22)00048-6
- Munblit D, Nicholson T, Akrami A, Apfelbacher C, Chen J, De Groote W, et al. **A core outcome set for post-COVID-19 condition in adults for use in clinical practice and research: an international Delphi consensus study**. Lancet Respir Med. 2022;10(7):715-724. doi: 10.1016/S2213-2600(22)00169-2

Xavier Martínez Lacasa
Jefe Clínico de Medicina Interna. Unidad
de Control de la Tuberculosis. Hospital
Universitari Mútua Terrassa. Barcelona

Tratamientos cortos en tuberculosis. **¿Nos acercamos al tratamiento de bacterias convencionales?**

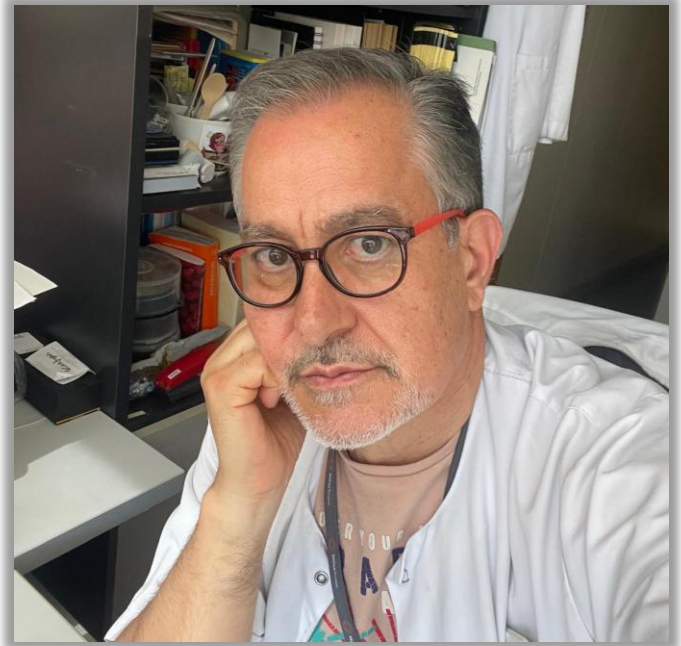
Datos actuales

Varios ensayos de la última década han evaluado si añadir bedaquilina a las pautas basadas en fluoroquinolonas y pirazinamida permite acortar el tratamiento de la tuberculosis sensible muy por debajo de los seis meses estándar.

El programa PanACEA/BPaMZ (Tweed et al., 2019)¹ mostró que la combinación bedaquilina-pretomanid-moxifloxacino-pirazinamida (BPamZ), administrada durante solo 8 semanas, lograba una conversión del cultivo de esputo más rápida que la pauta estándar HRZE en pacientes con TB sensible y resistente a rifampicina, evaluando la actividad bactericida y el perfil de seguridad de esta combinación durante las primeras 8 semanas de tratamiento.

Esto dio paso al ensayo más amplio SimpliciTB², que comparó cuatro meses de BPamZ con la pauta estándar de seis meses en TB sensible de nuevo diagnóstico, utilizando el tiempo hasta cultivo de esputo negativo a las 8 semanas como variable principal de eficacia y el resultado desfavorable en la semana 52 como variable secundaria clave.

Más recientemente, el ensayo en curso PRESCIENT (NCT05556746)^{3,4} prueba una pauta aún más corta, de 12 semanas, con bedaquilina-clofazimina-pirazinamida-delaamanid frente al tratamiento estándar, también utilizando el tiempo hasta conversión del cultivo líquido a las 8 semanas como comparación principal de eficacia, con seguimiento prolongado hasta la semana 86 para detectar recaídas. Un ensayo chino de



reciente registro, el (NCT07076225)⁵ está pilotando una pauta ultracorta con bedaquilina-sitafloxacino-linezolid-pirazinamida-isoniazida específicamente en pacientes ancianos con tuberculosis sensible, lo que refleja un interés creciente por adaptar las pautas ultracortas a poblaciones concretas en lugar de una solución única para todos.

Discusión

El argumento clínico para acortar el tratamiento de la tuberculosis sensible es sólido: seis meses de politerapia diaria favorecen la falta de adherencia, la pérdida de seguimiento y, acumulativamente a escala poblacional, la transmisión continuada y la aparición de resistencias. Los ensayos muestran de forma consistente que las pautas basadas en bedaquilina aceleran la actividad bactericida precoz y la conversión del cultivo, y los datos de BPamZ/SimpliciTB sugieren que cuatro meses (aún no ocho semanas, pero a todo llegaremos) pueden igualar la eficacia estándar en enfermedad sensible.

Las pautas verdaderamente de 8 semanas siguen siendo experimentales; PRESCIENT y ensayos similares^{4,6-8} todavía están evaluando si acortar por debajo de las 12-16 semanas

mantiene la curación duradera, y no solo una respuesta inicial más rápida, ya que la recaída -no la conversión inicial del cultivo- es el desenlace que realmente importa.

Precisamente por eso, es necesario que la implicación regulatoria y de la OMS avance en paralelo con la ciencia, en lugar de quedarse años por detrás, como ocurrió con la propia bedaquilina, que recibió el aval condicional de la OMS solo después de un retraso prolongado pese a que los datos de fase II ya mostraban beneficio. El coste y el suministro de la bedaquilina también han sido históricamente grandes barreras para hacer recomendaciones valientes, sobre todo en contextos de alta carga y recursos limitados, incluso después de ver los datos sólidos microbiológicos y de eficacia.

Una lección que no debemos olvidar aquí, ya que una pauta eficaz de 8 semanas no sirve de nada si los fármacos no son accesibles ni asequibles donde

la carga de tuberculosis es más alta. Si los ensayos en curso confirman una eficacia duradera, las actualizaciones de guías de la OMS, la licencia de genéricos y la negociación de precios deberían prepararse por adelantado, no iniciarse solo tras la publicación de los resultados, para que el intervalo entre la “eficacia demostrada” y “pacientes recibiendo realmente la pauta” se mida en meses, no en años o décadas.

Reflexión

Pensemos en las ventajas en coste efectividad en reducir la duración del tratamiento de la tuberculosis en casi un tercio de su duración actual. Ventajas en coste al final del tratamiento de millones de casos y ventajas en cumplimiento terapéutico y la disminución de aparición de resistencias, secundarias en la mayoría de los casos. La pregunta es: ¿Nos atreveremos?

BIBLIOGRAFÍA

1. Tweed CD, Dawson R, Burger DA, et al. Bedaquiline, moxifloxacin, pretomanid, and pyrazinamide during the first 8 weeks of treatment of patients with drug-susceptible or drug-resistant pulmonary tuberculosis: a multicentre, open-label, partially randomised, phase 2b trial. *Lancet Respir Med*. 2019; 7:1048-1058. DOI: 10.1016/S2213-2600(19)30366-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7641992/>
2. Bedaquiline-pretomanid-moxifloxacin-pyrazinamide for drug-sensitive and drug-resistant pulmonary tuberculosis treatment (SimpliciTB): a phase 2c, open-label, multicentre, partially randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*. 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38768617/>
3. Bedaquiline-pretomanid-moxifloxacin-pyrazinamide for drug-sensitive and drug-resistant pulmonary tuberculosis treatment: a phase 2c, open-label, multicentre, partially randomised controlled trial. *The Lancet Infectious Diseases*. Publicado 17 mayo 2024. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00223-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00223-8/fulltext)
4. PRESCIENT Trial: Ultra-Short Course Bedaquiline, Clofazimine, Pyrazinamide and Delamanid Versus Standard Therapy for Drug-Susceptible TB. *ClinicalTrials.gov* NCT05556746. <https://www.centerwatch.com/clinical-trials/listings/NCT05556746/ultra-short-course-bedaquiline-clofazimine-pyrazinamide-and-delamanid-versus-standard-therapy-for-drug-susceptible-tb>
5. A Ultrashort Regimen for Drug-susceptible Pulmonary Tuberculosis in Elderly Patients: A Multicenter Randomized Controlled Trial (Elderly-USR). *ClinicalTrials.gov* NCT07076225. Sponsor: Shenzhen Third People's Hospital. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT07076225>
6. Refining MDR-TB Treatment Regimens for Ultra Short Therapy-PLUS. *ClinicalTrials.gov* NCT04717908. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04717908>
7. Short-Course Regimen with Bedaquiline, Moxifloxacin and Pyrazinamide for Early Bactericidal Activity in Drug-Susceptible Tuberculosis. *ClinicalTrials.gov* NCT07129629. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT07129629>
8. Establishing the Safety and Efficacy of Bedaquiline-Containing Regimen for the Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11329311/>

Joan B. Soriano

**Asesor del *Global Burden of Disease*
 y de la Organización Mundial de la Salud.
 Asesor en tabaquismo de ASOMEGA.
 Exvicepresidente del Comité Nacional para
 la Prevención del Tabaquismo (CNPT)**

Nuevo Proyecto de Ley de Control del Tabaco: implicaciones, retos y oportunidades para la Atención Primaria

Resumen:

El 21 de julio de 2026, el Consejo de Ministros aprobó el proyecto de ley que modifica las anteriores leyes de control del tabaco 28/2005 y 42/2010, representando la actualización más relevante de la normativa estatal frente al tabaquismo en más de dos décadas. Este documento analiza los cambios clave respecto a las anteriores leyes, los retos para su implantación, particularmente desde la perspectiva de la Atención Primaria y propone estrategias de actuación para médicos y enfermeras. La nueva norma amplía los espacios sin humo, prohíbe el consumo a menores, equipara los cigarrillos electrónicos al tabaco convencional y limita su venta a tiendas especializadas. Sin embargo, el empaquetado genérico ha quedado fuera del texto inicial y las políticas de oferta (impuestos y puntos de venta) siguen dependiendo de Hacienda y otros ministerios, generando incertidumbre y confusión en el movimiento de control del tabaco. Los profesionales de Atención Primaria seguirán teniendo un papel crucial en la implementación efectiva de esta ley mediante el consejo antitabaco, la detección precoz y el tratamiento del tabaquismo.

Palabras clave:

Atención Primaria; espacios sin humo; legislación sanitaria; prevención; tabaquismo.



Texto:

Introducción: Contexto de la nueva normativa

El tabaquismo continúa siendo la primera causa evitable de muerte en España y en el mundo occidental. Se estima que cada año se pierden al menos un millón de años de vida ajustados por salud en España a causa del tabaco y otros dispositivos liberadores de nicotina¹. La evidencia científica ha demostrado que las políticas integrales de control del tabaco son la estrategia más efectiva para reducir su prevalencia¹. El nuevo proyecto de ley antitabaco, recientemente aprobado por el Consejo de Ministros el 21 de julio de 2026, aunque aún pendiente de aprobación completa en el Congreso de los Diputados, se enmarca en el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027¹, y responde a los cambios en los patrones de consumo, especialmente al auge de los cigarrillos electrónicos entre la población joven¹. Sin duda, cuando se aplique la norma será un avance importante y muy bienvenido por todas las sociedades científicas y de Salud Pública, las asociaciones de pacientes y por los activistas del control del tabaco; pero probablemente no será

Sigue en la página 20

un avance definitivo ni un máximo, ya que las políticas de oferta (impuestos y puntos de venta) quedan desatendidas al depender aún de otros ministerios, y otras decisiones del texto limitan el impacto real posible de la nueva ley. Intentemos analizar su contenido con una visión constructiva y crítica.

Cambios clave respecto a las anteriores leyes

Los cambios clave respecto a las leyes 28/2005 y 42/2010 son:

1. Ampliación de espacios sin humo:

La Ley 42/2010 prohibió fumar en espacios públicos cerrados y estableció excepciones para espacios al aire libre en hostelería¹.

La nueva norma representa un cambio paradigmático al extender la prohibición a espacios exteriores de uso colectivo³, a saber:

- Terrazas de bares y restaurantes.
- Playas marítimas y fluviales.
- Piscinas de uso colectivo.
- Instalaciones deportivas al aire libre.
- Parques nacionales.
- Recintos de espectáculos públicos al aire libre (teatros, cines, conciertos).
- Vehículos de trabajo (excepto uso exclusivamente personal).

Además, se crean entornos de protección reforzada con un radio mínimo de 15 metros alrededor de accesos a edificios públicos, centros sanitarios, educativos, universidades, bibliotecas, centros de investigación, museos, centros culturales, centros deportivos y parques infantiles.

Esta medida va más allá que la mera estética; intenta desnormalizar el fumar. En algunos espacios, la concentración de humo puede ser importante y afectar enormemente a las personas que están allí, especialmente a menores y trabajadores de hostelería. Un estudio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona detectó nicotina ambiental en el 85% de las terrazas analizadas¹, lo que evidencia la exposición real a la que están sometidos trabajadores y clientes. Ya se consiguió parcialmente no fumar en las terrazas durante la

pandemia de COVID-19, pero se revirtió por la presión de la hostelería. Ahora sí sería un gran avance y definitivo

2. Prohibición del consumo a menores de edad:

La norma introduce una novedad sustancial: prohíbe expresamente el consumo de productos del tabaco por parte de menores de 18 años, y no solo su venta o suministro como anteriormente. Según la encuesta ESTUDES 2025, la prevalencia de fumadores diarios entre 14 y 18 años se sitúa en el 4,3% (la cifra más baja histórica), pero el consumo en el último mes sigue siendo del 15,5%².

3. Equiparación de cigarrillos electrónicos y productos relacionados:

La reforma extiende las limitaciones del tabaco convencional a los cigarrillos electrónicos (con y sin nicotina), productos a base de hierbas para fumar, shisha y otros en espacios sin humo. Sin embargo, las bolsas de nicotina quedan fuera de esta equiparación en espacios sin humo, aunque se prohíbe su consumo a menores.

Ya que la mayor parte de los fumadores y vapeadores usan los dos productos, y el uso dual de ambos aumenta el riesgo para la salud, a veces exponencialmente, es otra gran medida. La evidencia muestra que estos productos, aunque inicialmente quizás menos dañinos que el tabaco tradicional, no son inocuos y pueden actuar como puerta de entrada al consumo de tabaco¹.

4. Limitación de la venta a tiendas especializadas:

La venta de productos relacionados con el tabaco queda limitada a tiendas especializadas, que no podrán exhibir publicidad ni cartelería visible desde el exterior. La medida responde al crecimiento alarmante del consumo de cigarrillos electrónicos entre adolescentes: según ESTUDES 2025, el 49,5% de los jóvenes de 14 a 18 años ha probado alguna vez estos dispositivos, y el consumo en el último mes ha pasado del 14,9% en 2019 al 27,1% en 2025².

5. Refuerzo de las restricciones de publicidad:

Se prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio en todos los medios y soportes, incluyendo internet, redes sociales y puntos de venta. También se limita la aparición de presentadores, colaboradores o invitados fumando o mostrando productos del tabaco en contenidos audiovisuales.

6. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo:

Se recupera el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, suprimido en 2014, con funciones de coordinación, propuesta de iniciativas y establecimiento de objetivos de reducción de prevalencia.

Aspectos pendientes y críticas

Sin duda la medida más controvertida del Anteproyecto de Ley es la exclusión del empaquetado genérico (también llamado neutro) del texto inicial por falta de consenso en el Gobierno de coalición. Probablemente, la industria del tabaco ha movilizado todos sus recursos de lobby con argumentos tendenciosos sobre la pérdida de empleo en la hostelería y el sector servicios, y el aumento del comercio ilícito. Pero la evidencia histórica internacional demuestra que esta medida reduce el atractivo del producto y aumenta los intentos de abandono¹. Se estima que hasta 85.000 personas podrían dejar de fumar al año en España si se implantara el empaquetado genérico¹. La ministra de Sanidad ha anunciado su intención de incorporarlo durante la tramitación parlamentaria, pero hoy en día su inclusión no está garantizada.

También, las políticas de oferta, impuestos y puntos de venta son deficientes en este Anteproyecto de Ley. Seguimos siendo el estanco de Europa porque los impuestos al tabaco y la nicotina son bajos comparados con el resto de la UE o el Reino Unido, entre otros, y dependen del Ministerio de Hacienda. Por ejemplo, un paquete de cigarrillos puede costar más de 14 euros en Irlanda o el Reino Unido. Además, Hacienda tiene competencia sobre el número de puntos de venta (estancos),

que han aumentado en lugar de reducirse. Lamentablemente, el Ministerio de Agricultura y algunos representantes de CC. AA. como Extremadura o Canarias, también se han posicionado abiertamente en contra, de manera interesada y cortoplacista. Una futura reforma fiscal del tabaco en la Unión Europea plantea incrementos sustanciales que podrían encarecer los cigarrillos en España, aunque no hay garantías de que se implementen¹.

Además, respecto a la financiación y fase de implementación, la ley prevé un plazo de dos meses para adaptar la señalización y entraría en vigor a los 20 días de su publicación². Sin embargo, la asignación de recursos para su vigilancia y cumplimiento queda en el aire.

Retos para la implantación en Atención Primaria

Se pueden identificar al menos 4 retos para su plena implantación en Atención Primaria: la adaptación a nuevos espacios sin humo, el abordaje del uso dual, la prevención en jóvenes y la financiación de tratamientos, discutidos brevemente a continuación

Adaptación a nuevos espacios sin humo:

La ampliación de espacios sin humo a lugares como terrazas, playas y vehículos de trabajo requiere un cambio cultural que los profesionales deben liderar desde la educación sanitaria y el ejemplo personal. La evidencia muestra que las leyes de espacios sin humo aumentan los intentos de abandono y reducen el consumo¹.

Abordaje del uso dual:

La coexistencia de fumadores que también usan cigarrillos electrónicos supone un desafío clínico, diagnóstico y terapéutico, ya que el uso dual de ambos aumenta el riesgo para la salud. Los profesionales deben preguntar sistemáticamente por ambos productos, además de registrar el consejo mínimo antitabaco en cada visita y ofrecer tratamientos integrados.

Sigue en la página 22

Prevención en jóvenes:

La prohibición del consumo a menores es un avance, pero exige estrategias preventivas específicas en Atención Primaria, especialmente ante la alta prevalencia de vapeo en adolescentes (27,1% en el último mes según ESTUDES). Los profesionales de Primaria y Pediatría deben integrar la prevención del tabaquismo en las consultas de adolescencia.

Financiación de tratamientos:

Aunque el Plan Integral 2024-2027 propone incorporar medicamentos para la deshabituación a las prestaciones farmacéuticas⁴, su implementación sigue siendo limitada. La Atención Primaria necesita recursos para el tratamiento farmacológico y psicológico del tabaquismo para que la ley sea efectiva.

Recomendaciones para médicos y enfermeras de Atención Primaria

Se pueden sugerir unas recomendaciones generales para médicos y enfermeras de Atención Primaria para implementar correctamente esta nueva Ley y ayudar entre todos al movimiento del control del tabaco en España, y así re-alinearnos con los países líderes y más avanzados.

Conclusiones

El nuevo proyecto de ley antitabaco representa un avance significativo en la protección de la Salud Pública en España, con medidas que amplían los espacios sin humo, protegen a los menores y regulan los nuevos productos del tabaco y otros dispositivos liberadores de nicotina. Sin embargo, su efectividad dependerá de la voluntad política para aprobarlo sin dilaciones, de la asignación de recursos para su implementación y vigilancia, y de la implicación de otros ministerios aparte del de Sanidad, comunidades autónomas y administraciones más granulares. Un tratamiento individualizado a cada fumador/a sigue siendo fundamental; pero la solución definitiva del problema del tabaco no es clínica ni individual, sino legislativa. El objetivo OMS 2050 de una prevalencia de fumadores menor del 5% y de una generación de jóvenes libre de humo a partir de 2030 parece lejano. Los profesionales de Atención Primaria son también aquí de nuevo un pilar fundamental para transformar esta ley en una reducción real del tabaquismo, mediante el consejo, la prevención y el tratamiento de la adicción a la nicotina y sus efectos.

Recomendaciones para Atención Primaria

1	Implementar el consejo mínimo antitabaco de forma sistemática en todas las consultas, utilizando el modelo de las "5 Aes" (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) . La evidencia demuestra que el consejo breve de un profesional sanitario multiplica por 1,5 las tasas de abandono.
2	Preguntar por cigarrillos electrónicos y productos relacionados , no solo por tabaco convencional. El uso dual es común y requiere abordaje específico.
3	Aprovechar la nueva ley como herramienta motivacional . Informar a los pacientes sobre la ampliación de espacios sin humo y la normativa puede reforzar su decisión de dejar de fumar.
4	Ofrecer tratamiento farmacológico (terapia sustitutiva con nicotina, bupropión, vareniclina, citisina, citisiclina, ...) y derivar a unidades especializadas cuando sea necesario.
5	Liderar con el ejemplo . Los profesionales sanitarios que no fuman tienen mayor credibilidad y efectividad en el consejo antitabaco. Recordemos la importancia del papel modélico de los profesionales sanitarios en su labor educativa.
6	Integrar la prevención en la consulta de adolescentes , preguntando por consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos y ofreciendo información clara sobre sus riesgos.
7	Participar en la formación continuada sobre nuevas evidencias en tabaquismo y sobre la normativa vigente para poder informar adecuadamente a los pacientes.
8	Ya que la gestión de la Sanidad está transferida a las comunidades autónomas, colaborar con éstas, y con ayuntamientos y otras administraciones en campañas de prevención y en el cumplimiento de la ley, especialmente en espacios de protección reforzada como centros sanitarios.

REFERENCIAS:

- ¹ Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, Garcia-Basteiro AL, Benavides FG, Glenn SD, Krish V, Lazarus JV, Martínez-Raga J, Masana MF, Nieuwenhuijsen MJ, Ortiz A, Sánchez-Niño MD, Serrano-Blanco A, Tortajada-Girbés M, Tyrovolas S, Haro JM, Naghavi M, Murray CJL. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. Med Clin (Barc). 2018 Sep 14;151(5):171-190. doi: 10.1016/j.medcli.2018.05.011. Epub 2018 Jul 20. PMID: 30037695
- ² Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/262a8c9b-9c00-4b2b-8a33-a56537b95dbd/content> [acceso 27 julio 2026]
- ³ Ministerio de Sanidad. Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/2025.09.10_APL_Tabaco_IP.pdf [acceso el 27 de julio de 2026]
- ⁴ Ministerio de Sanidad. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027. Madrid: MSSSI; 2024. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/planIntegralPrevencionControlTabaquismo\(PIT\)2024_2027.htm](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/planIntegralPrevencionControlTabaquismo(PIT)2024_2027.htm) [acceso el 27 de julio de 2026]
- ⁵ Ministerio de Sanidad. Aprobado el proyecto de ley del tabaco que amplía los espacios sin humo a terrazas, playas y otros espacios al aire libre. Nota de prensa, 21 de julio de 2026. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6968> [acceso el 27 de julio de 2026]
- ⁶ Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo. BOE núm. 318, de 31 de diciembre de 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138> [acceso el 27 de julio de 2026]
- ⁷ Agencia de Salud Pública de Barcelona. Alta exposición al humo ambiental del tabaco en las terrazas de hostelería. Estudio ASPB, 2025. Disponible en: <https://www.aspb.cat/es/noticia/exposicon-humo-ambiental-tabaco-terrazas-hostaleria/> [acceso el 27 de julio de 2026]
- ⁸ Soriano JB, Morera J, Ancochea J. Vaping and lung health: less known unknowns. Eur Respir J. 2025 Mar 27;65(3):2402482. doi: 10.1183/13993003.02482-2024. PMID: 40147858
- ⁹ Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Informe sobre empaquetado genérico, 2025. Disponible en: <https://cnpt.es/wp-content/uploads/2025/03/nota-el-cnpt-propone-que-el-empaquetado-neutro.pdf> [acceso el 27 de julio de 2026]
- ¹⁰ Ministerio de Sanidad. Declaraciones de la ministra Mónica García sobre el empaquetado genérico. Europa Press, 2026. Disponible en: <https://x.com/europapress/status/2079534776852074930> [acceso el 27 de julio de 2026]
- ¹¹ European Commission. Proposal for a Council Directive on the structure and rates of excise duty applied to manufactured tobacco. Bruselas, 2025. Disponible en: https://taxation-customs.ec.europa.eu/taxation/excise-duties/excise-duties-tobacco/revison-tobacco-taxation-directive-proposal_en [acceso el 27 de julio de 2026]
- ¹² Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: MSSSI; 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/ciudadania/dejarDeFumar/docs/guiaTabaco.pdf> [acceso el 27 de julio de 2026]



"Memorias" revista de la Red TBS-Stop Epidemias
Edición de Memorias nº 63 y Newsletter nº 93
 Agencia de noticias: Infomedpress
 Fotografías: M^a Consuelo Alcaide. Rafael Martínez
 Cabeza de Vaca. Depositphotos.
e-mail: redtbs@redtbs.org - ISSN: 2660-7263
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión
de quien firma cada artículo.
www.redtbs.org

NOTICIAS

3

Roche obtiene el marcado CE para una prueba de sangre destinada a identificar la infección tuberculosa

El *Informe mundial sobre la tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2024* alerta de que la tuberculosis resurge como principal causa de muerte por enfermedad infecciosa e informa que, en 2023, aproximadamente 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas de tuberculosis por primera vez, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciara el seguimiento mundial de esta enfermedad en el año 1995. Ello representa un aumento considerable frente a los 7,5 millones notificados en 2022, y además se sitúa a la tuberculosis nuevamente como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa. En el *Informe mundial sobre la tuberculosis de la OMS 2025* presenta datos preocupantes y pone de relieve los desiguales progresos logrados en la lucha mundial contra la misma, con desafíos persistentes como lo es una importante infrafinanciación. Si bien el número de muertes relacionadas con la tuberculosis disminuyó de 1,32 millones en 2022 a 1,25 millones en 2023, la cifra total de personas que enfermaron de tuberculosis aumentó en 2024 hasta 10,7 millones y cifra en 1,23 millones las muertes por esta enfermedad. Se estima que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial podría estar infectada por la bacteria causante de la tuberculosis y aunque la infección puede permanecer latente, entre el 5 % y el 10 % de los casos progresarán hacia una enfermedad sintomática.



El **marcado CE** en una prueba de sangre y es una certificación obligatoria que garantiza que los kits, reactivos, analizadores o dispositivos de diagnóstico utilizados para realizar dicho análisis cumplen estrictamente con los estándares de seguridad, calidad y rendimiento técnico exigidos por la Unión Europea. A nivel técnico, las pruebas de sangre no se clasifican como un producto común, sino como un “Producto Sanitario para Diagnóstico In Vitro (IVD)”. Por lo tanto, para obtener este sello y poder comercializarse legalmente en el Espacio Económico Europeo (EEE), deben superar los rigurosos procesos establecidos por el Reglamento IVDR (UE) 2017/746.

Roche ha anunciado que su prueba **Elecsys® IGRA TB** ha recibido el **marcado CE**, introduciendo una nueva solución de análisis de sangre para identificar la infección por tuberculosis latente. La nueva solución permite un diagnóstico rápido, sencillo y puede proporcionar resultados en menos de 24 horas. El ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) tarda en procesarse solo 19 minutos por paciente, lo que representa aproximadamente la mitad del tiempo de los métodos utilizados actualmente. Los laboratorios disponen ahora de una solución para las pruebas IGRA con un tiempo de respuesta más rápido y un rendimiento escalable en los sistemas de **Roche**.



Las pruebas IGRA en sangre ofrecen una mayor precisión y fiabilidad y constituyen una alternativa menos invasiva que las pruebas cutáneas porque solo requieren una sola visita del paciente y reducen la dependencia de personal sanitario. A diferencia de las pruebas cutáneas de tuberculina, las pruebas IGRA muestran una interferencia mínima con las vacunas de Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), que siguen utilizándose ampliamente en todo el mundo. Al combinar la prueba **Elecsys® IGRA TB** con los ensayos moleculares existentes cobas® MTB y cobas® MTB-RIF/INH, los laboratorios obtienen una solución integrada para gestionar tanto la infección por tuberculosis como la enfermedad activa, además de contar con una herramienta digital para automatizar por completo el cálculo, la interpretación y la notificación de los resultados.

Cinefórum Solidario en Centros Penitenciarios



Medalla de Plata “al Mérito Social Penitenciario” otorgada por la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior** a la **Red TBS-Stop Epidemias** “en reconocimiento a su labor en el ámbito penitenciario y a su importante contribución a la mejora de la salud pública y la reinserción social”.

El **Cinefórum Solidario** es una de nuestras actividades prioritarias y está diseñada para la interacción con colectivos que requieren una especial atención en la prevención de la salud. Esta información-formación se divulga mediante la proyección de audiovisuales y la dinamización del debate con los asistentes.

Vamos a instituciones sociosanitarias como centros penitenciarios, albergues de inmigrantes, centros de acogida, de atención a drogodependientes, de atención sanitaria y sedes de Cruz Roja.

Es relevante que personas en situación de vulnerabilidad, con adicciones o privadas de libertad puedan tener acceso a la información necesaria como para asumir la prevención en salud como una constante personal.

Cada sesión del **Cinefórum Solidario** dura unas dos horas y el número de asistentes varía entre treinta y trescientas personas. Se emiten varios cortometrajes y posteriormente el moderador, Javier García Pérez, secretario general de la **Red TBS-Stop Epidemias** realiza intervenciones que motivan las preguntas de los asistentes que, mayoritariamente, demuestran una actitud muy positiva e implicada con la temática que se debate generándose un espacio dinámico de aprendizaje y sensibilización.

Próximo Cinefórum Solidario
el miércoles 30 de septiembre
en el Centro Penitenciario La Moraleja
Dueñas - Provincia de Palencia

Coparticipan en los Cinefórum Solidario:



REDTBS
STOPEPIDEMIAS

**5^a Jornada
Conjunta
de Centros
Penitenciarios
Sociosanitarios
y Organizaciones
Humanitarias**

16 de octubre de 2026

ONLINE

de 17:00 a 19:00 horas

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

5JC 2026



**JORNADA
IBEROAMERICANA
Sanidad sin fronteras**

**5 y 6
de noviembre
de 2026**

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

ONLINE

de 17:00 a 20:00 horas

**Participación gratuita,
online, previa inscripción:
redtbs@redtbs.org**



NOTICIAS

4

Chiesi y la Cátedra UAM-NeumoMadrid en el Congreso del ERS en Barcelona



De izquierda a derecha: Siham Imani, Executive Vice President, Strategy, Sustainability & Growth del Grupo Chiesi; Giuseppe Chiericatti, Director General de Chiesi España & Portugal; Maria Paola Chiesi, Presidenta del Grupo Chiesi; Julio Ancochea Bermúdez, Catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM); Tamara Alonso, Neumóloga de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa; Marta Solís, Neumóloga del mismo hospital y Joan B. Soriano, Profesor Titular de Epidemiología del Departamento de Medicina de la Universitat de les Illes Balears.

El Congreso de la **European Respiratory Society (ERS)** reúne cada año a los principales expertos en salud respiratoria del mundo para presentar los avances más recientes en medicina y ciencia respiratoria. Celebrado entre el 5 y el 9 de septiembre en Barcelona reunió a más 20 000 profesionales de la salud. Participaron neumólogos, científicos e investigadores junto con organizaciones de pacientes para compartir los avances científicos, tratamientos y retos clínicos.

El principal congreso mundial de la medicina y la salud respiratoria no podía dejar de contar con la participación de **Chiesi Group**, acudiendo al mismo sus máximas autoridades. En este marco temático, junto a la Universidad Autónoma de Madrid, la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica y **Chiesi España**, han organizado una sesión dedicada a la “Equidad en Salud”.

En estas jornadas celebradas en el recinto de la Fira de Barcelona, **Chiesi** reunió voces clínicas y estratégicas para abordar las brechas que persisten en la salud respiratoria resaltando que la equidad en salud respiratoria es necesaria para evitar las desigualdades que todavía condicionan el acceso a la atención y los resultados en salud, destacando su compromiso.

La Cátedra está dirigida por **Julio Ancochea**, catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid, presidente de Aomega y presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias. El encuentro celebrado en el **Congreso ERS** refuerza una idea esencial: “los avances diagnósticos y terapéuticos pierden parte de su valor si no llegan a todos”. Hablar de equidad supone identificar las barreras sociales, territoriales y de género y convertir ese diagnóstico en decisiones capaces de reducirlas. La sesión también ha permitido profundizar en cómo determinadas desigualdades afectan específicamente a las mujeres en patologías respiratorias y se han compartido evidencia y experiencias sobre el impacto de estas inequidades y cómo se están presentando en enfermedades como el cáncer de pulmón. También se abordaron las propuestas del “Consenso para la Equidad en Salud Respiratoria. Recomendaciones para la acción en España”.

NOTICIAS

5

La Asociación Camina Senegal más que camina, avanza a toda marcha con DOX Senegal que es caminar en wolof



Asociación Camina Senegal es una organización sin ánimo de lucro fundada en octubre de 2020 en Cataluña que trabaja para mejorar la salud, la educación y el empoderamiento de las mujeres en comunidades desfavorecidas de Senegal. En salud prestan apoyo y colaboración en pequeños centros sanitarios y un hospital local para facilitar la atención médica básica. En educación ayudan al mantenimiento de las escuelas rurales y aulas formativas. Consideran muy importante el empoderamiento femenino como proceso necesario de concienciación para que las mujeres ganen poder económico y

social, confianza y control sobre sus propias vidas y puedan participar en igualdad de condiciones en la sociedad mediante proyectos productivos y asociativos. Esta iniciativa germinó a partir de los numerosos viajes y la labor de campo impulsada por la médica y fundadora **Mònica Moro**, vinculando la solidaridad desde Cataluña con poblaciones senegalesas como Ibel o la isla de Ehidj. La Asociación se sustenta con fondos de la propia **Mònica Moro** y a través de colaboraciones solidarias, socios y microdonaciones periódicas orientadas a sostener los costes de los proyectos sobre el terreno. También mediante el mecenazgo como es un ejemplo el apadrinamiento de un niño, Ibrahima, que quiere estudiar y no puede por la situación socioeconómica de su familia y que por sus capacidades es uno de los mejores alumnos sin medios económicos para empezar la secundaria.

En este caso en partículas **Asomega Axuda**, organización que inspira el presidente del Comité Científico de nuestra Red, **Julio Ancochea Bermúdez**, apadrina desde hace cuatro años a Ibrahima, el brillante alumno de la aldea Louly Sindiane, para que el joven pueda afrontar un nuevo curso académico con las necesidades básicas y escolares cubiertas.



Una de las actividades importantes que realiza la Asociación es **DOX Senegal** que en lengua wolof significa caminar. Son viajes abiertos para quien quiera descubrir Senegal a través de una inmersión diseñada para conocer a fondo las comunidades de ese país y hacer de la experiencia de viajar una inmersión en una realidad diferente. Apoyar el desarrollo local de la mano de sus protagonistas.



Los grupos son de un máximo 8 personas para favorecer una conexión genuina y a para que el impacto con el entorno sea el mínimo. Se incluye alojamientos y se comparte mesa en casas de familias para que el beneficio llegue directamente a ellas. Una parte importe del viaje se destina para financiar los proyectos de salud, educación y autonomía de las mujeres. **Más información en el WhatsApp: (+221 76 408 69 90). Próxima expedición del 28 de diciembre al 9 de enero.**

REDTBS] STOPEPIDEMIAS

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

Consejo Institucional



Tomás Cobo Castro

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM-OMC). Vicepresidente de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS). Vicepresidente de la Confederación Latino-Iberoamericana de Entidades Médicas (CONFEMEL).



María del Mar Págeo Giménez

Presidenta de Cruz Roja Española.



Pilar Rodríguez Ledo

Presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Presidenta de la Red Española de Investigación en COVID persistente (REICOP).



David de la Rosa Carrillo

Presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Comité Científico



Julio Ancochea Bermúdez
Presidente

Catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. Presidente de ASOMEGA.



José Manuel Solla Camino
Vicepresidente

Fundador y presidente de SEMG SOLIDARIA. Cofundador de la Escuela Española de Ecografía. Cofundador Escola Galega de Ultrasonografía y Clínica. Miembro grupo de Salud Mental (SEMG).



Javier García Pérez
Secretario general

Responsable de la Unidad de Tuberculosis del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. Expresidente de NeumoMadrid. Excoordinador del Área TIR de SEPAR.

Vocales



Enrique Acín García

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



José Antonio Caminero Luna

Académico de Neumología de la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME). Asesor de la OMS y The Union.



Joan Artur Caylà Buqueras

Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (fuiTB).



Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Técnico del Área de Conocimiento de Salud de Cruz Roja Española.



Zaida Herrador Ortiz

Científica Titular del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.



Xavier Martínez Lacasa

Jefe Clínico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Mútua Terrassa.



Ángela Sevillano García

Directora del Área de Salud en Cruz Roja Española.



REDTBS] STOPEPIDEMIAS

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

Comité Técnico



Mario Braier
Coordinador general

Director de la agencia Infomedpress. Realizó numerosas campañas de comunicación y prevención en salud para diferentes instituciones y sociedades científicas.



Anna Borau
Responsable de comunicación

Redactora jefa de la agencia Infomedpress. Periodista especializada en el ámbito sociosanitario.

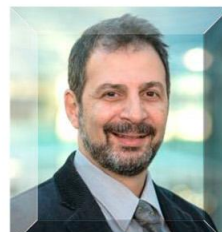
Comité Asesor Investigación



Fátima Cabello Sanabria
Subdirectora del Área de Conocimiento y Salud de Cruz Roja Española.



Iván Chérrez Ojeda
Director Médico del centro de investigación Respiralab en Ecuador. Director del Programa de Espirometría para Latinoamérica. Miembro del Comité de Asma de la WAO.



Gur Levy
Expresidente de la Sociedad Venezolana de Neumología y Cirugía Torácica. Experto en respiratorio para el análisis de mercados emergentes con sede en Panamá.



Darío García de Viedma
Responsable del laboratorio de Genómica Microbiana del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón. Madrid.



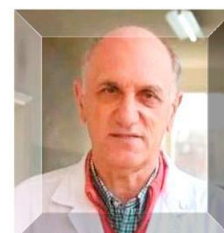
Liliana Romero Vega
Consultora Técnica de la Coordinación General de Vigilancia de la Tuberculosis, Micosis Endémicas y Micobacterias No Tuberculosas (CGTM). Secretaria de Vigilancia en Salud y Ambiente (SVSA) del Ministerio de Salud de Brasil.



Francesca Sánchez Martínez
Médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas y corresponsable de la Unidad de Tuberculosis del Hospital del Mar. Barcelona.



Héctor Javier Sánchez Pérez
Presidente de la Red Mexicana de Investigación en Tuberculosis y otras Micobacteriosis A.C. (REMexTB).



Martín Sívori
Jefe de la Unidad de Neumotisiología del Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, de Argentina.

Formación



Silvia Arias Careaga
Directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y Adjunta al Defensor del Universitario.



Lorenzo Fernández-Fau
Expresidente jefe del Servicio de Cirugía Torácica en el Hospital U. de La Princesa de Madrid. Expresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).



Eva García Perea
Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. Vicepresidenta de la Conferencia Nacional de Decanas y Decanos de Enfermería (CNDE).



Benjamín Herreros Ruiz
Profesor titular del Departamento de Medicina Legal y Deontología Médica de la Universidad Complutense de Madrid.



REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD SANIDAD SIN FRONTERAS



Marta Mas Espejo

Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid.



Francisco Javier Membrillo de Novales

Presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Presidente de la Alianza Latinoamericana en Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (ALEIMC).



María Carmen Sellán Soto

Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. Vicepresidenta de la Academia de las Ciencias Enfermeras. Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil y vicecoordinadora Internacional (ENSI).



Joan B. Soriano

Profesor Titular de Epidemiología del departamento de medicina de la Universitat de les Illes Balears. Asesor del *Global Burden of Disease (GBD)* y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Comunicación



Daniel Aparicio

Director editorial del Área de Salud en Unidad Editorial: El Mundo Salud. Diario Médico. Correo Farmacéutico. Cuidate Plus.



Emilio de Benito Cañizares

Vicepresidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS). Periodista especializado en el diario El País.



Rosa María Calaf

Periodista y corresponsal internacional decana de Radio Nacional de España (RNE) y de Radio Televisión Española (RTVE).



José Manuel González Huesa

Director general de la agencia de noticias Servimedia.



Alipio Gutiérrez Sánchez

Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS). Periodista especializado en comunicación de salud.



Leonor Rodríguez Guzmán

Directora del Área de Comunicación del Grupo SANED de la Red Profesional Medscape. Directora de El Médico y de El Médico Interactivo.



Xavi Salada

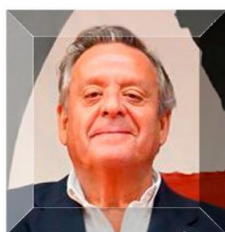
Director y editor de Publitas Digital: IM Farmacias. IM Médico. IM Veterinaria.



Javier Tovar García

Exdirector de EFE-Salud, portal especializado en salud y sanidad de la Agencia EFE.

Comité editorial de la revista "Memorias"



Julio Ancochea Bermúdez



Mario Braier



Javier García Pérez



Anna Borau



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 63 y 93 - 17.09.26

Entidades que adhieren a la Red TBS-Stop Epidemias

Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Il·lenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias Centro de Atención de Adicciones La Latina – 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 con Enfermedades Respiratorias (FENAER) – Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios Fundación SEMG Solidaria – Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (FUITB) – Gaceta Médica – Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) – Ibsen Comunicación - Infomedpress – IF Fundación Teófilo Hernando – Médicos del Mundo Illes Balears – NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping Publitas Digital - IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria – Red Mexicana de Investigación en Tuberculosis y Otras Micobacteriosis (REmexTB – 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 – Secretaría de Estado de Sanidad División para el control del VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis de la Dirección General de Salud Pública Equidad en Salud - Ministerio de Sanidad – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial Diario Médico - Correo Farmacéutico – Cuídate Plus – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Empresas que patrocinan a la Red TBS-Stop Epidemias



MENARINI
ESPAÑA



SANDOZ

Empresas que colaboran con la Red TBS-Stop Epidemias

