

Newsletter Red TBS informa

EDITORIAL

Enfermedades de la injusticia

Esta edición está dedicada a reproducir todas las ponencias de la 4ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias de la Red TBS-Stop Epidemias. Las temáticas tratadas ponen el acento en los factores sociales actuales para controlar la tuberculosis. Como todos los años, profesionales del ámbito sociosanitario participantes en este encuentro recalcan, entre otras premisas, la importancia del tratamiento directamente observado (TDO) para asegurar la adherencia terapéutica y lanzan un hálito de esperanza ante las nuevas moléculas que acortan considerablemente los tiempos hasta la recuperación de los enfermos.

Como sabéis, la Red TBS-Stop Epidemias, desde nuestro inicio como entidad, pone el acento en que la población en situación de vulnerabilidad es la que más riesgo tiene de contraer la enfermedad infecciosa que más muertes causa desde el inicio de la humanidad y que sigue cebándose con los más necesitados y creciendo allí donde no llega la información y por supuesto la atención necesaria. La tuberculosis es, principalmente la enfermedad de la pobreza que genera aún más pobreza y conlleva, aún hoy en día un estigma social, estrés y aislamiento. Combatir esta epidemia pasa ineludiblemente por un trabajo intenso que implica ser solidari@s y hacer frente a los factores que condicionan el desarrollo de la enfermedad.

Esta jornada que reproducimos es un esfuerzo por encontrar soluciones a este grave problema sanitario. Se podría decir más alto, pero no más claro y tod@s los profesionales reunidos en la 4ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias así lo subrayan mediante su compromiso y el debate. El intercambio de experiencias y la interacción son señas de identidad de la Red TBS-Stop Epidemias que lleva casi tres lustros trabajando por poner fin a enfermedades que son epidemias de injusticia.

M. B. / J. A.

SUMARIO

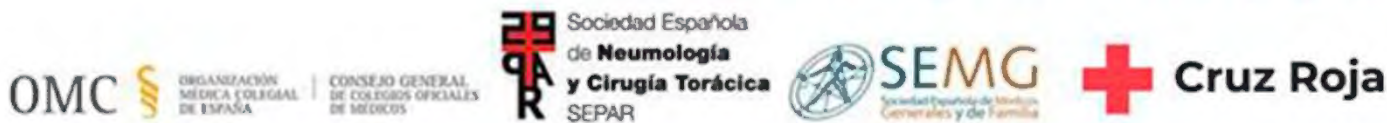
Editorial: Enfermedades de la injusticia	1
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	2
Presentación de la 4ª Jornada Conjunta	3
Julio Ancochea Bermúdez Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.	
Programa de la 4ª Jornada de Conjunta	4
Abordaje de la tuberculosis desde Cruz Roja	5
Cristina Ferrero Camacho Técnica de Proyectos de Salud Sexual, VIH e ITS, del Área de Salud de Cruz Roja.	
Intervención en salud mental y tuberculosis	9
Gastón Auguste Responsable del Departamento de Psicología de Serveis Clínics.	
El papel de la FuiTB en poblaciones vulnerables	11
Joan Artur Caylà Buqueras Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (fuiTB).	
Información de la próxima 14ª Jornada de Actualización	13
Noticias 1: BioSim cumple 10 años	14
Salud más fácil	15
Joaquín Rodrigo Poch Director general de Sandoz España y Portugal y Presidente de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares.	
Noticias 2: Carmen Comas-Mata analiza el coste que supone el derrumbe de las Naciones Unidas ante la tortura	18
Situación actual de la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas prevalentes en el medio penitenciario	19
Pilar Bermúdez Sugar Jefa de Servicio de Protección de la Salud Pública de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.	
Noticias 3: María Carmen Basolas, un referente del buen hacer	24
Tuberculosis y enfermedades de salud mental	25
Xavier Casas García Director Médico Asistencial de Serveis Clínics.	
Tuberculosis: ¿Qué hay de nuevo... y viejo?	27
Xavier Martínez Lacasa Jefe de Sección del Servicio de Medicina Interna e Infecciosas del Hospital Universitari Mútua Terrassa.	
Información de la próxima 14ª Jornada de Actualización	31
Noticias 4: Viaje con propósito, con Camina Senegal	32
Breve informe de actuación en 2025 y Mensaje para el 2026 de la Red TBS-Stop Epidemias	33
Consejo Editorial	34
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	36

REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD

SANIDAD SIN FRONTERAS

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias



Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias



Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



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

Presentación de la 4ª Jornada
Conjunta de Centros Penitenciarios,
Sociosanitarios y Organizaciones
Humanitarias

Bienvenidos a la 4ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias. Como coordinador científico de la Red TBS Stop Epidemias haré una breve historia de nuestra organización que se fundó el 29 de mayo de 2013 por cinco entidades: el Consejo General del Colegio Oficiales de Médicos, la Cruz Roja Española, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) e Ibsen Comunicación. Hoy son más de 50 las entidades que se adhieren a nuestra campaña y nuestro proyecto. Somos un colectivo que surge de la sociedad civil y como nos lo ha reconocido la Organización Mundial de la Salud, consistimos una entidad casi única a nivel internacional que aúna profesionales sociosanitarias. Nuestra campaña para este año 2025-2026 se centra en el sintagma de "Sanidad sin Fronteras" e integramos la lucha contra la tuberculosis con la Long COVID, además de las enfermedades tropicales y otras epidemias. La tuberculosis afecta desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables, como los migrantes y refugiados y eso complica a menudo su abordaje, detección y tratamiento. Se requiere un enfoque multidisciplinar y una vigilancia epidemiológica integral para abordar la enfermedad y prevenir las resistencias a los fármacos antituberculosos. Por otro lado, la situación, y esto es importante decirlo, se ve amenazada por la reducción de financiamiento global, especialmente tras la retirada de la Organización Mundial de la Salud de Estados Unidos.



En nuestra trayectoria hemos impulsado cambios legislativos, incluyendo un Plan Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Realizamos jornadas de actualización, talleres, Cinefóruns Solidarios y conferencias para sensibilizar a la población y también a los profesionales de la salud. Tenemos una revista mensual, "Memorias", y además de publicaciones sobre prevención y libros, más una web con una amplia temática de actualidad; estos son parte de nuestros esfuerzos de comunicación.

Este año Mario Braier, nuestro coordinador general, recibió el "Premio Humanizar" en la categoría Divulgación, del Centro de Humanización de la Salud San Camilo. También, recibimos la "Medalla de Plata", al mérito social Penitenciario, una distinción que otorga la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior. Todo un orgullo. De manera que seguimos luchando, trabajando y manteniendo ese espíritu de la Salud Global, de una Sanidad sin Fronteras. Expresamos nuestra actitud solidaria basando nuestro proceder en la equidad y en la protección de las poblaciones más desfavorecidas.

4JC 2025

4ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias

Patrocina: Sandoz España

Programa de actividades

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

A debate el
24 de octubre de 2025
de 17:00 a 19:00 horas

4ª Jornada
Conjunta
de Centros
Penitenciarios
Sociosanitarios
y Organizaciones
Humanitarias
O N L I N E

Evolución de la TB, aprendizaje
y su alcance en el ámbito profesional

Cristina Ferrero Camacho

Técnica de Proyectos de Salud Sexual, VIH e ITS, del Área de Salud de Cruz Roja Española.

Gastón Auguste

Responsable del Departamento de Psicología de Serveis Clínics.

Joan Artur Caylà Buqueras

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

Joaquín Rodrigo Poch

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

Pilar Bermúdez Sugar

Jefa de Servicio de Protección a la Salud de Instituciones Penitenciarias, del Ministerio del Interior.

Xavier Casas García

Director Médico Asistencial de Serveis Clínics.

Xavier Martínez Lacasa

Jefe de Sección del Servicio de Medicina Interna e Infecciosas del Hospital Universitari Mútua Terrassa.

Modera:

Julio Ancochea Bermúdez

Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias, y jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa.

Participación gratuita,
online, previa inscripción.

redtbs@redtbs.org

4JC 2025

Por cuarto año consecutivo la Red TBS-Stop Epidemias realiza esta jornada de debate en la que se intercambian experiencias y se interactúa en la actualización de temas sobre la tuberculosis, el Long COVID y también de otras enfermedades y epidemias desde la perspectiva de las entidades que dan servicios sociosanitarios. Los participantes del encuentro recalcan en esta ocasión sobre el TDO y su importancia en tratamiento de la tuberculosis para asegurar la adherencia terapéutica. También lanzan un hábito de esperanza ante las nuevas moléculas que acortan considerablemente los tiempos hasta la recuperación.

La población en situación de vulnerabilidad es la que más riesgo tiene de contraer la TB, la enfermedad infecciosa que más muertes causa desde el inicio de la humanidad sigue cebándose en los más necesitados y creciendo allí donde no llega la solidaridad: es la enfermedad de la pobreza que genera aún más pobreza y conlleva, aún hoy en día, estigma, estrés y un gran aislamiento social. Combatir esta epidemia de injusticia pasa ineludiblemente por hacer frente a los factores sociales que condicionan el desarrollo de la enfermedad. Patrocinó la 4ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias: **Sandoz España**.

Puedes ver la edición completa de la jornada en nuestro web: **www.redtbs.org**



Cristina Ferrero Camacho **Técnica de Proyectos de Salud Sexual, VIH** **e ITS, del Área de Salud de Cruz Roja**

Abordaje de la tuberculosis desde Cruz Roja

Quiero agradecerlos, tanto a julio como a Mario, toda la organización de este evento y que hayáis vuelto a contar con Cruz Roja Española en estos espacios que son tan gratos para conocer y reconocer iniciativas y poder compartir y avanzar todos en el compromiso que tenemos para la reducción y eliminación de la tuberculosis y el impacto que tiene en la salud de la población. Nuestra intención, porque hablo en nombre de diferentes compañeros, por supuesto de la organización, es contaros la intervención que desarrollamos desde Cruz Roja en relación con la tuberculosis desde los inicios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, allá por el año 1800. No voy a hacer historia, pero sí que hemos tratado de dirigir nuestra intervención hacia la población desprotegida, aquella que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad. En el año 2024 llegamos a 2800000 personas en diferentes ámbitos territoriales de nuestro país y a nivel internacional, en otros proyectos que desarrollamos, a más de siete millones de personas en diferentes acciones de información, de sensibilización que desarrollamos y dirigidas a la población general. Todo ello gracias a nuestro voluntariado. Contamos con más de 231000 personas voluntarias, sin las cuales sería imposible llevar a cabo la actividad de la organización.

Nos dirigimos a la población que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad, pero también desarrollamos acciones de información y de sensibilización relacionadas con diferentes aspectos de interés hacia las personas, tanto de carácter socioeducativo, económico o laboral. Por lo tanto, también trabajamos con personas que se encuentran en situación de desempleo o que están buscando una mejora en su situación económica. Trabajamos con personas que tienen problemas de salud, incluyendo aquellos que ya tienen un diagnóstico más que claro, también personas con tuberculosis, con VIH, entre



otras enfermedades. También trabajamos con personas mayores y cuidadoras de estas últimas, con personas migrantes, solicitantes de asilo y refugio, con población infantojuvenil, sobre todo desde la sección Cruz Roja Juventud y también desarrollamos proyectos de intervención específicos dirigidos a la población infantojuvenil que se encuentra en una situación muy clara de vulnerabilidad y hacemos una intervención específica con programas de infancia. Igualmente trabajamos con mujeres en situación de dificultad social y con personas con discapacidad. Es difícil catalogar porque normalmente las situaciones que nos encontramos reúne características de estos colectivos de clasificación, pero son los diferentes perfiles cuando Cruz Roja trabaja en salud y parte, por supuesto, de los determinantes sociales de la salud que son los que nos ayudan a analizar las diferentes situaciones de vulnerabilidad social, económica y cultural que las personas con las que trabajamos desde la organización tienen que afrontar en su día a día y cómo les afecta la salud a título individual y en la salud comunitaria. No podemos dejar de trabajar o abordar la salud integral de las personas sin tomar como referencia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), teniendo en cuenta que desde Cruz Roja lo que queremos es facilitar el acceso a la salud de una

Sigue en la página 6

forma sostenible y continuada por parte de la población y por supuesto vinculado al ODS; de acercamiento, promoción y acceso a la salud, que tiene que ver con la reducción e incluso eliminación de pandemias como el VIH o la tuberculosis.

¿Y cómo organizamos la intervención desde Cruz Roja? El abordaje en la salud lo planteamos desde un enfoque integral y partimos desde un plan de intervención, el Plan de Salud de Cruz Roja Española de intervención en Salud que lleva vigente y se actualizó en el año 2017, y que próximamente volveremos a revisar para poder actualizarlo en base a las necesidades que se han ido detectando y nuevas estrategias de intervención de la organización. Pero de momento el Plan se organiza en tres grandes sectores: Un programa de sensibilización y prevención dirigido a proporcionar información general sobre diferentes aspectos relacionados con la salud de interés y básicos, pero que pueden interesar a toda la población general y proporcionar esta información y trabajar la sensibilización de la población. Lo que hacemos es utilizar todos los mecanismos que tengamos a nuestro alcance, desde actividades en calle, trabajando con otras entidades y asociaciones en centros escolares y utilizando plataformas diversas, desde una llamada telefónica a las redes sociales. Todo lo que esté a nuestro alcance lo ponemos a disposición de estas acciones y campañas de información y sensibilización. En segunda instancia tenemos un programa de promoción de hábitos saludables y reducción de conductas de riesgo en el que nos dirigimos a acciones, ya más concretas, con personas que se encuentran afrontando ciertas situaciones de riesgo o de vulnerabilidad social y en el que trabajamos no solamente la información y la sensibilización sino también todo lo que tiene que ver con competencias para tomar decisiones adecuadas y responsables relacionadas con su salud y con sus hábitos cotidianos. Y la tercera del programa es la que se enfoca a las personas que ya tienen el diagnóstico de una enfermedad, que puede ser tuberculosis, puede ser VIH, hepatitis, diabetes... Y lo que intentamos es trabajar con estas personas y cómo mantener unos hábitos adecuados y una adecuada adherencia terapéutica para que esa enfermedad impacte lo menor posible en su vida cotidiana y en su salud a medio y largo plazo. Por lo tanto, la adherencia a unos hábitos saludables forma parte de nuestro ADN.



Sigue en la página 7



En el caso de la tuberculosis, queríamos comentaros alguna experiencia en concreto. En primera instancia es el convenio que mantenemos con el Ministerio de Sanidad desde el año 2020 para la realización de actividades de información y prevención de VIH, otras ITS, tuberculosis y hepatitis víricas; abordamos todas las hepatitis. En el marco de este convenio tenemos tres líneas de intervención, dos de ellas muy relacionadas con la información y sensibilización. Una primera es de información y sensibilización de la población general y en el marco de esta tenemos un servicio multicanal de información que dispone de un servicio telefónico, un chat, *e-mail*, redes sociales... A través de todos estos canales recibimos consultas sobre VIH, ITS, tuberculosis y vamos dando respuestas a las mismas. Es un servicio anónimo y confidencial y está prestado por un equipo de expertos y expertas en estas áreas y tenemos un registro de entidades o espacios que proporcionan este tipo de apoyo e intervención. Sobre ITS, inicialmente nos hemos dirigido a la población joven, pero hemos visto que también es necesario hacer campañas específicas dirigidas a la población adulta. Son campañas en las que empleamos todas las redes a nuestro alcance. Fundamentalmente trabajamos en las redes sociales del servicio Info-prevención como desde las redes sociales de Cruz Roja y de Cruz Roja Juventud, para difundir toda esa información clave y sobre todo llamar la atención de la población sobre determinadas cuestiones que están pasando por alto y que están afectando a la salud pública.

Y por último tenemos una línea de información y sensibilización de capacitación de profesionales, sobre todo no-sanitarios de Cruz Roja y también de otras entidades sobre las diferentes temáticas que se abordan. Infecciones y enfermedades que comprende el convenio y que estamos solamente informando, sensibilizando y capacitando al personal que está desarrollando estas campañas o los proyectos relacionados con VIH e ITS. Hay muchas personas que forman parte de la organización y que participan y necesitamos que tengan cierta información sobre estas infecciones y enfermedades, sobre todo de cara a que cuando afronten una intervención determinada con la población con la que trabajamos, pues puedan detectar determinados síntomas de alarma o determinadas prácticas o conductas de riesgo.

Sigue en la página 8

Los espacios de formación en general suelen ser de carácter interno y a través de diferentes mecanismos, los de toda la vida, pero también cada vez vamos tratando de generar espacios abiertos a otras entidades, sobre todo aprovechando plataformas como la que nos encontramos hoy y que facilitan la conexión y el intercambio de información, además de conocimientos y de experiencias. Hemos llevado a cabo en los últimos años, con motivo del Día Mundial de la Tuberculosis, una serie de vídeos animados a los que podéis acceder a través de internet mediante un código QR, en el que a través de un personajillo más o menos curioso se intenta explicar qué es la tuberculosis, cuáles son sus síntomas, diagnóstico, tratamiento, etcétera. Y también tenemos un cartel informativo que se ha traducido a diez idiomas, incluyendo ucraniano, ruso, árabe, francés, inglés... y que se ha distribuido por toda la red territorial, junto a un folleto informativo con una información más detallada con el objetivo de que estos recursos informativos circulen en la red territorial de Cruz Roja y en los diferentes centros y espacios en los que trabajamos.

Cruz Roja Madrid tiene un vídeo que en el caso de la tuberculosis proporciona información, promueve hábitos saludables y también formación de cara a la intervención directa en temas de tuberculosis.

No nos encargamos de hacer un diagnóstico de tuberculosis, en lo único que nos centramos es en proporcionar unos primeros auxilios en ciertos proyectos o puntos de atención concretos, pero sí que nos centramos en facilitar una orientación y acompañamiento para que las personas que estén en una situación de riesgo o tengan cierta sintomatología puedan acceder a los servicios sanitarios. Y, sobre todo, una vez ya diagnosticados y en tratamiento de la tuberculosis, lo que hacemos es facilitar, prestar apoyo para que estas personas tengan una adecuada adherencia al tratamiento.

La experiencia de Cruz Roja Madrid es un proyecto que lleva a cabo desde el año 2022 a través de un convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que trabaja en la adherencia al tratamiento farmacológico tanto del VIH como de la tuberculosis. Sintetizando, esto es todo lo que realizamos. Muchas gracias.



Intervención en... TUBERCULOSIS

- Información básica.
- Promoción de hábitos saludables.
- Primeros auxilios básicos (costas).
- Orientación – Acompañamiento para recepción de Asistencia sanitaria en Sanidad Exterior, Salud pública y Atención Primaria.
- Ante un posible caso de TB – Contacto con Salud Pública – Derivación para diagnóstico y tratamiento.
- Excepcionalmente traslado de personas sanas para asegurar aislamiento.
- Apoyo para la adecuada adherencia terapéutica. Incluyendo derivación de casos del SN por "mal cumplimiento" – TDO.

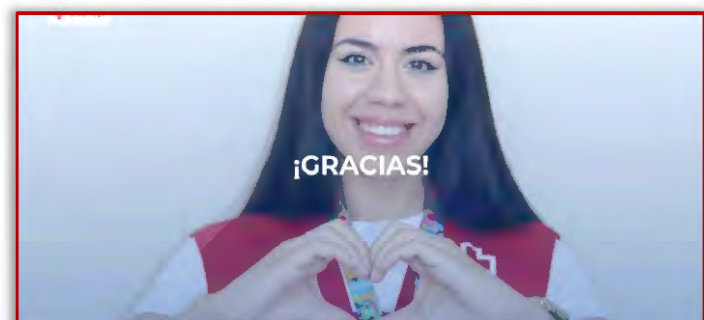
¡TENER EN CUENTA!

- NO protocolos ni reconocimiento médico desde CRE.
- NO personal sanitario en centros (excepciones: Canarias y grandes campamentos – facultativos médicos del SPS).
- NO vigilancia, control, estudio de contactos y tratamiento – Administración sanitaria (exterior, CCAA, epidemiología y salud pública).
- Si recursos formativos para personal no sanitario (conceptos básicos y detección de signos de alarma).
- Mantoux, poco valorable como prueba de cribado frente a procedencia habitual de países con alta prevalencia.
- Puede ocurrir:
 - o No sintomatología inicial pero posteriormente (centro de estancia), detección y derivación.
 - o Tras diagnóstico e inicio de tratamiento, pérdida de contacto ante continuación de su recorrido migratorio.



Tratamiento Directamente Observado (TDO)

- Desde 2022 – Convenio entre Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y CR Madrid
- Unidades móviles.
- Actuaciones específicas dirigidas a la prevención y control de la infección por TB y/o VIH – ADHERENCIA al tratamiento
- Poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- Criterios participación:
 - o Diagnóstico TB y/o VIH o sida
 - o Domicilio Comunidad de Madrid.
 - o 1 o más factores de riesgo ante adherencia: antecedentes no cumplimiento, personas sin hogar, alcoholismo crónico y abuso de otras sustancias, edad avanzada, enfermedad psiquiátrica, barreras lingüísticas y otras situaciones de vulnerabilidad.



Gastón Auguste

**Responsable del Departamento de Psicología
de Serveis Clínic**

Intervención en salud mental y Tuberculosis

Quiero comentar un poco sobre estos años en Serveis Clínic y lo que he visto como profesional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de que hoy hay una mayor prevalencia de trastornos de salud mental en la tuberculosis. Hay una prevalencia mayor de trastornos de salud mental en la tuberculosis y habla de unos determinantes psicosociales que impactan negativamente en el resultado del tratamiento de la tuberculosis, en la calidad de vida de los pacientes.

En principio esto entonces es uno de los objetivos que nos propusimos en la clínica y que fue poder predecir comportamientos psicológicos para que el equipo sanitario tome mejores decisiones basadas en evidencia científica y a la vez fomentar las redes de derivación. Por lo tanto, se plantearon tres acciones: La primera es hacer una valoración inicial donde evaluamos el flujo migratorio, el tiempo de llegada, su lugar de origen, la condición legal y el grado de adaptabilidad que tienen las personas en esta condición. Si tienen familia en nuestro país, amigos, si han conseguido vivienda, si se han podido integrar lingüísticamente y también si está vinculado a la red sanitaria en general porque muchos nos llegan a Serveis Clínic derivados por un hospital.

El segundo objetivo de estas acciones es también evaluar los antecedentes psicológicos, de tratamiento psicológico que se han realizado en España o en otros países y si notan algún tipo de efecto secundario a partir del tratamiento de la tuberculosis que podría ser insomnio, paranoias, ansiedad, depresión o una ansiedad aguda. También valoramos el consumo de sustancias, tipos de consumos, vías de acceso, si se perciben o tienen un consumo problemático o no, qué relación tienen con las sustancias, si son solamente consumidores, si trafican o ambas cosas a la vez o ninguna, para más o menos tener un mapa al menos psicológico, de qué estructura psicológica puede tener cada paciente. Y también valoramos si tiene



problemas con la justicia, si comete robos, si tiene capacidad de adaptarse a las normas sociales, que eso lo hablamos viendo la capacidad de adaptación a las normas de la clínica.

Luego realizamos pruebas psicológicas para medir la calidad de vida, los ritmos biológicos, que son la manera de dormir, el sueño, la actividad diaria, la alimentación, la higiene, como algunas cosas básicas. También evaluamos los niveles de ansiedad y depresión y hay una prueba (como el 80 % de la población con la que trabajamos son migrantes), que es el test del doctor Joseba Achotegui que se llama “Test del kayak”, que evalúa las estrategias de afrontamiento del estrés y de la elaboración del duelo y que también sirve para el estudio de la personalidad y mide las estrategias que tienen a la hora de enfrentar un proceso migratorio.

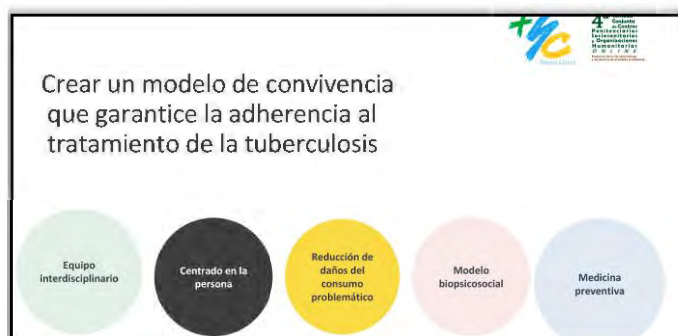
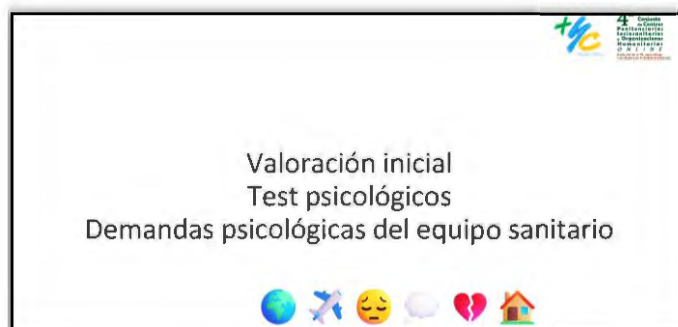
Entonces entre la valoración inicial, las pruebas psicológicas y sobre las demandas psicológicas que recibo del equipo sanitario que suelen ser más vinculados a psicoterapia como personas que están haciendo un aislamiento. Hacer un acompañamiento al aislamiento a las personas con dificultades respiratorias donde saturan correctamente, duelos, relaciones de parejas, de familias, ataques de pánico... Distintas demandas psicológicas que el equipo sanitario me deriva y entonces vamos registrando todo eso junto con las valoraciones y las pruebas y podemos establecer así un perfil.

Sigue en la página 10

Os quiero mostrar un poco como algunas variables que voy encontrando dentro de este abordaje en salud mental. Hay una autora que se llama se llama Kimberlé Crenshaw, de Ohaio, que tiene un enfoque de interseccionalidad, que es una categoría de análisis que examina cómo diferentes factores de identidad, como el género, la raza, la clase social, la orientación sexual, la discapacidad y la edad, se cruzan y se superponen para crear experiencias únicas de discriminación, desventaja y privilegio donde establece que una persona puede padecer por una variable de operación y plantea que, cuando por ejemplo, se mezcla el género con el origen étnico, se cruzan dos variables de opresión o de desigualdad.

Entonces, si nos basamos en Kimberlé Crenshaw podríamos pensar que todas estas variables juegan en los pacientes que están ingresados en Service Clínicos. Algunos de ellos tienen ingresos económicos, otros no, algunos están en situación de calle, consumiendo drogas, hay situaciones de violencia. Es un contexto cultural totalmente internacional, es como si fuera una Torre de Babel. Hay personas de muchos países con una diversidad lingüística muy grande, donde algunos pacientes tienen barreras idiomáticas; entre ellos se dan soporte mutuo y se van traduciendo. Por supuesto que está el rol de los agentes de salud que es fundamental en todo esto. Son pacientes que nos hablan de racismo, de xenofobia. También hay pacientes nacionales, hay pacientes que tienen domicilio pero que tienen necesidades especiales y por lo tanto están ingresados. Hay pacientes que son chatarreros, que a nivel legal están en una situación irregular. También hay un montón de pacientes que son abstinentes de consumo de sustancias tóxicas, mayoritariamente son musulmanes y cuando hablan de abstinencia dicen que son musulmanes, como si correlacionarán estas dos variables; al menos en el discurso de los pacientes.

También observamos que hay diversidad sexoafectiva, de género, hay pacientes que están en un tratamiento de hospitalización obligatoria. Frente a esta gran diversidad de pacientes que están diagnosticados con tuberculosis hemos creado un modelo de convivencia que garantiza la adherencia al tratamiento y se nutre de distintos ejes. Podríamos pensar en un equipo interdisciplinario donde hay educador social, trabajador social, médico, psicólogo, enfermería. Podríamos pensar también en un rol de integración social como otra figura que se podría incorporar.



También tenemos un enfoque centrado en la persona con tratamiento personalizado; por tanto, en algunos casos tenemos que intervenir con las familias. En otros casos tenemos que extender el aislamiento y usar mascarillas. Vamos ajustando las reglas para fomentar la adherencia al tratamiento. Con el consumo de sustancias, el enfoque está de acuerdo con la Subdirección de Drogas de la Agencia de Salud Pública, que nos propone hacer reducción de daños del consumo problemático y por tanto en se puede garantizar más fácilmente una adherencia. Aun así, convive con un paradigma de abstinencia, porque tenemos usuarios que no consumen y algunos pacientes nos explican que realmente quieren dejar de consumir porque se dan cuenta que eso es lo que los ha llevado a enfermar y los acompañamos en ese proceso. El modelo es biopsicosocial y el objetivo es una medicina preventiva donde nosotros podríamos adelantarnos a los comportamientos que van a desarrollar y les podemos brindar asistencia antes de que algunas cosas sucedan. Muchas gracias.

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

El papel de la Fundación de la Unidad
de Investigación en Tuberculosis
en poblaciones vulnerables

Quiero felicitaros a toda la Red TBS-Stop Epidemias por organizar esta jornada sobre las poblaciones vulnerables. Yo comentaré sobre el papel de la Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis en Barcelona (fuiTB) y su relación con las poblaciones vulnerables. Nuestro interés o nuestro trabajo en este sector social viene desde finales de los años 80 del siglo pasado, cuando impulsamos el “Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la ciudad de Barcelona”. En esos momentos, los que tenéis ya una cierta edad, pues podéis recordar que un gran problema que teníamos era la drogadicción. Teníamos mucha gente compartiendo heroína y compartiendo las jeringuillas y por tanto compartiendo el VIH, y ello repercutía excesivamente en las prisiones. La imagen que pueden ver es de la antigua prisión Modelo de Barcelona. No podemos olvidar en aquellos años los indigentes, prácticamente no teníamos inmigrantes con tuberculosis (imagen 1).

En 1995 el Fondo de Investigación Sanitaria, desarrollado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que es una plataforma destinada a facilitar el acceso a la información sobre los proyectos de investigación en el ámbito de la salud (FIS), nos concedió la unidad temática: la “Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona”. Entre muchas cosas hicimos cuatro documentos de consenso publicados en “Medicina Clínica”, sobre estudio de contactos, sobre programas de control de la TB, sobre tratamiento directamente observado (TDO) y sobre tuberculosis importadas. Seguramente este último es el que tuvo más éxito. Aquí lo que pedíamos es que lógicamente había que mejorar el estudio de contactos en poblaciones inmigrantes, que también era importantísimo, disponiendo de enfermeras de Salud Pública y de agentes comunitarios de salud que actuaran como mediadores culturales y como traductores y facilitar



la tarjeta sanitaria a los recién llegados y cribarlos en el primer contacto que tuvieran con el sistema de salud priorizando, siempre que fuera posible, la prueba de la tuberculina y la radiografía de tórax de forma simultánea para no perder personas en el seguimiento de la enfermedad (imagen 2).

Los objetivos de esta unidad de investigación siguen siendo investigar en tuberculosis, en VIH, en inmigración, en relación con crisis económica y últimamente también, por ejemplo, con la COVID-19. Y siempre procurar una muy buena coordinación entre los clínicos, microbiólogos, epidemiólogos y cualquier sanitario y no sanitario involucrado en el control de la tuberculosis.

Desde hace años, cada año organizamos sesiones del “Día Mundial de la Tuberculosis” en el mes de marzo y unas jornadas de dos días sobre “Enfermedades Emergentes” en el mes de mayo, en noviembre “Jornadas Internacionales sobre Tuberculosis”, de las cuales ya vamos por la vigesimonovena edición. Desde que tenemos la fundación de la fuiTB, desde hace unos diez años, pues estamos otorgando desde hace siete, premios a las mejores tesis doctorales sobre tuberculosis (imagen 3). En nuestra página web <https://www.uitb.cat/> pueden ver los vídeos de cada mesa de todas estas jornadas desde hace unos cuantos años.

Sigue en la página 12

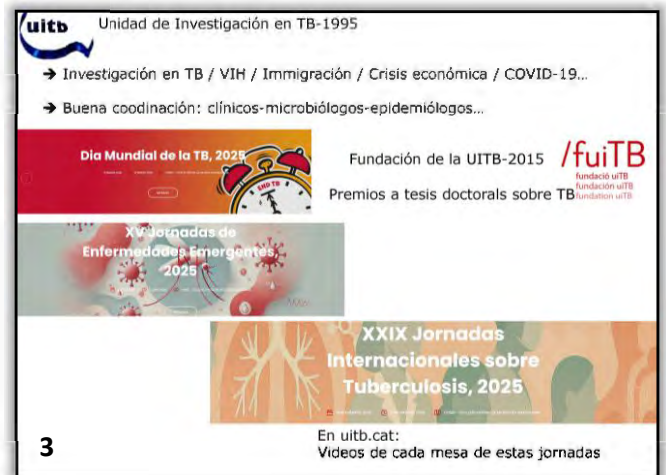
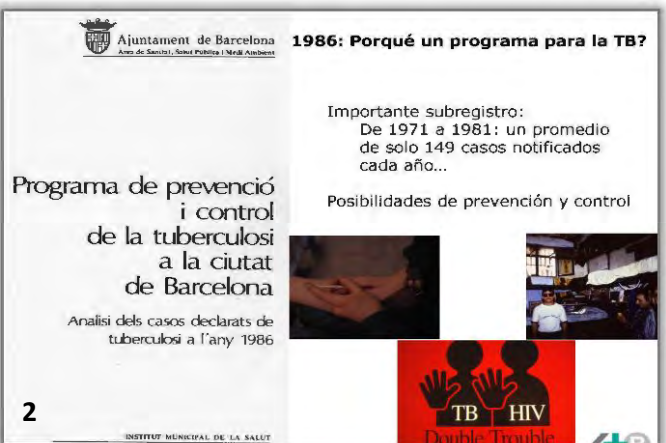
Como os decía, el año de creación de la fundación fue 2015. La Fundació unitat d'investigació en tuberculosi a Barcelona (fuiTB) es una entidad de ámbito estatal y los objetivos son generar, desarrollar, dar soporte y patrocinar actividades tendientes a prevenir y curar la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas y no infecciosas que tengan interés para la salud pública, favorecer también la investigación, la docencia y la divulgación sobre estos temas y celebrar acuerdos de colaboración con entidades y con organismos nacionales e internacionales (imagen 6).

Vamos a celebrar las "XXIX Jornadas Internacionales de Tuberculosis", que tienen un formato híbrido y el programa y las inscripciones son *low cost*. Entre los temas que son prioritarios destacan las poblaciones vulnerables (imagen 4).

La primera mesa ya será sobre grandes brotes; son brotes con 20 casos o más. Dos de ellos en Cataluña y uno de Andalucía y otro del País Vasco. Son nuevos brotes que estamos observando y la complicación radica en el tipo de población vulnerable. Muchas veces por medio puede haber con frecuencia al menos narcosalas, inmigración o población autóctona muy desfavorecida o multirresistencias. Tocaremos a fondo el tema de migraciones, el tema de agentes comunitarios de salud, también los tratamientos directamente observados, las drogodependencias, conflictos armados, concretamente en Colombia, y el tema de la población excarcelada.

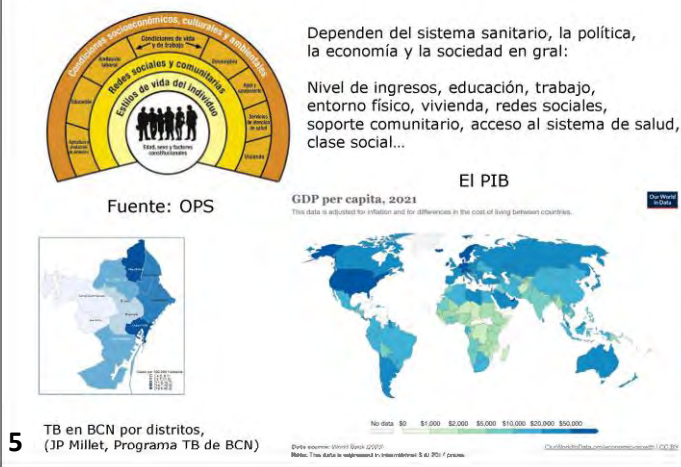
Las tuberculosis en poblaciones vulnerables es un tema muy mediático ahora mismo en Badalona, donde ahora mismo que estoy hablando con ustedes, pues sabrán seguramente, que ha habido un brote en un instituto ocupado por 400 o 500 personas y allí han detectado 10 casos de tuberculosis; aparte, como un comentario más, hubo también un asesinato. En principio estos casos están ya controlados, pero el tema ahora es que quieren desalojar a esta población y bueno, esto puede generar algún problema si no se hace muy bien y no se controle la salud de todos los que dispersen.

Los determinantes sociales de la salud dependen del sistema sanitario, de la política, de la economía y de la sociedad en general. Piensen que, si tuvieran, en todo lo que voy a comentar, unas categorías muy bajas en el nivel de ingresos, en educación, en el trabajo, el entorno físico, la vivienda, redes sociales, soporte comunitario, acceso al sistema sanitario, clase social



Sigue en la página 13

Los determinantes sociales de la salud



muy baja, etc. Si todo esto lo sufriera cualquiera de nosotros y lo tuviera muy bajo, lo menos que nos pasaría, yo creo, sería tener tuberculosis. Quien esté en estas condiciones es fácil que tenga muchos problemas de todo tipo y también de salud. Quizás el indicador más relevante sea el tema económico.

Aquí pueden ver el producto interior bruto per cápita a escala mundial, pueden ver que los países más pobres que están aquí dibujados con colores más claros son los que tienen más tuberculosis y viceversa, o sea que los países más ricos en oscuro (imagen 5).

Por ejemplo, Europa Occidental y América del Norte tienen un Producto Interior Bruto (PIB) alto y en general tienen muy poca tuberculosis. Y esto mismo lo podemos ver aquí, en una ciudad como Barcelona, a nivel de distritos. Los distritos más pobres, que serían Ciutat Vella y Nou Barris, que son los más pobres, son los que tienen más tuberculosis. En cambio, distritos como Sarrià, con un elevado nivel económico, afortunadamente tienen muy poca tuberculosis.

Por tanto, nos debemos esmerar mucho en mejorar los determinantes sociales de la salud. Algunos dependerán del sistema sanitario, por ejemplo, es muy relevante tener o no un buen programa de control de la tuberculosis. Otros van a depender de la política, de la economía y de la sociedad en general. Por tanto, ha de ser prioritario para todos nosotros mejorar todos estos determinantes sociales de la salud. Muchas gracias.

Año de creación: 2015

Ámbito estatal.

Objetivos:

- Generar, desarrollar, dar soporte y patrocinar actividades tendentes a prevenir y curar la TB y otras enfermedades infecciosas y no infecciosas que tengan interés general.
- Favorecer la investigación, docencia y divulgación sobre estos temas.
- Celebrar acuerdos de colaboración con organismos nacionales y internacionales...

web: UITB.CAT
 twitter: @TB_UITB

6

PRÓXIMA JORNADA
14ª

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

**Jornada de Actualización
 Sociosanitaria: Tuberculosis
 y enfermedades respiratorias**

Miércoles 18 de marzo de 2026

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

**Acceso libre previa inscripción gratuita en:
redtbs@redtbs.org**



NOTICIAS

1

La Asociación Española de Medicamentos Biosimilares -BioSim- cumple 10 años



Según nos informa su página web, “BioSim, Asociación Española de Medicamentos Biosimilares, es una organización sin ánimo de lucro cuya voluntad es acoger y representar a todas las compañías farmacéuticas establecidas en España que investigan, desarrollan, producen y/o comercializan medicamentos biosimilares”.

BioSim celebró su décimo aniversario con una jornada que ha puesto de relieve la consolidación de los medicamentos biosimilares en España, el diálogo entre administraciones, profesionales y pacientes y la oportunidad que se abre para el futuro. Tras las exposiciones protocolarias, el acto dio paso a la entrega de reconocimientos a instituciones que han contribuido con sus actos a la introducción y desarrollo de los biosimilares en los últimos diez años, generando confianza a través del diálogo y el consenso. En este sentido, destacan el dado a la Comisión Permanente de Farmacia, de la que estuvieron presentes prácticamente todos sus representantes; la Aemps; a los colegios profesionales o a las asociaciones de pacientes. Participó en él el acto **Javier Padilla**, secretario de Estado de Sanidad, quien destacó que la Estrategia de la Industria Farmacéutica “ha supuesto un cambio en la relación entre los distintos ministerios y la industria”, porque “hablar en común evita los diálogos individuales” y permite poner en marcha “proyectos, decisiones y soluciones que sean más justas”. A este respecto, mencionó que espera que el proyecto de ley de los medicamentos, que será próximamente aprobado, “pueda alinear los intereses del sector con los intereses que tenía el Ministerio de Sanidad”. También estuvo presente **Juan Fernando Muñoz**, secretario General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, la Comisionada del PERTE para la Salud de Vanguardia, **Raquel Yotti**, el director de Farmacia del País Vasco, **Jon Iñaki Betolaza**, y la directora de Aemps, **María Jesús Lamas** recordó que para vencer los recelos iniciales “solo es posible hacerlo con un marco regulador muy sólido” en el que todos los agentes se han exigido mutuamente. El presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, **Jesús Aguilar**, reclamó una mayor actuación desde la farmacia comunitaria en la gestión de estos medicamentos y que “siempre que las condiciones lo permitan, los biosimilares puedan dispensarse también en la oficina de farmacia, y no solo en el ámbito hospitalario”. Por su parte, la directora general de **BioSim**, **Encarna Cruz**, defendió la importancia de mantener el equilibrio dentro del sector y de preservar una “visión compartida por todas las compañías que integran la asociación”. Finalmente, también hubo un reconocimiento especial a **Joaquín Rodrigo**, presidente de **BioSim** desde su fundación, por su liderazgo y visión al frente de la asociación, quien abrió el evento, que ha reunido a múltiples agentes del sector en todos sus ámbitos, recordando los orígenes de **BioSim** como “un proyecto integrador que daba voz a un sector que necesitaba encontrar su propio espacio”.



Joaquín Rodrigo Poch

**Director general de Sandoz España y Portugal
y presidente de la Asociación Española de
Medicamentos Biosimilares (BIOSIM)**

Salud más fácil

Muchísimas gracias querido julio y Mario por la amable invitación. Para mí es un honor que podamos seguir contribuyendo y poniendo nuestro granito de arena a la Red TBS-Stop Epidemias. Os tengo que también agradecer una visita que hice el año pasado al Centro Penitenciario de Almería, porque una cosa es imaginarte como es un Cienfórum Solidario y otra cosa es estar y compartir esta actividad. Así que gracias por ello y ahora os voy a a compartir algunas de las cosas que hacemos nosotros.

Sandoz es la mayor compañía farmacéutica de medicamentos fuera de patente y es a lo que nos dedicamos, a que los medicamentos sean lo más accesible posible a cualquier población que lo necesite. Esto no quiere decir que, desgraciadamente no lleguemos al 100 % de las personas, pero sí que una vez que el fármaco original pierde la patente, nosotros bajamos los precios y conseguimos con ello que puedan acceder más personas a través de los sistemas de salud de cada país o bien pagados por fondos privados o públicos o algún otro tipo de financiación y que accedan a los medicamentos todo paciente que lo necesita. Y lo hacemos con genéricos, con medicamentos de síntesis química, pero también con medicamentos biológicos, los biosimilares.

En Sandoz nuestro ADN es la accesibilidad. Hace unos años empezamos a pensar más grande en cuanto a accesibilidad y si bien nuestra labor principal es investigar, desarrollar, fabricar y comercializar este tipo de medicamentos, también pretendemos dar un servicio social.

Cuando hablamos de acceso a los medicamentos nos dimos cuenta también que hay otras connotaciones alrededor del medicamento y que es importante no olvidar. Entonces uno de los ejemplos que os quería traer hoy es el acuerdo que nos motivó ver la realidad del mundo tal como es, como lo fue la visita que hicimos al Centro Penitenciario de Almería, pues en



este caso hablamos con “Plena Inclusión Madrid”, que es un movimiento asociativo que lucha en España por los derechos de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y sus familias. Fuimos a verlos, nos explicaron la labor que hacían y nos explicaron lo difícil que resultaba entender realmente el medicamento que se tomaba ese sector de la población (imagen 1).

Contaros un poco en qué consiste este programa que llevamos a cabo. Pues es la circunstancia de toda aquella persona que tiene dificultad para leer una ficha técnica de medicamento, entre las cuales me incluyo, porque entre que la letra es pequeña y pones muchísima información que a veces no está en el lenguaje más comprensible, bueno pues muchas veces es muy difícil saber lo que te tomas y a veces te entra tanto miedo que no tomas el medicamento. Pues vimos que hacía falta hacer los medicamentos más comprensibles. No solo para las personas con discapacidad intelectual, personas mayores, personas emigrantes, personas que no hablan bien nuestro idioma, otros colectivos vulnerables, sino que para todo el mundo (imagen 2).

Pues empezamos a adaptar estas fichas técnicas a prospectos de lectura fácil. Hoy en día ya tenemos más de 160 prospectos de diferentes medicamentos, desde las moléculas más comunes, digamos, un paracetamol, un ibuprofeno, y llevamos más de 160

Sigue en la página 16

traducidas a este formato. La verdad es que estamos muy orgullosos de la repercusión que está teniendo. Fijaos las cifras de usuarios que estamos teniendo en toda Hispanoamérica, digamos, no solamente en España, sino que también como está accesible a través de la web “Salud Mas Fácil” (imagen 3 y 7).

Entonces, bueno, tenemos la grata noticia que también entra mucha gente hispanohablante de otras geografías. Esto nos llevó también a formalizar convenios de colaboración para hacer la salud más fácil en general, porque sigue habiendo todavía muchas necesidades por cubrir. Hemos estado firmando acuerdos con diferentes instituciones, servicios de salud y con hospitales, pues para ver, por ejemplo, protocolos o diferente documentación que se maneja en los hospitales de cara a pacientes y de cómo se podría también transformar y traducir a un lenguaje más fácil (imagen 4).

Esto se hace mediante un procedimiento normalizado de trabajo con traductores debidamente acreditados y la verdad es que estamos muy orgullosos de las cifras que estamos obteniendo gracias a esta iniciativa.

Nuestra ambición, ahora mismo es, por ejemplo, que la Agencia Española de Medicamentos también se ha adherido a la iniciativa y nuestra aspiración es que todo el Vademécum esté disponible en este formato de lectura facial porque creemos que es una herramienta que hay que facilitar el acceso al correcto entendimiento y utilización del medicamento que necesita el paciente (imagen 5 y 6).

Os voy a comentar también, muy brevemente, algunas otras iniciativas en las que estamos trabajando. Siempre nuestro propósito es acceder a que la gente, el paciente, acceda a la salud y que los profesionales sanitarios puedan también facilitar la mejor salud posible. En este sentido esta iniciativa en la que estamos colaborando es una herramienta de inteligencia artificial para automatizar la redacción de notas clínicas durante las consultas médicas lo cual permite al profesional poder estar más centrado en el paciente y menos en las tareas burocráticas, administrativas (imagen 8).

Es bastante interesante, la herramienta tiene una confiabilidad muy alta y buena y estamos comenzando a hacerla accesible.

Alianza Sandoz & Plena Inclusión

Sandoz y Plena Inclusión se han aliado para promover acciones de humanización que faciliten a los profesionales sanitarios las herramientas necesarias para brindar una **mejor calidad asistencial**, cuidando la salud de los pacientes de una manera integral, poniendo al paciente en el centro de su actividad, entendiendo su humanidad y facilitando un mejor acceso a las decisiones de salud que les afectan.

La **comunicación clara y efectiva a públicos con mayores dificultades de comprensión** es fundamental para contribuir a la humanización de nuestro sistema de salud.

2 Document One

1

Lectura fácil

La **lectura fácil** es un método que recoge pautas y recomendaciones relativas a la redacción de textos, al diseño y maquetación de documentos y a la validación de la comprensibilidad de los mismos, destinado a hacer accesible la información a las personas con dificultades de comprensión. Es especialmente útil para colectivos con discapacidad intelectual y otros colectivos vulnerables.

En España la lectura fácil está regulada a través de la norma “UNE 153101 EX: Lectura fácil. Pautas y recomendaciones para la elaboración de documentos.”

Personas con discapacidad intelectual

Personas mayores

Personas emigrantes

Otros colectivos vulnerables

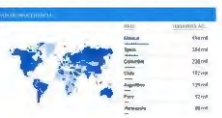
3 Document One

2

Plena Inclusión hoy

saludmasfacil.org: adaptación de prospectos de medicamentos a lectura fácil

Del septiembre 2024 a septiembre 2025



ÍNDICE MEDICAMENTOS DE LA A A LA Z

+160 Prospectos

Formato PDF

4 Document One

3

Otras acciones de humanización

Para la implementación real de otras iniciativas **formalizamos convenios de colaboración/protocolos de actuación con diferentes organismos** (hospitales, consejerías, servicios de salud autonómicos...)

En estos acuerdos se incluyen **actividades que promueven apoyar y contribuir a una mayor autonomía de las personas con dificultades cognitivas** en relación con la información y decisiones relacionadas con su salud. De esta manera, promovemos su inclusión como ciudadanos de pleno derecho mediante su integración.

En concreto, y a título no excluyente se incluyen como objeto de estos acuerdos:

- ✓ La adaptación a lectura fácil de documentos de uso médico/asistencial
- ✓ La formación a personal sanitario en lenguaje fácil

5 Document One

4

Humanización en los Servicios Regionales de Salud

Acuerdos de colaboración entre Sandoz y Servicios Regionales de Salud para favorecer la accesibilidad a la información de salud a los ciudadanos y formar a profesionales sanitarios en lectura fácil

SANDOZ



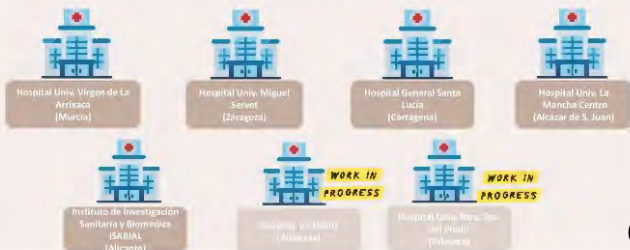
5

Otra herramienta que hemos estado utilizando con eficacia en la actualidad y que utilizan muchos médicos y en muchos hospitales en España, es esta herramienta de monitorización de fármacos que permite que cuando un paciente está bajo tratamiento con alguna de estas moléculas biológicas, pues permite, una vez que está el paciente con el tratamiento instaurado, permite ver la evolución de la monitorización de la dosis de fármaco que está recibiendo el paciente y si está teniendo la adecuada y si hay que subir o bajar dosis o cambiar de tratamiento cuando deja de ser eficaz. Lo que tratamos es una forma de hacer más eficiente el uso de este tipo de medicamentos (imagen 9). No me quiero extender mucho más, si luego tenemos tiempo para el debate y queréis que comencemos más en detalle, pues encantadísimo de hacerlo. Y nada, reiterar mi agradecimiento a julio ya Mario por la invitación. Muchas gracias.

Acuerdos de Humanización con Hospitales

Acuerdos de colaboración entre organizaciones sanitarias para favorecer la accesibilidad a la información de salud a los pacientes y formar a profesionales sanitarios en lectura fácil

SANDOZ



6

Lectura Fácil en números

Principios Activos adaptados

+ 163

www.sahumafacil.org

Documentos de uso médico asistencial adaptados

+ 65

Acuerdos firmados y en curso

10

3 Servicios de Salud y 5 hospitales

Visitas a la web SaludMásFácil

2.650.00

Con más de 6.500 usuarios diarios

Servicios hospitalarios y de salud involucrados

9

Validadores de textos

38

10 cuestionarios de satisfacción de usuarios y 10 cuestionarios de satisfacción de profesionales

7

SANDOZ

TDM - Monitorización de fármacos

EZ-Track®
Palex

Permite a los clínicos **ajustar los tratamientos de forma precisa, optimizando la eficacia y reduciendo los efectos adversos** en pacientes con **enfermedades inflamatorias**.

El objetivo es garantizar que cada paciente reciba un **tratamiento verdaderamente personalizado**, adaptado a sus necesidades, mientras se **optimiza el uso de recursos hospitalarios**.



- Sistema de monitorización fluorescente mono-test.
- **Software interno:** no necesita pipeteado ni centrifugación.
- **Protocolos rápidos:** 10 - 12 minutos
- **Kits de 24 determinaciones.**
- Muestra por **sangre capilar** o suero/plasma.
- Cuantitativo para niveles de fármaco y anticuerpos (libres y en complejos)

Panel de tests disponibles

- Adalimumab / Anti-adalimumab
- Infliximab / Anti-infliximab
- Ustekinumab / Anti-ustekinumab
- Etenerscept / Anti-etenerscept
- Vedolizumab / Anti-vedolizumab
- Golimumab / Anti-golimumab

9

12

Relisten

Relisten

Relisten.al es una herramienta de inteligencia artificial que **automatiza la redacción de notas clínicas** durante las consultas médicas, permitiendo al profesional centrarse más en el paciente y menos en tareas administrativas



- **Escucha y transcribe** la conversación médico-paciente en tiempo real.
- **Genera notas clínicas estructuradas** con terminología médica precisa.
- **Codificación automática** en CIE-10, SNOMED y RxNorm.
- **Solicita pruebas, recetas y reportes** directamente desde la conversación.
- **Privacidad garantizada:** cumple con GDPR y HIPAA, sin almacenar datos identificativos.
- **Reduce el tiempo de consulta** entre un 12% y 25%.
- Aplicable en consultas **presenciales y telemedicina**.

8

SANDOZ

Salud más fácil

Octubre 2025

SANDOZ

NOTICIAS

2

Carmen Comas-Mata analiza el coste que supone el derrumbe de las Naciones Unidas como institución ante la tortura



Carmen Comas-Mata, miembro del Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es una enamorada de la defensa de los derechos humanos y que ha visitado algunos de los lugares más duros del mundo donde las personas están privadas de libertad sufren los mayores vejámenes y en los cuales la tortura es una realidad diaria, publicó recientemente un [artículo en el periódico La Razón](#), titulado: “Si desaparece la ONU: el costo del populismo, la geopolítica y la desprotección de la humanidad” y nos resulta esclarecedor. Citamos algunos fragmentos de su relato.

“Desde mi trabajo en el Subcomité para la Prevención de la Tortura he visto de cerca lo frágiles que son los mecanismos internacionales cuando les falta el respaldo político y financiero necesarios. Por eso hay que decirlo con todas las letras, porque no son bromas: si la ONU colapsa, no desaparece una burocracia. Desaparece la presión internacional sobre los

abusos. Desaparecen los testigos. Desaparece el último hilo de humanidad institucionalizada que es lo único que, desgraciadamente, muchos pueblos tienen para aferrarse a la justicia. Si las Naciones Unidas se derrumban, la tortura, la violencia y la represión volverán a definirse como «asuntos internos» fuera de toda rendición de cuentas. No habría foros, ni denuncias, ni protección. Solo silencio. Hoy, los comités de la ONU que velan porque se respeten los derechos humanos ya sobreviven con presupuestos mínimos. El Comité contra la Tortura, el Comité de los Derechos del Niño, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad o el propio Subcomité para la Prevención de la Tortura, acumulan retrasos, visitas suspendidas y cancelaciones por falta de fondos. Cada mes sin recursos los países se quedan sin supervisión, las víctimas sin voz, los abusos sin registro. Si Naciones Unidas se derrumba, la tortura, el maltrato contra las mujeres, los niños o las personas con discapacidad, la desaparición forzada o la represión masiva volverán a considerarse «asuntos internos». No habrá foros, ni denuncias, ni protección. Solo silencio”.



“Pero hay un problema más profundo que no podemos ignorar: Naciones Unidas está atrapada en una arquitectura obsoleta. Su dependencia financiera de unas pocas potencias la hace vulnerable. Su sede física y simbólica en EE. UU., que hasta ahora ha tenido toda la lógica, la somete a una presión constante, desde dentro y desde fuera. No se puede defender el multilateralismo si uno de sus principales pilares lo sabotea desde la presidencia. Ni se puede hablar de universalidad si los espacios de decisión están condicionados por vetos cruzados y cuotas de poder heredadas de otro siglo.

La ONU necesita reformarse para sobrevivir, y eso pasa por repensar su estructura, su gobernanza, su lugar físico y político en el mundo.

Descentralizar su operación, diversificar su financiación, renovar sus liderazgos. Reducir su dependencia de las grandes potencias. Reconstruir su legitimidad no solo hacia los gobiernos, sino hacia las sociedades”.

“Permitir que la ONU desaparezca sería traicionar el legado de quienes soñaron –y murieron– por un mundo más justo”. Concluye el artículo con una pregunta que deberíamos plantearnos todas las personas de bien: “¿Queremos un sistema internacional basado en reglas y dignidad o regreso a la ley del más fuerte? El día de las Naciones Unidas (24 de octubre, motivo de este artículo) no es solo una celebración; es un llamamiento urgente a defender lo indispensable”.

Pilar Bermúdez Sugar

**Jefa de Servicio de Protección de la Salud
de Instituciones Penitenciarias.
Ministerio del Interior**

Situación actual de la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas prevalentes en el medio penitenciario

Buenas tardes a todos. Agradezco mucho a Julio y a Mario y a su Red TBS-Stop Epidemias por su invitación que siempre ha estado muy presente en la sanidad penitenciaria. Esta es una vista aérea de un centro penitenciario de Soto del Real del que seguramente todos ustedes han oído hablar y por el cual yo le tengo un especial cariño (Imagen 1). Les voy a compartir una pequeña actualización de la situación actual de la tuberculosis y de otras enfermedades infecciosas prevalentes en nuestro medio. En primer lugar, quiero expresar un agradecimiento especial y decir que todo lo que vamos a presentar es fruto del trabajo y del esfuerzo de los sanitarios y del seguimiento de los programas de salud que tiene esta institución.

En esta diapositiva, pero la fuente es el ESDIP del 2022 sobre la encuesta sobre salud y consumo de drogas en la población interna de instituciones penitenciarias, quiero hacer hincapié en estos dos últimos datos. Cinco de las personas consumieron alguna droga ilegal en el último mes de libertad y dos consumieron alguna droga ilegal en el último mes de prisión, con lo cual, evidentemente, nuestro medio es un medio donde la drogadicción es históricamente nuestro mayor problema (imagen 2).

Esta otra diapositiva es para ilustrar, también desde el ESDIP del 2022, otros años sobre drogas de inyección, el consumo de drogas por vía intravenosa, de cómo ha ido disminuyendo desde el 1989, pasando, aquí en 2006, en el 2016 y en el año 2020. Pues estas son las cifras que actualmente se recogen en este estudio (imagen 3).

Ahora hablamos de la prevalencia conocida del VIH en instituciones penitenciarias. También la gráfica lo dice todo, en el sentido de cómo ha ido disminuyendo hasta llegar a las cifras que todas las diapositivas van a tener como fin. El 2024, gracias, entre otras muchas cosas a la introducción del PIJ o del mantenimiento



de metadona, como también pilares básicos para que la población privada de libertad tuviera la gestión de daños y la gestión de las coinfecciones fuera menor (Imagen 4).

Este mapa de comunidades autónomas refleja la prevalencia del VIH, excepto Cataluña, País Vasco y Navarra que tienen las transferencias en sanidad penitenciaria; de ellas evidentemente no tenemos datos. Ven en el mapeo que la prevalencia del VIH no es uniforme en todas las comunidades (Imagen 5).

Esta diapositiva también da un reflejo de la prevalencia de internos de VIH que están en tratamiento. Esta línea dice bastante, en 2018 ya había más de un 90 % de internos con VIH en tratamiento y en el 2024 ya hemos sobrepasado el 95 %, con lo cual nos hemos acercado a los objetivos propuestos por la OMS (Imagen 6).

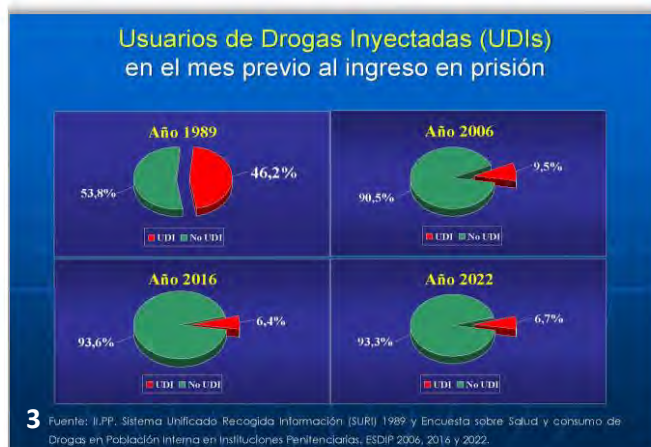
Aquí vemos la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C en prisiones. También los datos y la gráfica hablan un poco por sí mismos. Aquí tenemos el VHC+ y la carga viral del CV+ y decir que como ven que también han ido disminuyendo, pero se mantienen más o menos en una meseta; este año se ha reducido un poco porque en la institución penitenciaria hay un recambio, hay un recambio muy importante de personas que entran y que salen y cada dos años o tres años puede haber un reemplazo

completo; la estancia en prisión media probablemente rondará alrededor de los tres años. Entonces siempre hay como un reciclaje, de tal manera que tenemos personas que entran y que no están tratadas y que hay que tratar, entonces por eso la prevalencia más o menos se mantiene, pero las cargas virales debido a los tratamientos de los fármacos antivirales de alta eficacia, pues están llegando a un 0,7 % (imagen 7).

En este otro mapa se pone en evidencia la prevalencia de la hepatitis C con carga viral positiva, pues igual que hemos dicho antes, volvemos evidentemente a no tener datos de las comunidades que tiene transferidas la gestión. Aquí, comentar, que desde el inicio del plan estratégico frente a la hepatitis C se han hecho en la institución penitenciaria 6278 tratamientos y que los tratamientos realizados en 2024, el número que está ya contabilizado, son 244 y es mayor número que los años anteriores. Yo tengo por ejemplo el dato del 2023, creo que está en torno a 190 (Imagen 8).

Aquí hablamos de las conversiones de VIH y VHC (hepatitis C), como vemos cuando ya estamos llegando al año 2018-2019 y en adelante, prácticamente son cero, desde luego tendencia a cero porque no se detectan y no tenemos constancia de que haya transmisión de VIH y de hepatitis C dentro de prisión. Las personas que tenemos son personas que ingresan o son personas que ya están diagnosticadas de antes y que ingresan con tratamiento, pero conversiones porque se haya transmitido el VIH o la hepatitis C en prisión no tenemos. Esa es nuestra experiencia con los datos que tenemos (Imagen 9).

Aquí les muestro los casos a lo largo también de una serie de años de la tuberculosis en Instituciones Penitenciarias que, como se puede ver también ha habido una disminución importante en estos últimos años. Aquí, por ejemplo, vemos el efecto, también, de muchísimas otras patologías infecciosas o de otro tipo, que probablemente estos años, 2020-2021, donde ha habido algo menos debido al efecto de la época del COVID-19 y entonces puede haber un infradiagnóstico o de pocos recursos o no suficientemente canalizados. Entonces aquí hay una pequeña disminución y tenemos un repunte. El 2025, a fecha de hoy, de momento, aunque haya que depurar datos, estamos en torno a unos 25 casos de tuberculosis (Imagen 10 y 11). La evolución de tasa de incidencia de tuberculosis en Instituciones Penitenciarias, esta es también la curva, digamos una sierra, pero es la curva decreciente de la



Sigue en la página 21

Prevalencia del VIH por CC.AA.



5

Prevalencia de internos VIH+ en Tto.



6

Prevalencia del VHC en Prisiones



7

2024	VHC+	CV+
Hombres	8,34%	0,68%
Mujeres	8,33%	0,67%

Prevalencia de Hep C con CV+



Tratamientos VHC a 31/12/2024 desde inicio PEAHC: **6.278**

8

Tratamientos VHC realizados en 2024: **244**

tasa de incidencia a lo largo del tiempo. Estamos en 2024 y por mil internos, decir que evidentemente es mucho más alta que la población general, pero que también tenemos la confianza de que estamos en la buena línea, de que está controlado o estamos en disposición de decir que los casos que tenemos somos capaces de llevar a buen término y capaces de manejarlo.

Los casos, por ejemplo, por desglosar un poco porque tiene su interés, en el 2024, en nuestros internos se detectaron 31 casos y dos abandonos recuperados que los tratamos en nuestro centro, más dos ingresos en tratamiento. Los hombres eran 29 y mujeres 2. Había 21 españoles y 10 extranjeros. La edad media suele estar más o menos entre los 40-45 años, este año en 46 y el 83,8 % fueron pulmonares. Y yo desde que estoy aquí como jefa de servicio, pues he visto que hay prácticamente la mitad de los casos que hace unos años. Este año, por ejemplo, el 46,7 % fueron bacilíferas (Imagen 12).

El diagnóstico, claro, la baciloscopia por supuesto, pero necesitamos otros medios para intentar ver y controlar y detectar y diagnosticar la tuberculosis y nosotros tenemos la suerte, porque es una suerte en ese sentido, de poder mantener un 100 % de tratamientos directamente observados (TDO). Eso es algo que todos los profesionales de la institución tienen grabado a fuego, que el tratamiento de la tuberculosis tiene que ser en TDO y tenemos a los pacientes bastante a mano. Es igual que los estudios de contactos que a nosotros nos cuesta, pero probablemente nos cueste mucho menos que en la comunidad general porque las personas que han estado en contacto las tenemos cerca y podemos generar en ellos el ambiente como para que sean conscientes y colaboren en el tema del estudio.

Esta es la evolución de la incidencia de tuberculosis por nacionalidad en Instituciones Penitenciarias. Pues aquí también tiene su interés por que desde el 2020 hasta 2024 se va acercando mucho. Como ven los españoles a principios del 2000 dónde estaban y los extranjeros también dónde estaban. Pero a lo largo de los años ha habido un importante ascenso dentro de los extranjeros y con picos de sierra más o menos. Porque en las prisiones ha habido una mayor influencia de personas, sobre todo en estos años, de gente interna de los países de Europa del Este. Ahora

Sigue en la página 22

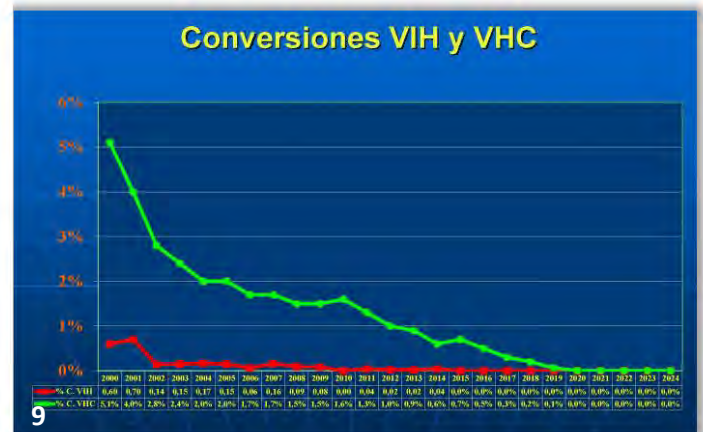
tenemos también población marroquí, pero poca. La incidencia es en extranjeros que en nacionales.

Esta es la evolución de la tasa de incidencia de TB por mil internos y año. Cada vez vemos que a lo largo del histórico las baciloscopias positivas van siendo menores (Imagen 13 y 14).

Este es el programa de prevención y control de la tuberculosis en el medio penitenciario, que es un programa que ya tiene años que hay que renovar y estamos en ello, o estamos en la actitud de ampliarlo, porque hay cosas que se tienen que ampliar y tratar, pero nos ha servido durante muchos años (Imagen 15).

Las bases fundamentales de la tuberculosis y del tratamiento y del éxito o no éxito que podamos tener en el medio penitenciario son el diagnóstico precoz y la búsqueda activa, porque es algo que llevamos muy en el ADN, el tema de la tuberculosis, el TDO y el estudio de contactos (Imagen 16). Esto está apoyado también, por los avances en la genómica de la tuberculosis, sobre todo para ver el estudio de contactos o la transmisión dentro de la prisión. La implantación y la generalización prácticamente de los diagnósticos moleculares en los hospitales que tenemos en la red pública y también la detección en muestra directa y las resistencias a isoniazida y rifampicina. En nuestra Institución hay una concienciación en los trabajadores sanitarios sobre la vigilancia epidemiológica dentro de las prisiones, porque es fundamental para el buen control de la tuberculosis.

Las personas privadas de libertad provienen de situaciones de marginalidad y exclusión, algunos de ellos con alta prevalencia de VIH, TB y hepatitis C, que en muchos casos el contacto sanitario en prisión es el primer contacto reglado; la prisión no es un sitio estanco. La salud pública penitenciaria tiene una bidireccionalidad en el sentido de que las personas que están privadas de libertad en algún momento van a salir a la calle y viceversa. Nosotros recibimos de la comunidad pacientes que por otro motivo hay que actuar también (Imagen 17). Entonces nuestro fin último es devolver a esas personas privadas de libertad al medio libre en la mejor situación sanitaria que no encontramos al ingreso y de esa manera contribuir al control de la tuberculosis en la comunidad y otras enfermedades infectocontagiosas. Muchas gracias.



Evolución de la tasa de incidencia de TB por 1000 internos y por nacionalidad en IIPP 2001-2024



Puntos clave

- Las personas privadas de libertad provienen mayoritariamente de situaciones de marginalidad y exclusión.
- Alta tasa de población procedente de otros países, algunos de ellos con alta prevalencia de VIH, tuberculosis y hepatitis.
- En muchos casos el contacto sanitario en prisión es el primero contactado.
- La prisión no es un compartimento estanco.

Salud Pública Penitenciaria

Salud Pública Comunitaria

Tasas de TB por 1000 internos y año Total y con BK+ II.PP. 2001-2024



Prisons and Health



The Madrid Recommendation:

Health protection is a general part of public health.

La Recommendation de Madrid:

La protection de la santé publique est une composante essentielle de la santé publique.

Die Empfehlung von Madrid:

Gesundheitsschutz ist ein wesentlicher Bestandteil der öffentlichen Gesundheit.

Мадридская рекомендация:

Здоровье населения является неотъемлемой частью общественного здоровья.

Logo of the Madrid Recommendation project.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL MEDIO PENITENCIARIO

3ª EDICIÓN

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN AÉREA DE LA TUBERCULOSIS EN CENTROS PENITENCIARIOS

2ª EDICIÓN



Bases fundamentales

Las bases fundamentales para el control de la tuberculosis en el medio penitenciario son:

- El diagnóstico precoz
- El tratamiento directamente observado
- El estudio de contactos

Memorias es una publicación digital mensual de la Red TBS-Stop Epidemias
ISSN: 2660-7263 – Edición de Memorias nº 58 y de Newsletter Red TBS Informa nº 88
Agencia de noticias: Infomedpress. Fotografías: Mª Consuelo Alcaide. Depositphotos.
e-mail: redtbs@redtbs.org
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo.
www.redtbs.org

NOTICIAS

3

María Carmen Basolas, un referente del buen hacer en la industria farmacéutica



María Carmen Basolas, exdirectora de Relaciones Institucionales, *Market Access & Pricing*, se acaba de jubilar tras 25 años en **Chiesi España**. Excelente profesional es un referente que la ha ensanchado el espacio de su función con talento y empatía. La **Red TBS-Stop Epidemias** ha tenido la suerte de contar con ella en diferentes ponencias de nuestras Jornadas de Actualización en las cuales demostró su valor y conocimientos de un sector tan importante para la sanidad y la salud de los pacientes. También su apoyo y dedicación a causas tan justas como la de adoptar el modelo de Valor Compartido que propone la empresa con la que trabajaba. Su carisma y calidad humana nos hace sentir tristes por su ausencia cotidiana, aunque también alegres esperando que disfrute de esta nueva perspectiva de vida.



Giuseppe Chiericatti, Director General de Chiesi España & Portugal le ha dedicado estas palabras en un comunicado de la empresa:

"Querida Carmen: Una referencia a la que ha sido una referente para mí personalmente al llegar a España, enseñándome las dinámicas del mercado español y apasionándome del área de *Public Affairs y Pricing*. Conocida en nuestro ambiente como 'la Señora de la Sanidad española', ha sido un verdadero honor trabajar a tu lado. Tu liderazgo, visión estratégica y profundo conocimiento del sector han sido cruciales para el desarrollo y posicionamiento de nuestra compañía. Más allá de tu innegable profesionalidad, nos deja un legado de compromiso y calidez humana. Te agradecemos de corazón su dedicación y te deseamos lo mejor en esta nueva etapa de tu vida."



María Carmen Basolas dedicó palabras de despedida al equipo de Chiesi España:

"Con sentimientos encontrados, querría compartir con todas vosotras y todos vosotros que ha llegado el momento de mi jubilación. En Chiesi, he trabajado los últimos 25 años de mi vida laboral. Ha sido un largo, intenso y gratificante recorrido en el que he tenido la oportunidad de conocer a personas increíbles y de las que he aprendido mucho. Cada uno/a de vosotras y vosotros ha dejado una huella imborrable en mi vida profesional. Gracias a vuestro apoyo, compañerismo y amistad, he podido crecer tanto a nivel personal como laboral. Asimismo, y no menos importante, agradezco a Chiesi España y Portugal todas las oportunidades que me ha brindado y los conocimientos que he adquirido a lo largo de todos estos años. Los recuerdos que me llevo conmigo son innumerables y siempre guardaré en mi memoria este tiempo compartido. Os deseo lo mejor".

Xavier Casas García

Director Médico Asistencial de Serveis Clínic

Tuberculosis y enfermedades de salud mental: experiencia desde Serveis Clínic

Como otras veces, gracias por la invitación. Serveis Clínic es un centro de referencia en toda Cataluña para tuberculosis complicada y llevamos 30 años de experiencia. Tenemos que mantener día a día un equilibrio entre nuestro trabajo, que es curar de la tuberculosis a una población vulnerable que es con la que trabajamos normalmente, haciendo un modelo a través de un modelo de TDO, de Tratamiento Directamente Observado y mantener ese equilibrio con esta población que tiene difícil el acceso al sistema de salud y con una serie de particularidades como la de los pacientes sin techo, de migrantes recién llegados, del consumo de sustancias ilícitas, asuntos pendientes con la justicia y también de enfermedades de salud mental. Por tanto, en este contexto de precariedad social es donde nosotros nos movemos y tenemos que conseguir que la persona con tuberculosis mantenga un compromiso con su propio proceso de curación, con una corresponsabilidad por tanto con nosotros y mantener con ellos muchas veces una contención porosa con tolerancia para ciertas cosas para poder retenerlos en el centro y poder así acabar el tratamiento en la clínica.

Es decir, que con ello intentamos hacer reducción de daños, intentamos tolerar ciertos hábitos y también intentamos ayudar en las necesidades que tiene un nivel social y psicológico. Por lo tanto, intentamos el objetivo de un bienestar y también físico-psicosocial de la persona en este modelo biopsicosocial.

Esta es una diapositiva que me gusta mucho de presentar porque representa dos cuadros famosos, el de la izquierda representa una enferma con tuberculosis, "la miseria", de Cristóbal Rojas y el de la derecha "la angustia", que representa una persona con trastorno de salud mental. Y como podéis ver hay muy parecido entre los dos cuadros. Nos transmiten



los dos cuadros pues miseria, soledad, desánimo, marginación, hacinamiento. Y esto es lo que hace que estas dos enfermedades, la tuberculosis y los trastornos de salud mental sean hermanas (Imagen 1). Esto es lo que encontramos en Service Clínic, es decir, esta relación bidireccional entre la enfermedad de salud mental y la tuberculosis. Por tanto, la enfermedad de salud mental les produce una serie de características iguales o tan importantes como el hacinamiento, el consumo de drogas, de tabaco o la desvinculación con el sistema de salud y eso les induce a la su enfermedad: la tuberculosis.

La tuberculosis presenta hasta en la literatura un 68 % de riesgo de depresión, existe el estigma, el aislamiento social, la ansiedad por el consumo de tóxicos, etcétera (Imagen 2).

Esto hace que padezcan, muchos de ellos, trastornos de salud mental. Por tanto, el perfil que tenemos nosotros es un perfil, como podéis ver, quizás la tuberculosis la llevan mejor, pero lo que realmente llevan en la mochila y que les pesa es el estigma que también puede producir la enfermedad y pesa el aislamiento social, la discriminación el estrés postraumático después de un proceso migratorio, el duelo migratorio y la patología dual que vemos muy a menudo con el consumo de tóxicos y los trastornos de salud mental derivados de ello (Imagen 3).

Lo que hicimos en Service Clínicos hace unos años es analizar una descriptiva de las enfermedades de salud mental que habíamos tenido en los 22 años, desde el 2000 al 2022 y observamos que hasta un 30 % de prevalencia de enfermedad de salud mental con un diagnóstico claro y por un profesional que se había establecido (Imagen 4).

Habrán más enfermedades seguras, porque ansiedad y depresión no se han diagnosticado en muchas de estas personas, de estos pacientes. Y lo que observamos es que, a través de la tabla de Kaplan-Meier, es que las tuberculosis relacionadas con trastornos de salud mental presentaban hasta ocho veces más una pérdida de seguimiento, un abandono durante el tratamiento que respecto a las tuberculosis que no tenían estas patologías.

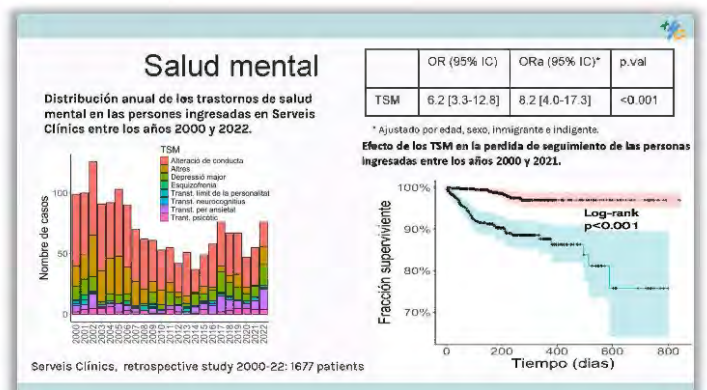
Por tanto, es relevante la importancia para la adherencia del tratamiento el de conseguir un control de estas enfermedades de salud mental.

Muchas gracias.

Estigma
Aislamiento social
Discriminación
Estrés post-traumático
Duelo y ansiedad migratoria
Patología dual.

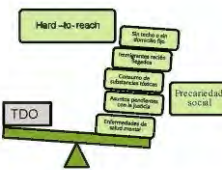


3



Serveis Clínicos

- Sociosanitario
- Tuberculosis de alta complejidad
- Población vulnerable



Atención centrada en la persona



Co-responsable
Contención porosa
Inteligencia colectiva

Bienestar físico, psíquico y social

Relación bidireccional

ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL

Immunodepresión/desnutrición
Hacinamiento/pobreza
Desvinculación del sistema de salud
Tabaco y otras drogas



TUBERCULOSIS

68% tienen depresión
Estigma, aislamiento social
Ansiedad/Psicosis por consumo de sustancias
AIT SNC, tuberculosis "delirium"

2



Atención psicológica y apoyo emocional

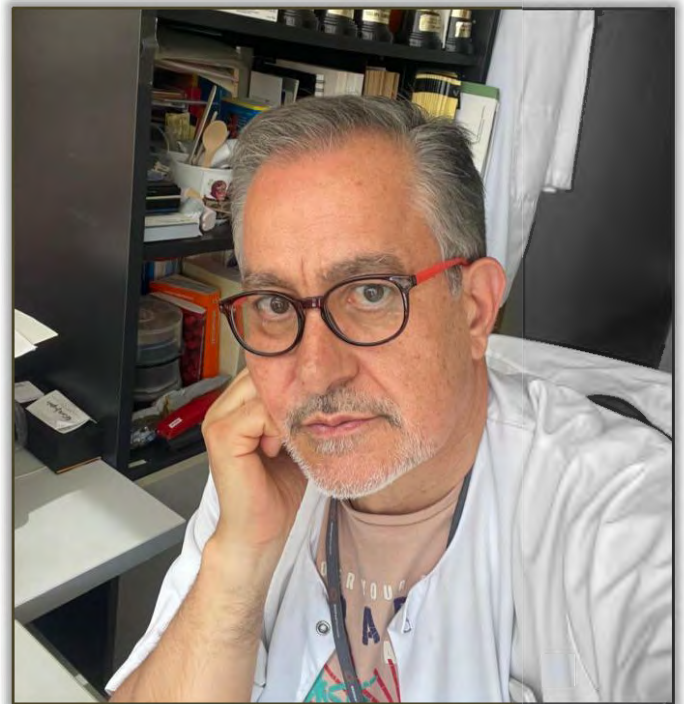
7

Xavier Martínez Lacasa

**Jefe de Sección del Servicio de Medicina
 Interna e Infecciosas del Hospital
 Universitari Mútua Terrassa**

Tuberculosis: ¿Qué hay de nuevo... y viejo?

Muchas gracias por invitarme. Quería explicaros un poco la visión clínica, la visión de los que estamos llevando la tuberculosis en los hospitales generales. Explicaros un poco nuestra Unidad que está avalada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) como Unidad de Alta Complejidad en Tuberculosis y con criterio de excelencia. Hace 31 años que abrí la consulta, tuve la oportunidad de abrirla cuando llegué al hospital y actualmente cuenta con cuatro clínicos, dos internistas, un neumólogo, una microbióloga y un pediatra, todos especializados en tuberculosis y dedicados a ello contra viento y marea. Además de enfermera gestora de casos y tenemos también un técnico sanitario. La consulta funciona tres días a la semana junto con el pediatra. Y también tenemos una línea muy interesante, de la cual estamos bastante orgullosos, una línea de tratamiento directamente observado (TDO), con un técnico de salud que da servicio desde el año 2000 a toda el área del Vallès, un área próxima a Barcelona. Barcelona tiene un área, un servicio de TDO, pero nosotros conseguimos en el año 2000 hacer algo parecido y estamos muy orgullosos porque ya llevamos 450 pacientes tratados. Como sabéis, el tratamiento directamente observado es un requisito para el éxito del tratamiento en muchos casos. También tenemos un laboratorio de microbiología de altas prestaciones y nos dedicamos principalmente a todas estas actividades y al tratamiento de la tuberculosis y a las micobacterias atípicas, lo que nos llevan una parte muy importante de nuestro trabajo y que están aumentando en la actualidad, sobre todo de la mano del *Mycobacterium intracelular* y de las resistencias. También tratamos infección tuberculosa latente en todas sus modalidades, pacientes con tratamiento biológico, inmunoterapia, cáncer, VIH... Y controlamos a todos los trabajadores que ingresan en el grupo, prácticamente unas 3000 personas en el



grupo que pertenecen al hospital donde se les hace un examen de salud para descartar tuberculosis y otras enfermedades. Y en caso de encontrar la enfermedad es bastante habitual, es bastante frecuente encontrar infección latente tuberculosa. Les hacemos el tratamiento y mi aportación es un poco servir a la polémica en el sentido de que siempre, como sabéis, hemos sido un poco los hermanos pobres a pesar de ser la enfermedad infecciosa probablemente más prevalente, con más mortalidad en el mundo asociada al VIH; siempre hemos tenido dificultad para que nos hagan caso en la industria farmacéutica a excepción de Sandoz, que yo creo que siempre nos ha hecho bastante caso para que se nos proporcionen los fármacos, lleguen a toda la zona, a todas las áreas y se pueda tratar a todo el mundo (Imagen 1).

Estamos en un momento bueno de la tuberculosis, yo creo, después de hacer un evolutivo de los últimos 30 o 40 años, que sería mi experiencia en el tratamiento de la tuberculosis, ahora estamos en un momento bastante bueno porque han salido nuevos fármacos y por aquí viene mi primera reflexión.

Este es el tratamiento clásico que todos conocéis y que supone más o menos unos seis meses de tratamiento. En algunos casos, si la baciloscopia es positiva, más allá de los dos meses, a veces hay que

Sigue en la página 28

pero con esto conseguimos tasas de curación que siempre están por encima del 85 %, del 90 %. Este es el tratamiento habitual que utilizamos (Imagen 2).

Pero fijaros que tenemos una molécula interesante que se llama rifapentina, que es muy difícil de conseguir y que no hemos conseguido que la industria la formule en dosificaciones que sean atractivas, por ejemplo, de 500 o de un gramo; las seguimos teniendo en comprimidos de 150 (Imagen 3 y 4).

Pero os quería hacer llegar a este estudio que se hizo en tuberculosis sensible, donde la pauta de isoniazida + pirazinamida + rifampicina y moxifloxacino demostró que no es inferior con la pauta clásica de tratamiento, pero acortando el tratamiento a cuatro meses, dos meses de inducción y dos meses de tratamiento de mantenimiento. Es decir, somos capaces, ya lo somos desde hace aproximadamente 10 años, de acortar el tratamiento de la tuberculosis a cuatro meses, siempre y cuando utilicemos las drogas adecuadas (Imagen 5).

En este caso simplemente el cambio de la rifampicina por rifapentina, una molécula, una rifamicina que penetra muy bien y se ha visto en el modelo experimental, penetra muy bien en el macrófago y por tanto esteriliza rápidamente *Mycobacterium tuberculosis* y esto nos permite acortar el tratamiento, si tuviéramos esta disposición de fármacos, a cuatro meses. Pero no nos quedamos aquí, seguimos en tuberculosis sensible el problema es la rifapentina no es fácil conseguirla, hay que pedirla como medicación extranjera y hay que darle muchas pastillas al paciente y esto ocasiona problemas (Imagen 6).

Fijaros que últimamente han aparecido moléculas nuevas, quisiera haceros resaltar sobre todo la bedaquilina, el delamanid o pretomanid, moléculas que tienen una gran actividad exteriorizante a la vez que bactericida (Imagen 7 y 8).

Este es un fármaco que deriva de un antipalúdico y en el estudio en algunos ensayos clínicos, el más representativo es el truncate, en el cual, en tuberculosis sensible, no nos olvidemos, estamos hablando de tuberculosis sensible, que la adición de bedaquilina junto con linezolid a la pauta isoniazida con pirazinamida y etambutol, la bedaquilina interfiere con la rifampicina, con lo cual no se puede dar. Fijaros que dos meses de tratamiento con esta pausa no fueron inferiores al resto de las pautas, incluso a la pausa clásica estándar (imagen 9 y 10).

UNIDAD DE TUBERCULOSIS

- UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD EN TUBERCULOSIS CON CRITERIO DE EXCELENCIA.
- 3 Clínicos (2 internistas (un pediatra), una microbióloga, una enfermera gestora de casos y un técnico en salud. Apoyo de trabajadora social).
- Consulta semanal tres días a la semana.
- Tratamiento directamente observado con un técnico en salud. Des de el año 2000 : 450 pacientes tratados
- Laboratorio de Microbiología de altas prestaciones en la detección de micobacterias, cultivos y estudio de sensibilidad antibiótica.
- Seguimiento de pacientes con tuberculosis
- Seguimiento de pacientes infectados por micobacterias atípicas.
- Tratamiento de infección latente tuberculosa : en pacientes contactos i pacientes con inmunosupresión: tratamientos biológicos, inmunoterapia, VIH.
- Control de trabajadores del grupo en el examen de salud para descartar tuberculosis o infección latente tuberculosa.

1

1. ¿Cuál es el mejor Tratamiento para pacientes con TB sensible a RIF (H sensible o desconocida) ?

2 HRZE / 4 HR

- No cambiar la Fase Intensiva del Tratamiento, si Bk+ al Final del 2º mes, al menos hasta conocer sensibilidad a H+R.
- Si se conoce Sensibilidad a H+R antes de empezar el Tratamiento → Suficiente con 2 HRZ / 4 HR

2

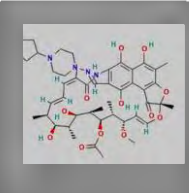
¿HAY NUEVOS TRATAMIENTOS PARA TB PANSENSIBLE?

- Desde aprox. 1980 estamos usando como estándar el régimen de 6 meses (mínimo):
- 2 Isoniacida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol
- ≥ 4 Isoniacida + Rifampicina
- > 90% de éxito de tratamiento, relativamente buena tolerancia

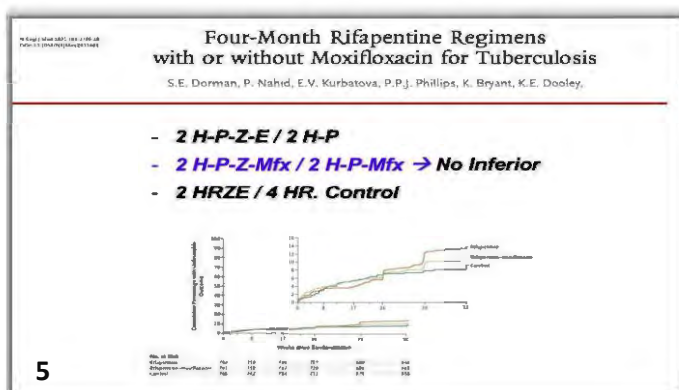
3

RIFAPENTINA

- Derivado de rifamicina
- Comprimidos 150 mg.
- Dosis originalmente recomendada: 600 mg bisemanal. Actual: 1200 mg/d (tratamiento)
- Vida media prolongada (~72 h)



4



TB sensible: régimen acortado de 4 meses en base a isoniácida, rifapentina, moxifloxacina y pirazinamida (N Eng J Med 2021;384:1705-18)

- **2HPMZ/2HPM** (recomendación condicional, moderada certeza de la evidencia)
- Recomendación; TB sensible; > 12 años; > 40 kg; VIH con CD4 > 100 y solo en formas pulmonares
- Régimen de 4 meses basado en isoniácida, rifapentina (**1200 mg/d**), moxifloxacina (400 mg/d) y pirazinamida
- **PROBLEMA: la rifapentina**

WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-susceptible tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6

Actividad y Toxicidad de los Fármacos anti-TB

Adapted from: Camacho, J.F. et al. Treatment of TB. Eur Respir Monogr 2012; 58: 154-165.
Camacho et al. Treatment of drug-susceptible and drug-resistant TB. Eur Respir Monogr 2016; 250:227.
Camacho et al. The basis of TB treatment: fundamental concepts before reaching a patient. Eur Respir Monogr 2013; 56: 104-116 (http://dx.doi.org/10.1183/22111189.10024022).

Actividad	Prevención de Resistencias	Actividad Bactericida	Actividad Esterilizante	Tolerancia
Alta	Rifampicina Isoniazida Etambutol Linezolid Bedaquilina DltzPm Carbapenems	Isoniazida Rifampicina Lfx / Mfx	Rifampicina Pirazinamida Mfx / Lfx	Etambutol Rifampicina Isoniazida Fluoroquinol. Bedaquilina DltzPm Carbapenems
Moderada	Injectables Fluoroquinol. Etambutol Cicloserina PAS Clofazimina	Linezolid Bedaquilina DltzPm Carbapenems Injectables	Linezolid Clofazimina Bedaquilina DltzPm Carbapenems	Pirazinamida Linezolid
Baja	Pirazinamida	Ethionamida Clofazimina Pirazinamida	Resto	

7

R207910, TMC-207, Bedaquilina
(antiinflamatorio derivado de antipalúdicos)

Andries K. Science 2005.

Envase con 188 comprimidos de 100 mg.
400 mg/d x 2 semanas
200 mg trisemanal hasta completar 24 semanas
Vida media terminal: 5,5 meses.
Resistencia cruzada parcial con clofazimina (mut. Rv0678, bomba de eflujo)

8

¿Qué quiere decir esto? Que actualmente estamos en disposición, utilizando las drogas adecuadas para tratar la tuberculosis en dos meses, es decir, prácticamente reducir el tratamiento de esta infección a lo que sería una infección bacteriana, como por ejemplo puede ser la osteomielitis por Staphylococcus aureus, en la cual también la duración del tratamiento es de dos meses en total.

Fijaros que en el caso de las resistencias que ha motivado pautas de tratamiento, sobre todo en las extremadamente resistentes, que quiere decir que son resistentes a isoniácida y a rifampicina y a, probablemente, a quinolonas y algunos de los aminoglucósidos también. Aquí las pautas clásicas iban a 18 meses con cinco o seis fármacos.

No quiero extenderme, estos son los tipos de tuberculosis resistente o multirresistente, pero tenemos algunos ensayos clínicos en los cuales tuberculosis altamente resistente, es decir, resistente a las drogas fundamentales, regímenes con tres fármacos, en este caso sería bedaquilina, pretomanit y linezolid solamente con estos fármacos en las tuberculosis altamente resistentes a seis meses de tratamiento, conseguimos erradicaciones del 90 % que son muy similares al objetivo.

Hay más estudios, este no es el único, este es uno de ellos, como os vuelvo a recordar, bedaquilina, pretomanit, linezolid altamente resistente, ensayos clínicos se vio cuál era la dosis de linezolid más adecuada en estos casos que, lógicamente, unos 1200, porque tenía mucha toxicidad. Hay que irse a 600 miligramos, consiguiendo logros a los seis meses superiores entre el 85 % y el 90 % (Imagen 11, 12 y 13).

Incluso se puede acortar el tratamiento más si a esta pauta de linezolid, bedaquilina y peretomanid asociamos en caso de que sea moxifloxacina en caso de que la cepa sea sensible o clofazimina en caso de que sea resistente a las quinolonas. Y con esto incluso estamos acortando el tratamiento del orden de los cuatro a seis meses de los últimos ensayos clínicos.

Con esto acabo con una reflexión, estamos en disposición y es un buen momento para la tuberculosis porque la enfermedad que hasta ahora la tratábamos nueve o seis meses, estamos en disposición de acortar el tratamiento en caso de que sea sensible a dos meses y en el caso peor, en los escenarios peores de multirresistencia, tenemos

pautas muy eficaces que nos pueden llevar entre los 4 y 6 meses a curar la enfermedad en la gran mayoría de los pacientes.

Esto que es tan positivo hace falta que la industria, hace falta que los países, hace falta que la sociedad genere un cambio en el sentido de darle la importancia que tiene la tuberculosis en cuanto al número de casos que se registran en el mundo, ya sea el desarrollo de los fármacos y sobre todo el desarrollo de las formulaciones para que nosotros podamos dar estas nuevas combinaciones que cambien los regímenes de manera general para poder acortar el tratamiento, porque, aunque sean más caros, si acortamos el tratamiento de 9 a 6 meses a 2 meses, lógicamente va a ser costo-efectivo.

Acabo con un comentario puntual, simplemente también hablando de la infección latente tuberculosa. Conocéis que la diagnosticamos ahora a través de la prueba de la tuberculina, por cierto, una tuberculina nueva que hemos participado nosotros en el ensayo clínico específico y se acaba de comercializar en nuestro país y la estamos deseando poderla utilizar. Parece que va a ser costa efectiva respecto a las técnicas IGRA y también hay avances importantes en el tratamiento.

Esta es la molécula, se llama Siiltibcy y estamos en disposición de poder decirlo ya porque se ha comercializado en nuestro país recientemente desde mayo. Pero fijaros que en el tratamiento de la infección tuberculosa también la OMS está recomendando pautas que tengan rifapentina e isoniazida porque se ha visto que tres meses incluso en terapia intermitente es suficiente y es tan efectiva como la pauta de isoniazida 9 meses (Imagen 14 y 15).

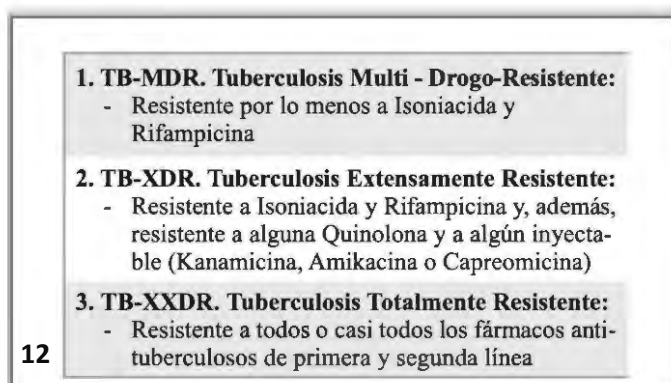
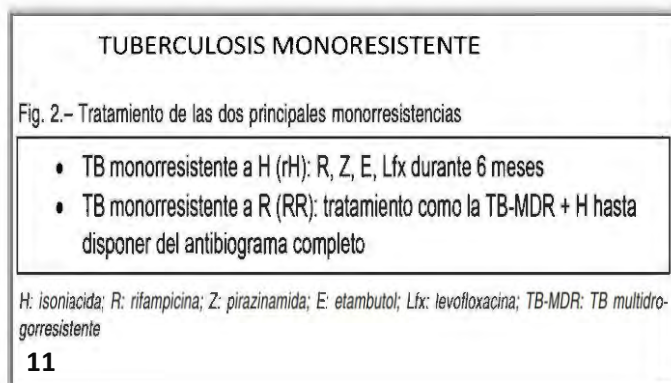
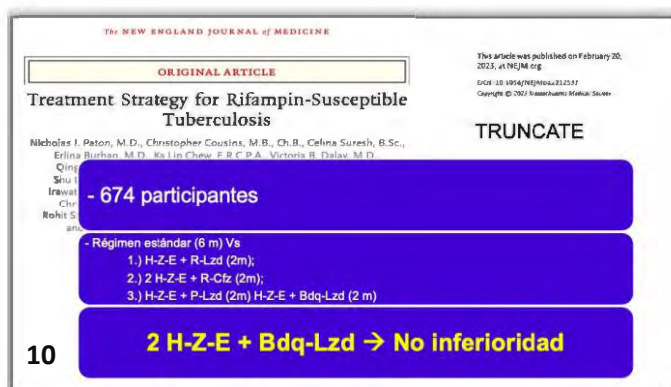
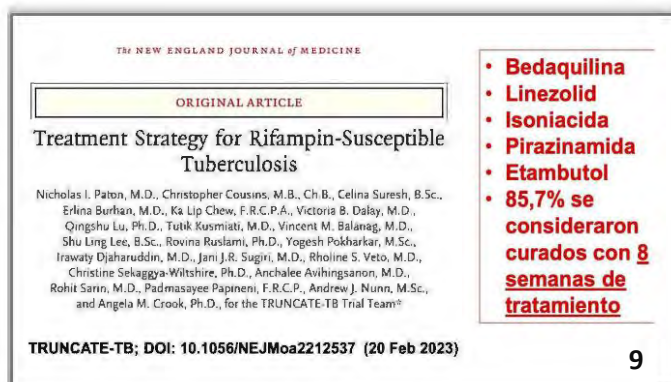
¿Pero qué pasa si damos rifapentina e isoniazida diaria? Los ensayos clínicos ya nos dicen que un mes de rifapentina e isoniazida es exactamente igual que isoniazida 9 meses.

¿Por qué no cambiamos los esquemas?

¿Por qué no utilizamos fármacos que nos permitan acortar el tratamiento de la tuberculosis como enfermedad y de la infección latente tuberculosa?

Dejo esta pregunta y dejo esta inquietud para que la discutamos todos juntos.

Muchas gracias.



Sigue en la página 31

Medicine	Absolute risk of AE	
	Median %	95% credible interval
Bedaquiline	2.4%	[0.7, 7.6]
Moxifloxacin	2.9%	[1.4, 5.6]
Amoxycillin-Clavulanic acid	3.0%	[1.5, 5.8]
Clofazimine	3.6%	[1.3, 8.6]
Ethambutol	4.0%	[2.4, 6.8]
Levofloxacin	4.1%	[1.9, 8.8]
Streptomycin	4.5%	[2.3, 8.8]
Cycloserine / terizidone	7.8%	[5.8, 10.9]
Capreomycin	8.4%	[5.7, 12.2]
Pyrazinamide	8.8%	[5.6, 13.2]
Ethionamide / prothionamide	9.5%	[6.5, 14.5]
Amikacin	10.3%	[6.6, 17.0]
Kanamycin	10.8%	[7.2, 16.1]
p-aminosalicylic acid	14.3%	[10.1, 20.7]
Thioacetazone	14.6%	[4.9, 37.6]
Linezolid	17.2%	[10.1, 27.0]

13

QuantiferON-TB Gold Plus
Detección de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* complejidad a la vida

ALTA SENSIBILIDAD (>94%) Y ESPECIFICIDAD (>97%)

¿Cuántos deciden someterse a pruebas para tuberculosis latente según OMS?

Subgrupos de la red:
Investigación: Asesores, colaboradores, socios y socios con VIH
Prácticas: Asesores, colaboradores, socios y socios con VIH
Prácticas: Asesores, colaboradores, socios y socios con VIH
Prácticas: Asesores, colaboradores, socios y socios con VIH

ventas@ckcopris.com.gl

In collaboration with

SIILTIBCY® (Cy-Tb, C-Tb)

Presentation

- What is SIILTIBCY® 2
- History of C-Tb
- C-Tb TESEC clinical design and population

SIILTIBCY contains two proteins from the bacterium *M. tuberculosis* that have been produced in a laboratory. If a person has been infected with *M. tuberculosis*, an injection of SIILTIBCY will activate the immune system, which leads to inflammation at the site of injection, seen as an induration. An induration size over 5 millimetres 48 to 72 hours after injection indicates an infection.

14

DIAGNÓSTICO ITL EN INMUNODEPRIMIDOS Y/O CANDIDATOS A TERAPIAS BIOLÓGICAS

Estrategia dual de pruebas IGRA (QuantiferON + T-SPOT.TB)

Grupo 1: 1.535 pacientes
QuantiferON-TB Gold In-Tube + T-SPOT.TB

Grupo 2: 1.464 pacientes
QuantiferON-TB Gold Plus + T-SPOT.TB

- Mayor concordancia QTF-Plus/T-SPOT.TB que QTF-GIT/T-SPOT.TB
- Discrepancias: 12,43%

Positivos (a expensas de un solo IGRA)
QTF-Plus: 49 pacientes
T-SPOT.TB: 54 pacientes

Negativos (a expensas de un solo IGRA)
QTF-Plus: 58 pacientes
T-SPOT.TB: 21 pacientes

La relevancia clínica de los resultados discordantes justifica el empleo simultáneo de dos IGRA (QTF-Plus + T-SPOT.TB) en pacientes con alto riesgo de TB.

SIILTIBCY® - clinical trials

TESEC-01: 2008
• First-in-human
• Safety
• Dose finding

TESEC-02: 2010
• Safety
• Immunogenicity

TESEC-03: 2011
• Safety
• Immunogenicity

TESEC-04: 2011
• Safety
• Immunogenicity

TESEC-05: 2012
• Immunogenicity
• Safety

TESEC-06: 2013
• Immunogenicity
• Safety

TESEC-07: 2013
• Immunogenicity
• Safety

15

NUEVAS DEFINICIONES DE TB-DR, OMS 2021

	Isoniacida	Rifampicina	Fluoroquinolona	Linezolid/ Bedaquiline
TB-RR (por el genXpert)	?	R	?	?
TB-MDR	R	R	S	S
TB-preXDR	R	R	R	S
TB-XDR	R	R	R	R a no lo menos uno de los dos

PRÓXIMA JORNADA

14ª

REDTBS] STOEPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD SANIDAD SIN FRONTERAS

Jornada de Actualización Sociosanitaria: Tuberculosis y enfermedades respiratorias

Miércoles 18 de marzo de 2026

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

Acceso libre previa inscripción gratuita en: redtbs@redtbs.org



NOTICIAS

4

VIAJE CON PROPÓSITO, es la llamada que nos hace la Asociación Camina Senegal



**ACOMPañAR
PARA
MEJORAR**



**ESCUCHAR
PARA
COMPRENDER**



**COMPARTIR
PARA
TRANSFORMAR**

Camina Senegal es una asociación sin ánimo de lucro que trabaja en los ámbitos de la salud, la educación y el desarrollo de la mujer en Senegal. Sus viejes tiene el propósito de colaborar con el desarrollo sostenible del país. Quienes viajan son personas que se alojarán en sitios que tiene compromiso son el turismo responsable y están dispuestos a interactuar con comunidades locales y conectar con las personas que participan en los proyectos solidarios, además de poder aprender sobre modos de vida y sus culturas.

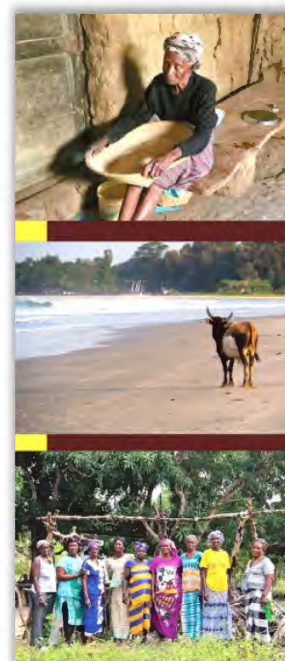


El viaje incluye media pensión en habitación doble, desplazamientos en vehículo privado con AC, alojamientos indicados en todos los lugares a visitar, piragua por el río Gambia y a la isla de Ehidj, barco, tasas, entradas a la casa de los esclavos en la isla de Gorée, y entrada a la reserva natural comunitaria de Dindéfelo. El guía/acompañante es de habla española y la fecha es del 29 marzo a 9 abril 2026. Su coste es de 1600 €; sin el billete de avión. Las plazas son muy limitadas.



ASOCIACIÓN
CAMINA
SENEGAL

Quienes quieran ir con un propósito de interacción social pueden comunicarse con Camina Senegal en las siguientes direcciones: (+34) 649 48 71 65 y en @caminasenegal; caminasenegal@gmail.com; y caminasenegal.org



2025

Este año la **Red TBS-Stop Epidemias** siguió esforzándose por alcanzar los objetivos propuestos de nuestras actividades en la campaña continuada de prevención en salud que venimos realizando desde hace ya 13 años. Hemos realizado **Cinefórum Solidario** dirigido a la población y pacientes en centros penitenciarios de todo el país, Centros de Atención a las Adicciones, hospitales públicos y centros sanitarios. **Cinefórum Consciente** en universidades e instituciones educativas. Talleres y conferencias. Destacamos tres eventos que hoy son referentes para nuestro colectivo sociosanitario como lo ha sido la **13ª Jornada de Actualización** que realizamos en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; la **4ª Jornada Conjunta de Centros Penitenciarios, Sociosanitarios y Organizaciones Humanitarias**; y la **IV Jornada Iberoamericana: Sanidad sin Fronteras**. Realizamos también seminarios web en diferentes formatos e intervenciones en congresos, además de nuestra web **www.redtbs.org** llegamos con la revista **Memorias** a profesionales de la salud, educadores y periodistas en todo el ámbito Iberoamericano. Los premios que otorgamos cada año son nuestro esfuerzo por destacar lo que definimos como **Premio Solidari@s**.

En síntesis, satisfacción por el trabajo realizado, pero también por los reconocimientos como es integrar el Grupo de Gobernanza Multisectorial del Plan para la Prevención y control de la Tuberculosis, del Ministerio de Sanidad. Este año también ha sido importante porque nos han galardonado con el **Premios Humanizar**, que otorga el Centro de Humanización de la Salud San Camilo, “por su liderazgo y compromiso promoviendo la colaboración, la memoria colectiva y la esperanza como herramientas esenciales para afrontar los grandes desafíos sanitarios de nuestro tiempo”. Y la **Medalla de Plata al Mérito Social Penitenciario**, que nos la otorgó la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, del Ministerio del Interior, a la “Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (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”.



Un año para que practiquemos, como siempre, ser quienes somos: responsables con el medioambiente, protectores con todos los seres, tenaces en el objetivo de una *One Health* y empáticos con las personas que sienten que la justicia es cosa de todos los días del año.

CONSEJO EDITORIAL

EDITORES



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



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

ASESORES



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

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



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

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



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

CONSEJO EDITORIAL

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



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

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



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

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



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

REDTBS] STOP EPIDEMIAS

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

Memorias y Newsletter son publicaciones de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Edición 58 y 88 - 18.12.25

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

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

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



Consejo Institucional

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

Comité Asesor

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

Comité Técnico

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

Comité Científico

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

Vocales

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



www.redtbs.org

