

EDITORIAL

¿Utópicos o empíricos?

¿Qué significa que nos motiva una utopía? Si nos remitimos a la RAE, utopía es un “proyecto de muy difícil realización” y su definición procede del nombre de un país imaginario descrito en una de las obras de Tomás Moro en el siglo XVI. También podría ser, según otras acepciones, “un plan, proyecto, doctrina o sistemas ideales que parecen de muy difícil realización”. Y el que alguien que la practique puedes ser: “quimérico, fabuloso, legendario, fantástico, ficticio, ilusorio, idealista...”. Por lo que mejor nosotros nos definiremos en este editorial como pragmáticos que, también según la RAE, es: “que tiene preferencia por lo práctico o útil”, tanto en los claros como en las sombras. En este sentido, nuestra campaña de prevención en salud que empezó hace ya 13 años persiste en la idea de que los problemas sociales de salud se resuelven, aparte de con presupuestos adecuados y voluntad política, con una actitud solidaria, empática y de que no solo basta con informar y difundir, sino que también es necesario formar y concienciar. No somos una agencia de noticias, ni una institución educativa, ni un centro de salud... Somos personas que, por diferentes razones cercanas a la sanidad y a la comunicación, se unen en torno a la propuesta de mejorar la Sanidad Pública, la de nuestro país y también promover la interacción por una mejora de la salud de todas las personas que habitan el planeta Tierra; sin olvidarnos de promover la propuesta de *One Health*, enfoque integral que busca optimizar la salud humana, animal y ambiental de manera interdependiente y sostenible y que los problemas de salud deben abordarse involucrando múltiples disciplinas y sectores de la sociedad.

Sigue en la página 3

SUMARIO

Editorial - ¿Utópicos o empíricos?	1
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	2
Próximas jornadas de la Red TBS-Stop Epidemias	6
El duelo complicado	7
José Carlos Bermejo Doctor en Teología y director del Centro de Humanización de la Salud San Camilo.	
Noticias 1 - La Asamblea Mundial de la Salud firma Acuerdo histórico para un mundo más equitativo	10
Mejorar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis	11
Cristina Vilaplana Massaguer Jefa de la Unidad de Tuberculosis Experimental del Instituto de Investigación del Hospital Germans Trias i Pujol.	
Últimos datos de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en España 2023	13
Zaida Herrador Ortiz Responsable de la vigilancia de la tuberculosis en el Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.	
Noticias 2 - 4ª Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (FfD4)	17
Cinefórum Solidario realizado en el Centro Penitenciario Acebuche – Almería	18
Noticias 3 – La Red TBS-Stop Epidemias recibe el Premio Humanizar en la categoría Divulgación	21
Consejo Editorial	22
Integrantes y patrocinadores	24

Memorias es una publicación mensual digital de la Red TBS-Stop Epidemias
ISSN: 2660-7263 – Edición de Memorias nº 55 y de Newsletter Red TBS Informa nº 85
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

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





La salud, como la educación, la seguridad, el alimento o la vivienda son derechos universales y centrarnos en ello nos permite medir mejor los avances de nuestro proyecto de combatir las epidemias y, en particular en nuestros orígenes, la tuberculosis. Nuestra organización es una entidad dedicada a hacer Prevención en Salud de manera permanente y ello conlleva manifestar la necesidad de estar alerta ante posibles epidemias que tienen generalmente un componente social y que asolan principalmente a los sectores más vulnerables de la sociedad. En especial centrarnos en la tuberculosis, aunque no dejamos de advertir de otras como la COVID y Long COVID, el cólera, el dengue, la malaria, la mpox...

Pero entonces, cuando constituimos nuestra Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS-Stop Epidemias), no esperábamos un vuelco tan inesperado y peligroso de la situación política mundial ni que el mundo experimentara un proceso de cambio tan profundo y el recrudecimiento de tantos conflictos. Menos aún, que EE. UU. suprimiera el apoyo financiero a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cerrase la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), además de su retirada del Acuerdo (climático) de París. También muchos países se ven obligados a recortar presupuestos de los programas de ayuda exterior debido a las necesidades de aumentarlos en seguridad ante el nuevo paradigma bélico que se nos presenta. En este complejo contexto, a modo de referente, la ayuda al desarrollo se redujo un 9 % en el 2024, según indica la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es un ente internacional de carácter intergubernamental en el que los países miembros trabajan de manera conjunta para responder a los retos económicos, sociales y ambientales de la globalización. Y motivo de ello es que se interrumpieran en muchos países los tratamientos vitales contra el VIH-sida, la tuberculosis o la malaria y se prevé que causen millones de muertes en los próximos años. Los datos revelan el recrudecimiento de

Sigue en la página 4

enfermedades que estaban controladas como el sarampión o la poliomielitis. Estos indicadores nos alertan de cuál es el panorama mundial de prevención y control de epidemias.

En el actual contexto, en nuestro país, tras 14 años de demora, aún no tenemos activa una Agencia Estatal de Salud Pública porque los partidos políticos descargan sus disputas con vetos inexplicables a la hora de promover la salud comunitaria. Una Agencia que pudiera prever y monitorizar próximas epidemias, mejorar el control de las enfermedades infecciosas y asegurar la sostenibilidad futura en el manejo de las enfermedades crónicas, un reto al que se enfrenta nuestro sistema sanitario. No obstante, tras más de casi un quindenio de demora, recientemente, el 19 de junio, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, con competencia legislativa plena aprobó con 19 votos justitos a favor y 18 en contra el proyecto de Ley por el que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública tras decaer por sorpresa el pasado mes de marzo de este año. Falta la aprobación del Senado que celebrará el próximo 17 de julio un pleno en el que se decidirá si sale adelante o no. El texto de esta iniciativa señala que el objetivo de la Agencia será “reforzar las capacidades del Estado para mejorar la salud de la población, la equidad en salud y su bienestar y proteger a la población, frente a riesgos y amenazas sanitarias”; como ven, hay esperanza. Debemos reconocer que, a pesar de todo, algunas cosas mejoraron en nuestro país desde que iniciamos la campaña: como puede ser una menor estigmatización del término “tuberculosis”, una baja anual considerable del número de infectados, una mejor recepción en los medios de comunicación para considerar el drama que representa esta enfermedad, el avance en investigación en una nueva vacuna para la tuberculosis (MTBVAC) que está en la fase 3 de ensayos clínicos y también que el Ministerio de Sanidad elaborara un Plan para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en España que aunara

Sigue en la página 5





criterios entre todas las Comunidades Autónomas; aspiración que logramos cuando el 14 de marzo de 2019 se aprobó dicho plan en la Comisión de Salud Pública y fue presentado públicamente en nuestra 8ª Jornada de Actualización en Tuberculosis celebrada unos días después, el 20 de marzo de 2019. Es decir, que tenemos una vertiente crítica y también hacemos un reconocimiento del abordaje de la tuberculosis en nuestro país. Como diríamos: una de cal y otra de arena. Y para cómo está la situación mundial definiríamos nuestra actitud como que mantenemos una predisposición a la labor que es ilusionante, un estímulo para seguir con nuestra campaña continuada de prevención.

Creemos en el poder de la palabra y sus posibles implicaciones y, aunque vivimos en una etapa histórica individualista, apelamos a lo social porque siempre vamos a encontrar algo que nos persuade de la necesidad de ser mejores personas. Creemos en la sensibilización del otro, pero también de uno mismo. Para nuestra Red TBS-Stop Epidemias, vivimos un momento histórico complejo en el que podemos retroceder en los principios éticos con los que nos educaron nuestros padres. La proliferación de gobernantes autócratas y soberbios por todo el mundo crea una gran desazón y es necesario, más que nunca, promover los valores de la justicia, evitar el retroceso y persistir en el avance científico, tecnológico y social.

Y ello solo es posible si superamos nuestra cómoda autocomplacencia moral y le dedicamos tiempo y esfuerzo a los demás, que no son otros más que nosotros mismos. Aceptando el mundo como es, pero no olvidando la necesidad de mejorarlo. Concienciando sobre los peligros de las enfermedades, en especial las epidémicas y evitando que “la vacunación infantil se estanque en una veintena de países ricos”, como alerta un reciente estudio de la revista *The Lancet*.

¿Somos optimistas? Sí, pero conscientes de la necesidad de intensificar la argumentación y ser cada vez más solidarios. Somos muchos los que creemos que un mundo mejor puede ser posible.

M. B. / J. A.

REDTBS
STOP EPIDEMIAS

4^a Jornada
Conjunta
de Centros
penitenciarios
socio-sanitarios
y organizaciones
humanitarias

24 de octubre de 2025

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

4JC 2025

IV JORNADA
IBEROAMERICANA
Sanidad sin fronteras

20 y 21
de noviembre
de 2025

REDTBS
STOP EPIDEMIAS

ONLINE
de 17:00 a 20:00 horas



Próximas jornadas de la Red TBS-Stop Epidemias

José Carlos Bermejo

Doctor en Teología y director del Centro de Humanización de la Salud

El duelo complicado

Afortunadamente está creciendo la sensibilidad ante el sufrimiento que genera la muerte de un ser querido. Surgen personas que se especializan, aumenta la literatura sobre el tema, nacen Centros de Escucha que atienden a dolientes con relación de ayuda y *counselling*... En principio, el duelo es un proceso normal, adaptativo, que realizamos todos los seres humanos cuando se nos rompen vínculos significativos y, al morir un ser querido (como también en otras circunstancias), se nos resiente el corazón. El cuerpo, la mente, los sentimientos, las relaciones, los valores, el espíritu, queda “tocado” por el impacto y, en palabras posfreudianas, hay que hacer el “trabajo”, las “tareas” para aprender a vivir sin el ser querido.

Modelos interpretativos

En la actualidad, contamos con diferentes modelos interpretativos, que se unen a la literatura que anteriormente era más de naturaleza filosófica, antropológica o teológica. Hoy nos sentimos enriquecidos por la aportación del psicoanálisis de S. Freud y M. Klein, que subrayan la importancia del apego y el tipo de lazos; como también nos ayudan los modelos más psicosociales (E. Lindemann, L.J. Tizón, E. Kübler Ross), así como la aportación de Bowlby y Neimeyer desde enfoques más sociológicos y socioculturales. Es relevante la aportación -en constante actualización- de W. Worden a propósito de las tareas del duelo, y las más recientes de Jean Allouch en su obra “Erótica del duelo en tiempos de muerte seca”.



Asistimos, por otro lado, a un momento particularmente delicado, que he descrito en uno de mis últimos trabajos: Duelo e inteligencia artificial (Desclée De Brouwer 2025), y que nos produce un cierto vértigo ante la constatación de las posibilidades de “reconstruir” digitalmente al ser querido con su rastro digital para seguir manteniendo con “él” algunas formas de relación. Más que nunca, se hace necesaria una reflexión ética sobre el duelo, no solo psicológica o antropológica. Es, más bien, urgente.

Duelo de riesgo

Pero menos ruido hacen las personas que tuvieron que vivir el duelo como proceso que se produjo de una manera rara: los fallecidos en tiempo de pandemia. Durante un tiempo, miles de personas fallecieron en la soledad, en el aislamiento, con presencias extraordinarias para quienes hicieron de tripas corazón y, sin ser familiares, sostuvieron la mano en la agonía o recitaron secretamente algunas oraciones -también desde el ateísmo- al pie de cama de los afectados por la COVID-19. Fueron muchos los que no tuvieron la oportunidad de despedirse, los que no estuvieron acompañados, los que

Sigue en la página 8

murieron solos. Y para cada uno de ellos, murieran en el hospital o en residencias de mayores, quedaron familiares en situación de particular vulnerabilidad a la complicación del duelo.

La ausencia de acompañamiento familiar, psicológico y espiritual de tantas personas que fallecieron en contexto de pandemia, dejó en los dolientes una particular experiencia de desolación, de algo pendiente, de una vida no cerrada, de un vínculo interrumpido de manera violenta o, si lo aceptamos, con tintes de crueldad. Esto aumenta la vulnerabilidad al duelo complicado, a la necesidad de ayuda especializada en el abordaje de sus implicaciones, particularmente en materia de salud mental.

Peró la evocación de este contexto es oportunidad para tomar conciencia de otros muchos duelos que se producen sin el debido acompañamiento. Semejante a la situación pandémica es la que viven muchos inmigrantes, cuando pierden a un ser querido tan lejos que su situación no les permite participar en los procesos finales y en los ritos fúnebres, con su poder humanizador, tanto a nivel personal como comunitario. Es también el caso de tantas personas que viven en Residencias de mayores no dotadas de suficientes recursos en el plano psicoespiritual.

Dimensión espiritual y duelo

Cuando la fragilidad es vivida en la propia carne, la dependencia para muchas actividades básicas de la vida diaria nos interpela sobre nuestra identidad y nos desafía para vivir con sentido y propósito suficiente como para sacar sabor a la cotidianidad. Es aquí también cuando la crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia, encuentra un posible agarradero en el mundo del cultivo de la espiritualidad, la dimensión humana más genuina, la que más nos distingue del resto de las especies. Para no pocas personas, la espiritualidad cristaliza en expresión religiosa, en religación, en cultivo de prácticas que ayudan a dar sentido, a abrirse a la trascendencia, a generar relación y comunidad, a sentir que alguien más cuenta con nosotros, y, en ocasiones,

es un Alguien que se experimenta en la interioridad y en la conexión, un Tú trascendente que nos lleva personalmente tatuados en la palma de su mano.

Cuidar la dimensión espiritual y religiosa es un factor protector de la complicación del duelo. Refuerza ya en el duelo anticipatorio, y constituye un recurso que empodera en el duelo de los supervivientes. Por eso, la asistencia espiritual y religiosa a este colectivo de mayores vulnerables y frágiles, merece una mayor atención, una atención en términos de mirada holística, de salud integral, humanizada.

Solo en algunos lugares han alcanzado la conciencia de que la dimensión espiritual y religiosa puede ser atendida de manera profesional, con competencias específicas, donde toman cuerpo categorías serias, tales como: síntomas espirituales, diagnóstico espiritual, necesidades espirituales, sufrimiento espiritual, bienestar espiritual, recursos espirituales y religiosos. Estas y otras categorías merecen suficientes recursos profesionales para cuidar, para atender, en contextos de enfermedad, sufrimiento y fin de vida. Quizás en primer lugar por razones obvias: por la naturaleza misma del ser humano y por la obviedad de que somos espirituales y algunos nos religamos libre y responsablemente. Y lo deseamos hacer sanamente para que en todas las dimensiones encontremos estímulos para sacarle jugo a la vida frágil.

Duelo ambiguo

Hay duelos, por otro lado, particularmente silenciados y poco considerados. Es el caso del duelo ambiguo complicado que se produce en los familiares que tienen un ser querido con alzhéimer avanzado. La observación y la razón nos dicen que nuestro ser querido enfermo está vivo, pero sus reacciones, y en parte nuestro corazón, nos dicen que ya no es ni sombra de lo que fue, que biográficamente ha muerto, aunque biológicamente esté vivo. Este tipo de duelos ambiguos merece un acompañamiento

Sigue en la página 9

humanizado, en aras a la prevención del duelo complicado *post mortem*.

Solo algunas experiencias excepcionales muestran buenas prácticas, como talleres específicos para familiares de enfermos con alzhéimer, Centros con asistentes espirituales profesionales, que trabajan interdisciplinarios y con competencias específicas. Son excepción en nuestro medio latino porque, no pocas personas, desgraciadamente, identifican la dimensión espiritual con la religiosa y, por lo mismo, la sitúan en un espacio no vinculado con la salud, relegado a la mera intimidad y, actualmente, en desuso creciente.

Hay botones de muestra que revelan que es cierto que la salud está vinculada con la espiritualidad y la religiosidad. Nos desafían a ver cómo esos mayores atendidos globalmente, viven con más experiencia de sentido, con menos aburrimiento, con mayor satisfacción de su vida vincular, con más confianza en su corazón y más recursos sociales (comunitarios-religiosos) que quienes no cultivan la espiritualidad y la religiosidad.

Profesionalidad y madurez

Soñamos con que también en nuestro entorno, haya suficientes personas que puedan vivir profesionalmente de su *expertís* en materia de espiritualidad. Solo una sociedad madura, una sanidad y unos servicios sociales humanizados, cuidarán la atención espiritual y religiosa con suficientes recursos especializados. Algunos países, particularmente Estados Unidos, Canadá, el mundo anglosajón tienen definidos los perfiles profesionales de estas personas que merecen ser contratadas en las Instituciones sanitarias y de servicios sociales para formar parte de los equipos multidisciplinares. Reconocen las competencias, la necesidad de un currículum ad hoc, la necesaria supervisión, el espacio riguroso que han de ocupar en los equipos y sus funciones y límites.

Baste pensar en el poder que tiene, a modo de ejemplo, una de las variables de la espiritualidad:

la esperanza. Sin ella no podemos vivir. Morimos desesperanzados. Sin ancla, sin agarradero, sin sentido, sin norte, la soledad existencial se hace sufrida, se vive a la intemperie, desamparado. Así están no pocos mayores en sus últimos años, por escasez o ausencia de acompañamiento humanizado que integre la dimensión espiritual de manera suficiente y profesional.

La humanización de la asistencia sanitaria, reclamada en cada vez más espacios, pasa también por el rescate debido de este espacio. Necesitamos estudios sobre lo espiritual y la salud. Necesitamos profesionales de la salud que no silencien esta necesidad detectada en las instituciones prestadoras de servicios sociales y sanitarios. Necesitamos incluir este foco en cualquier mirada de rigor sobre la traída y llevada humanización, para que esta no se quede en humo, en reivindicación exclusiva de lo emocional o del confort en los internamientos, sino engenuina mirada holística, como sanadores heridos que somos, unos y otros, profesionales, cuidadores, pacientes, mayores, dolientes...

España conserva en los hospitales públicos a los llamados Capellanes, sean presbíteros o asistentes espirituales laicos (religiosos o no). Reconoce el derecho a la asistencia espiritual y la necesidad de respetar de manera sagrada las creencias y recibir asistencia religiosa específica a demanda, en los momentos de internamiento hospitalario. Sin embargo, tenemos mucha necesidad de profesionalización, de supervisión, de cultivo de espacios de motivación y formación continua específica. Más intensa es esta necesidad en el mundo residencial, donde damos por sentado que los recursos limitados no alcanzan para ofrecer este servicio de calidad. Un desafío, un espacio para la esperanza.





NOTICIAS

La Asamblea Mundial de la Salud adopta un Acuerdo histórico para que el mundo sea más equitativo ante futuras pandemias

Ginebra: 15 de mayo de 2025

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han adoptado por consenso el primer [Acuerdo sobre Pandemias](#) a escala mundial. Esta decisión histórica de la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud es fruto de más de tres años de intensas negociaciones iniciadas por los gobiernos en respuesta a los efectos devastadores de la pandemia de COVID-19 y motivadas por el objetivo de lograr que el mundo sea más seguro y equitativo frente a futuras pandemias.



El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, señaló: “El mundo es hoy más seguro gracias al liderazgo, la colaboración y el compromiso de nuestros Estados Miembros al adoptar el histórico Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. Se trata de un triunfo para la salud pública, la ciencia y la acción multilateral. Merced al Acuerdo, podremos proteger mejor al mundo colectivamente frente a futuras amenazas pandémicas. La comunidad internacional reconoce así que nuestros ciudadanos, nuestras sociedades y nuestras economías no deben volver a quedar expuestos a sufrir pérdidas como las que se produjeron durante la pandemia de COVID-19”.

Acuerdo de la OMS sobre Pandemias establece los principios, enfoques e instrumentos necesarios para mejorar la coordinación internacional en una amplia gama de ámbitos, con el fin de consolidar la estructura mundial de la salud para la prevención, la preparación y la respuesta frente a las pandemias, lo que incluye el acceso equitativo y oportuno a vacunas, tratamientos y medios de diagnóstico.

La [resolución](#) relativa al Acuerdo de la OMS sobre Pandemias establece pasos para preparar la aplicación del Acuerdo, entre ellos la puesta en marcha de un proceso de redacción y negociación de un anexo al Acuerdo que establezca un sistema de acceso a patógenos y distribución de beneficios (PABS), a través de un grupo de trabajo intergubernamental. El resultado de este proceso se examinará en la Asamblea Mundial de la Salud del próximo año. Después de que la Asamblea adopte dicho anexo, el Acuerdo quedará abierto a la firma y al examen para su ratificación por parte de los órganos legislativos nacionales.



Según el Acuerdo, los fabricantes de medicamentos que participen en el sistema PABS tendrán el cometido fundamental, en lo que respecta al acceso equitativo y oportuno a los productos de salud relacionados con las pandemias, de facilitar a la OMS «un acceso rápido al 20 % de su producción en tiempo real de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas seguros, de calidad y eficaces contra el patógeno causante de la emergencia pandémica». La distribución de estos productos a los países se llevará a cabo en función de los riesgos para la salud pública y de las necesidades de esta, prestando especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.

Cristina Vilaplana

Jefa de la Unidad de Tuberculosis Experimental del Instituto de Investigación. Hospital Germans Trias i Pujol (IGTP-HUGTIP)

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis

Recientemente hemos publicado el artículo *“Descifrando el transcriptoma de la lesión tuberculosa humana y sus implicaciones clínicas”* (*“Unravelling the transcriptome of the human tuberculosis lesion and its clinical implications”*) en la prestigiosa revista *Nature Communications*. Este manuscrito describe el trabajo que hemos liderado desde la Unidad de Tuberculosis Experimental (UTE) del Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP) y del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Por primera vez, se correlaciona la transcriptómica de las lesiones pulmonares de tuberculosis humana con datos clínicos de los mismos pacientes.

La tuberculosis sigue siendo una enfermedad devastadora a nivel global. Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud, más de 10,8 millones de personas enfermaron de tuberculosis en 2023 y 1,25 millones murieron a causa de la enfermedad. A pesar de los avances logrados en diagnóstico y tratamiento en las últimas décadas, todavía existen importantes lagunas de conocimiento. Una de las más relevantes es el desconocimiento de la patofisiología de la lesión tuberculosa, también conocida como granuloma tuberculoso. Este ha sido precisamente el foco de nuestro trabajo, que culmina con la publicación de este artículo.



Mantenemos una colaboración de más de 10 años con el *National Center for Tuberculosis and Lung Diseases* (NCTLD) de Georgia, que nos permitió desarrollar un estudio clínico con recogida de muestras pulmonares de pacientes sometidos a cirugía por persistencia de lesiones, a pesar de haber completado correctamente el tratamiento y estar microbiológicamente curados.

Aplicando técnicas de RNA-seq a 44 muestras frescas de tejido lesional y tejido adyacente de pacientes con tuberculosis sensible y multirresistente a fármacos, sometidos a cirugía terapéutica, demostramos una clara diferenciación entre ambos tipos de tejido. En las lesiones observamos una elevada expresión de genes proinflamatorios. El análisis de redes de coexpresión génica ponderada (WGCNA) nos permitió identificar 17 módulos transcriptómicos diferenciados y describir un gradiente de abundancia de elementos relacionados con la respuesta inmune, en función de la localización dentro de la lesión.

Aunque la transcriptómica de las lesiones ya había sido estudiada anteriormente, este es el primer trabajo que asocia estos perfiles

Sigue en la página 12

moleculares con indicadores clínicos de los propios pacientes. Utilizando como variables clínicas un cuestionario validado de calidad de vida respiratoria (SGRQ) y la negativización del cultivo de esputo antes o después de los dos primeros meses de tratamiento, observamos que los pacientes con formas más graves de la enfermedad presentan lesiones más inflamadas, mientras que aquellos con mejor evolución clínica muestran perfiles compatibles con fases de reparación tisular.

Esto tiene dos implicaciones relevantes. En primer lugar, observamos que los pacientes con menor calidad de vida respiratoria justo antes de la cirugía presentaban lesiones con una respuesta inflamatoria más intensa, lo que confirma que la percepción clínica del malestar se refleja a nivel molecular.

En segundo lugar, los pacientes que negativizaron el cultivo de esputo más allá de los dos meses del inicio del tratamiento —un hecho ya asociado con peor pronóstico— mostraban también una mayor activación inmune en el tejido lesional cuatro meses después. Estos hallazgos abren la

puerta a estrategias terapéuticas personalizadas: si a los dos meses el paciente no ha eliminado el bacilo, podría ser necesario ajustar el tratamiento para modular la respuesta inflamatoria y prevenir una peor evolución clínica.

Este estudio, iniciado en 2016, ha dado lugar, además del artículo publicado, a una tesis doctoral y a numerosas comunicaciones orales y en formato póster en congresos nacionales e internacionales.

Por último, cabe destacar que este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración y financiación tanto nacional como internacional. Han participado investigadores de prestigiosas instituciones como el NCTLD (Georgia), el Francis Crick Institute, el Imperial College London, así como de otros centros biomédicos nacionales e internacionales. La investigación ha contado con el apoyo económico del Instituto de Salud Carlos III, la Comisión Europea, AGAUR, SEPAR, Wellcome Trust, Medical Research Foundation, NIHR, NC3Rs y de dos programas del CIBER: CIBERES y CIBEREHD.

Fuente artículo: Fonseca, K.L., Lozano, J.J., Despuig, A. et al. *Unravelling the transcriptome of the human tuberculosis lesion and its clinical implications*. *Nat Commun* 16, 5028 (2025). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-025-60255-w>



Unidad de Tuberculosis Experimental (UTE) del Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP) y del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Equipo: Cristina Vilaplana Massagué; Pere-Joan Cardona Iglesias; Jordi Bechini Bernard; Laura Villegas Bullón; Lilibeth Arias De la Cruz; Ricardo Pérez Andrés; Montserrat Tenesa Bordas; Silvia Roure Díez; Kaory Levy Da Fonseca; Marta Arch Sisquella; Nino Gogichadze; Arantxa Romero Tamarit; Pablo Soldevilla Lax; María Vidal Ramos; Arnau Sàgrera Ayala; Miquel De Homdedeu Cortes; Diego Aznar

Zaida Herrador Ortiz

Responsable de la vigilancia
de la tuberculosis en el
Centro Nacional de Epidemiología.
Instituto Carlos III

Últimos datos de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en España 2023

En España, la tuberculosis (TB) respiratoria es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) desde principios del siglo XX. La Red nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se creó en 1995 añadiéndose la declaración de meningitis tuberculosa y estableciéndose la declaración individualizada con una encuesta epidemiológica. Posteriormente se desarrollaron los protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria y la normativa específica de las 17 comunidades y las 2 ciudades autónomas (CC.AA.). En el año 2004 se amplió la definición de caso para incluir todas las formas de tuberculosis de acuerdo con las recomendaciones europeas. A continuación, revisamos los resultados de la vigilancia de la TB para 2023, último año para el que contamos con datos consolidados.

Características de los casos autóctonos de TB notificados en 2023 en España

En el año 2023 se notificaron 4207 casos de TB de los que 263 (6,3 % del total) fueron importados. El porcentaje de casos notificados como importados aumentó ligeramente respecto al año anterior (6,3 % en 2023 frente a 5,6 % en 2022). De los 3944 casos autóctonos (en 2022 fueron 3637), 2575 casos eran hombres (65,3 %) con una razón hombre/mujer de 1,9. La media de edad fue de 48,1 años (RIC:33-62) en hombres y de 46,4 (RIC:30-64) en mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 15-44 años.



La localización de la enfermedad más frecuente fue la pulmonar (n=2721, 69 % del total, porcentaje superior al de los años previos), seguida de linfática (n=336, 8,5 %) y pleural (n=292, 7,4 %). Respecto a la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en el año 2023 tenemos información sobre la realización de la prueba del VIH en el 89,5 % de los registros (n=3528). De estos casos, se realizó la prueba del VIH en el 76,9 % (en el 12,6 % consta como no realizada) (Tabla 1).

Los porcentajes de casos de TB con coinfección VIH se han mantenido relativamente estables a lo largo del periodo 2015-2023, con una subida de los negativos en los últimos 3 años, aunque esta información hay que interpretarla con cautela, ya que el porcentaje de casos en los que no se realiza la prueba del VIH muestra una tendencia desigual y supone un porcentaje no desdeñable.

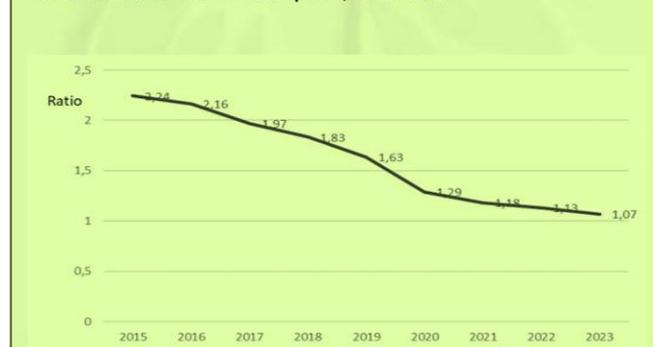
En general, estas características fueron similares a las de años previos respecto a la distribución por sexo y grupo de edad, aunque si miramos el periodo 2015-2023, se identificaron ciertos cambios de patrones; ha aumentado la ratio hombre/mujer (1,9) especialmente en edades

medias de la vida. En los países de la Unión Europea/Área Económica Europea (UE/EEA), y según los últimos datos disponibles (2022), el número de casos de TB en hombres es aproximadamente el doble que el de mujeres y en las tasas de notificación estas diferencias parecen ser más significativas entre los adultos de mediana edad y mayores. Esta diferencia por sexo en la notificación de casos de TB refleja muy probablemente la sobrerrepresentación de los varones en los diversos grupos de riesgo de TB, especialmente las personas sin hogar, los presos, los trabajadores migrantes estacionales y las personas que viven con el VIH⁽¹⁾. Respecto a la localización de la enfermedad, el ligero aumento de casos observado en 2023 respecto a los tres años previos se produjo fundamentalmente a expensas de las formas pulmonares, lo que tiene importantes implicaciones a nivel de salud pública por el mayor riesgo de transmisión de la TB. Respecto a los grupos de especial vulnerabilidad, en 2023 se notificaron 210 casos en menores de 15 años (92 en menores de 5 años y 118 en el grupo de 5 a 14 años), lo que también representa un incremento respecto al año anterior 2022, cuando se notificaron 196 casos de TB pediátrica. Respecto al país de nacimiento, llama la atención que de los registros que contaban con esta información (el 88,4 % de los casos declarados en 2023) tenían información, el 48,3 % (n= 1686) nacieron en un país diferente de España. La ratio de nacidos en España/ nacidos en otro país en 2023 fue de 1,1 (en 2015 fue de 2,2). Entre los años 2015 y 2023, esta ratio ha ido disminuyendo de forma constante y significativa (**Figura 1**), lo que nos habla de un cambio significativo en el perfil de los casos de TB en nuestro país. De manera similar, en los países UE/EEA, se ha observado un incremento en el porcentaje de casos notificados en pacientes nacidos en un país distinto al declarante, alcanzando el 33,3 % del total según el último informe del European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) de 2022⁽¹⁾. Además, los casos nacidos fuera de España presentan un perfil más joven respecto a los nacidos en España.

Tabla 1: Número y porcentajes variables estudiadas: 2023

Variables		n	%
Sexo	Mujer	1369	34,7
	Hombre	2575	65,3
Grupo de edad	0-14	210	5,3
	15-44	1587	40,2
	45-64	1.246	31,6
	>=65	901	22,9
País de nacimiento	España	1802	45,7
	Otro	1686	42,7
	Desconocido	456	11,6
Localización anatómica	Pulmonar	2721	69
	Meníngicas	27	0,7
	Otras	1035	26,2
	Desconocida	161	4,1
Estatus VIH	Negativo	2803	71,1
	Positivo	229	5,8
	No realizado	496	12,6
	Desconocido	416	10,5
Resultados tratamiento	Satisfactorio	1866	47,3
	Defunción	241	6,1
	Otra	266	6,8
	Desconocido	1.571	39,8

Figura 1 Ratio de casos de tuberculosis nacidos en España frente a nacidos fuera de España, 2015-2023



Sigue en la página 15

Respecto a la mortalidad, en 2023 se registraron 241 defunciones a lo largo de 2023 con una mortalidad de 0,50 por 100 000 habitantes, claramente superior en hombres respecto a mujeres (3,4 veces superior). La letalidad fue del 8,1 % (9,6 % en hombres y 5,4 % en mujeres). Estas cifras no representan una variación significativa respecto a años anteriores.

La información con la que contamos en SIVIES sobre la ocurrencia de formas multirresistentes de TB sigue siendo limitada (en 2023 sólo se registró en el 54,2 % de los casos notificados), aunque ha ido mejorando en los últimos tres años, lo que nos ha permitido por primera vez publicar información al respecto. En 2023 se notificaron 52 casos con resistencia a rifampicina (RR-TB) y 36 casos multirresistentes. De estos 36, 33 fueron tuberculosis pulmonares, 2 pleurales y 1 caso estaba categorizado como otra localización. Por sexo, 25 casos fueron hombres y 11 mujeres. Trece casos tenían menos de 35 años. De los 36, había información sobre el país de nacimiento en 33 casos: 11 eran nacidos en España. Respecto a los dos años previos, se observa un ligero incremento en el porcentaje de casos con algún tipo de resistencia, aunque esta información hay que interpretarla con cautela, ya que la exhaustividad en la recogida de la información aun muestra un amplio margen de mejora (Tabla 2).

Tabla 2. Casos declarados con resistencia a antituberculosstáticos, España, 2021-2023

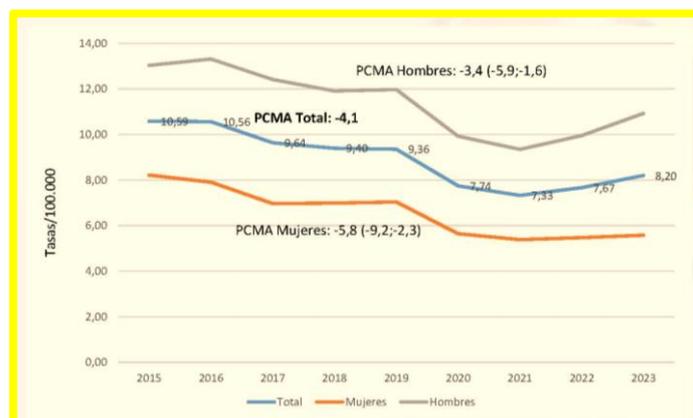
Resistencia a antituberculosstáticos		2021	2022	2023
Casos con resultados de resistencia	n	1715	2190	2137
	%	46,96	60,21	54,18
RR-TB	n	30	48	52
	%	1,75	2,19	2,43
MDR	n	22	28	36
	%	1,28	1,28	1,68

RR-TB: Resistentes a rifampicina; MDR: Resistentes al menos a rifampicina e isoniacida

Evolución temporal de los casos de TB notificados en España

La tasa de notificación (TN) de casos autóctonos (n=3944) fue de 8,2 por 100 000 habitantes, con un aumento del 7 % respecto a la TN de 2022 (3637 casos y TN=7,7) y un descenso del 22,5 % respecto a 2015 (4913 casos y TN=10,59). Para el periodo 2015-2023, el porcentaje de cambio medio anual (PCMA) ha sido de -4,1 %, superior en mujeres que en hombres (PCMA mujeres: -5,8; PCMA hombres: -3,4). Esta tasa de notificación sigue situando a España entre los países de baja incidencia a nivel mundial y en la Unión Europea, aunque se identifica un cambio de tendencia a partir de 2021, aunque sin llegar a niveles pre-pandémicos (en 2019, tasa de notificación fue de 9,5 por 100 000 habitantes). Este descenso global afecta, en distinta medida, a todas las comunidades autónomas (CCAA), a excepción de Melilla, Castilla-La Mancha y Extremadura. Estos cambios en las tasas podrían explicarse por diversas razones e interpretarse con cautela, dado que las acciones implementadas para controlar la pandemia de COVID-19 han afectado a los servicios de vigilancia en todas las CC.AA., así como la presión adicional sobre los sistemas de salud con la reducción en diagnósticos y tratamientos, y las limitaciones en la movilidad y el aislamiento social de la población ^(1,2).

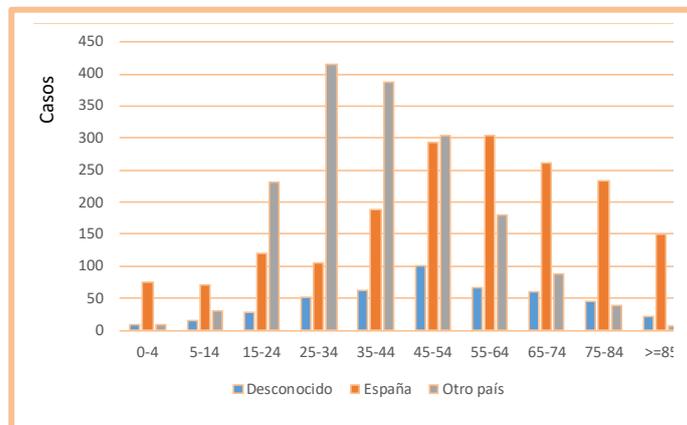
Figura 3. Evolución temporal de las tasas de notificación de la tuberculosis para el periodo 2015 a 2023 según sexo



Sigue en la página 16

En relación a las tasas específicas por edad y sexo, las tasas más elevadas en 2023 correspondieron a los grupos de edad entre 25 y 34 años (TN=7,99) y 85 o más años (7,07) en las mujeres y los mayores de 85 años (18,65) y aquellos con edades comprendidas entre los 75 y los 84 (14,23) en el caso de los hombres. La TN en menores de 15 años aumentó ligeramente, respecto al año anterior (TN=3,2 en 2023 frente a TN= 3 en 2022). Como puede observarse en la figura 3, esta distribución por sexo y grupo de edad puede estar relacionada con el cambio de perfil en los casos y el aumento de casos en población nacida fuera de España, con mayor representación de hombres jóvenes en edad activa.

Figura 4. Casos de tuberculosis según grupo edad y país de nacimiento. España 2023



Conclusión

La TB es una de las enfermedades que requieren más esfuerzo por parte de las CC. AA. para su vigilancia epidemiológica, más si tenemos en cuenta el cambio en los perfiles y el aumento de casos en grupos de poblaciones más vulnerables. La calidad de los datos depende de su actualización a partir de diversas bases y fuentes de información y del seguimiento de la información de los pacientes en el tiempo. En el nivel nacional se observa una baja exhaustividad en la cumplimentación de la información en algunas variables y datos incongruentes difíciles de interpretar que limitan el análisis de los datos. La calidad de los datos está estrechamente relacionada con la depuración de las bases de datos en el nivel autonómico antes de su carga en la base nacional, pero también de que los protocolos adolecen de criterios detallados para la declaración de algunas variables, lo que va en detrimento de la homogeneidad entre las CC. AA. a la hora de cumplimentar la información de los casos notificados. No obstante, en 2023 ha habido cierta mejora en la exhaustividad de la información para la mayoría de CC. AA., y se espera que, con la inversión realizada en los sistemas de información, esta mejora continúe en los próximos años. Asimismo, tanto el protocolo de vigilancia como el Plan Nacional para la Prevención y el Control de la Tuberculosis están actualmente en revisión, lo que esperamos que se traduzca en una mejora de la notificación para que la vigilancia sirva para su fin básico: información para la acción.

Referencias

- Centro Nacional de Epidemiología. Informes de Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis. <https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/tuberculosis>
- European Centre for Disease Prevention and Control., World Health Organization. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2024: 2022 data. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/44801>
- Global Tuberculosis Report 2024 [Internet]. [citado 19 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://dev-cms.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
- Tuberculosis - Annual Epidemiological Report for 2022 [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-annual-epidemiological-report-20225>.
- World Health Assembly 67. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. 2014 [citado 12 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/162760>
- Resumen_PlanTB2019.pdf [Internet]. [citado 19 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/Resumen_PlanTB2019.pdf9.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 2210/1995 ene 24, 1996 p. 2153-8. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/12/28/2210>
- Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ponencia de Vigilancia Epidemiológica: 9 de abril de 2013. Comisión de salud Pública: 19 de junio de 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: 23 de julio de 2013 [Internet]. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III; 2015 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/5345>

NOTICIAS



4ª Conferencia Internacional Sobre Financiación para el Desarrollo (FfD4)

Se celebró del 30 de junio al 3 de julio de 2025 en Sevilla. La misma brinda una oportunidad para reformar la financiación a todos los niveles y representa un espacio en el que los líderes de gobiernos, organizaciones internacionales, instituciones financieras, empresas, sociedad civil y el Sistema de las Naciones Unidas se unen al más alto nivel, fomentando una cooperación internacional más sólida: Reunió a más de 60 mandatarios, más de 200 delegaciones y se celebraron cerca de 400 actos. El plenario aprobará el **Compromiso de Sevilla**, previo acuerdo, un nuevo marco para movilizar más financiación y hacerla más justa y eficiente.



En este contexto, la Cuarta Conferencia sobre Financiación para el Desarrollo (FfD4) elabora lo que se presenta como una oportunidad histórica para transformar esta realidad. Se trata de mucho más que una cumbre financiera: es un momento decisivo para garantizar que los derechos de la infancia y la juventud estén en el centro de la arquitectura económica global.

Propuestas de las cinco prioridades para garantizar un futuro digno para la infancia

1 Que la financiación ponga a la infancia en el centro: Es imprescindible consolidar sistemas públicos de salud, educación y protección social, inclusivos, equitativos y de calidad, lo más universales posibles. Implica asegurar que estas inversiones lleguen de forma prioritaria a servicios y entornos que afectan directamente su bienestar y desarrollo, como la atención a la primera infancia, la protección frente a la violencia o el acceso efectivo a servicios básicos en comunidades vulnerables. Para ello, se requiere una descentralización fiscal real, que garantice recursos adecuados allí donde más se necesitan. El gasto social no puede depender del ciclo económico: debe ser previsible, sostenido y blindado ante los recortes.

2 La deuda no puede estar por encima de la infancia: Uno de cada ocho países gasta más en pagar su deuda que en proteger a su infancia. Proponemos soluciones concretas y que redunden en cancelar deudas, como mecanismos de alivio que permitan a los países invertir en el desarrollo infantil. La deuda no puede seguir comprometiendo el presente ni el futuro de niñas y niños.

3 Recuperar y aumentar la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD): En un momento en el que la AOD cae drásticamente, urge renovar los compromisos internacionales, empezando por el histórico 0,7 % del PIB. Si la AOD se plantea bien, en términos de cantidad y de calidad, desde una mirada de justicia global, protege a las personas y al planeta, salva vidas y garantiza derechos humanos y acceso a servicios básicos, en especial en contextos humanitarios y de extrema pobreza.

4 Una cumbre con participación de niños, niñas y adolescentes: La FfD4 debe ser una plataforma democrática, transparente y transformadora, en la que los niños, niñas y jóvenes participen activamente en la toma de decisiones. Su liderazgo debe ser escuchado y reflejado en los acuerdos finales. Además, se necesita revisar la gobernanza de las instituciones financieras internacionales y promover una nueva arquitectura financiera democrática, inclusiva, ecológica y centrada en derechos humanos.

5 Un pacto intergeneracional para proteger a la infancia y al planeta: La financiación para el desarrollo debe responder a los desafíos del siglo XXI: crisis climática, desigualdades diversas y extremas, hambre, conflictos prolongados y migraciones forzadas. Exige integrar la protección de la infancia en las estrategias de adaptación climática, aumentar la transparencia, combatir la evasión fiscal, garantizar políticas y presupuestos públicos sensibles a edad y género.

ORGANIZACIONES FIRMANTES: Coordinadora de ONG para el Desarrollo – Educo – Plan International – Plataforma de Infancia – Save the Children – Tierra de Hombres España – UNICEF España – World Vision

CINEFÓRUM SOLIDARIO



Cinefórum Solidario es una actividad dirigida a colectivos que requieren una especial atención sanitaria o formación respecto a la prevención de epidemias. Información que se divulga mediante la proyección de audiovisuales y la dinamización del debate con los asistentes. Hemos visitado durante toda la campaña desde el inicio de la actividad de la **Red TBS-Stop Epidemias** más de dos centenares de instituciones sociosanitarias como: centros penitenciarios, centros de atención a drogodependientes, albergues para inmigrantes y de acogida de refugiados, de atención sanitaria... Cada sesión de esta actividad dura unas dos horas y el número de asistentes varía entre treinta y trescientos asistentes. Antes de iniciar la función se entrega un programa impreso con recomendaciones en prevención y tratamiento. También hemos realizado un centenar de actividades en universidades mediante una actividad similar que denominamos **Cinefórum Consciente** y que presentamos a los estudiantes en las universidades del país. La ponencia y conducción del debate la realiza Javier García Pérez, secretario general del Comité Científico de nuestra Red.



Cinefórum solidario



También realizamos la actividad **Cine y Tuberculosis** que propone acercarnos a esta patología a través de cineastas preocupados por los temas sociales y la repercusión sanitaria de la tuberculosis a través de los tiempos. Se estructura con fragmentos de más de un centenar de películas que ilustran mediante la ficción esta realidad sanitaria en sus aspectos clínicos y sociológicos.



Sigue en la página 19

CINEFÓRUM SOLIDARIO

La última actividad realizada fue en el Centro Penitenciario Acebuche, en Almería. Y le hemos solicitado un informe sobre esta institución al director del Centro Penitenciario, D. Nahum Álvarez Borja y al subdirector médico, Dr. Juan Martínez Pérez, quienes nos remitieron el texto que sigue.

EL CENTRO PENITENCIARIO EL ACEBUCHÉ-ALMERÍA

En julio de 1986 se inauguró el Centro Penitenciario de el Acebuche entonces bajo la estela de un centro de máxima seguridad que sustituía al obsoleto centro sito en la ciudad de Almería que se construyó tras la Guerra Civil. El establecimiento se encuentra a 16 kilómetros del casco urbano cerca del núcleo urbano de Retamar. Hoy en día es un centro de los que se denomina polivalente, es decir un centro de régimen ordinario que acoge a hombres y mujeres, penados y preventivos. En 2019 se abrió el centro de Inserción Social (CIS) dependiente de el Acebuche Manuel Perez Ortega para intern@s en régimen abierto, las instalaciones llevaban ya varios años terminadas. A pesar de los años transcurrido desde su apertura el centro se conserva razonablemente bien, se han construido nuevos módulos y adecentados otras instalaciones como el campo deportivo. A fecha de hoy, estas son las cifras: en régimen ordinario 776 internos, de ellos 52 mujeres, en el CIS residen 118 personas, tienen instalados medios telemático y controlados por esta vía 81 personas y 135 se encuentran en libertad condicional. Además, desde el centro penitenciario se lleva el control de personas no privada de libertad pero que cumplen otras condenas, como trabajo en beneficio de la comunidad o suspensiones de condena.

Como marca nuestra legislación el fin de la privación de libertad es la reeducación y reinserción social. Con nuestros recursos se intenta que la vida en prisión sea lo más llevadera posible. Se nos encomienda una tarea casi imposible de cumplir, enseñar a vivir en libertad a personas que están privada de ella. Esto solo es posible si aunamos esfuerzos la administración penitenciaria y la sociedad en general a través de las distintas organizaciones que colaboran para que podamos cumplir ese mandato legal. Son muchas las organizaciones que están colaborando con la institución. Nuestro sistema penitenciario es un sistema abierto que facilite a los privados de libertad el contacto con el exterior a través de múltiples formas de comunicación, permisos, régimen abierto, colaboraciones externas. De esta manera se va facilitando e la preparación para su salida en libertad y reinserción. En el ámbito de este centro se desarrollan infinidad de actividades y talleres de toda índole, culturales, formativos, deportivos, recreativos. Entre todos ellos debemos destacar la actividad educativa a través del centro permanente de adultos Retamar, casi la mitad de los reclusos participan de esta actividad escolar, cursos que van desde la alfabetización, español para extranjeros, hasta estudios universitarios. Esta actividad es fundamental, aprovechar la privación de libertad para formarse, recuperar o iniciar esa andadura formativa que seguramente en libertad no hubieran iniciado. También incidimos en mejorar la salud psico-social de las personas con cualquier tipo de adicción, para ello hay un departamento específico de carácter mixto, la Unidad Terapéutica-Educativa, que trata esta problemática desde una dimensión global. Otra de las actuaciones importantes va dirigidas a hombres que han cometido delitos específicos, como son los de violencia de género o las agresiones sexuales, el objetivo de los programas que tienen un eminente carácter terapéutico es evitar la reincidencia en esta conducta delictiva.

Todas estas actuaciones no podrían llevarse a cabo sin el elenco de personal penitenciario de este centro, en torno a 400 personas, desde Funcionari@s de servicio interior que tienen un contacto estrecho y diario con la población reclusa, pasando por distintos profesionales del área de tratamiento (psicólogo, jurista, educadores, trabajadores sociales) y el equipo sanitario/médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería). Los profesionales penitenciarios juntamente con entidades colaboradoras hacen que la situación tan antinatural, como es la privación de libertad, pueda hacerse más llevadera y comparativamente con otros sistemas penitenciarios podemos estar bastante satisfechos con el de nuestro país.

Sigue en la página 20

CINEFÓRUM SOLIDARIO en el Centro Penitenciario Acebuche-Almería



Dr. Juan Martínez Pérez, subdirector Médico del Centro Penitenciario Acebuche – Almería. Dr. Javier García Pérez, secretario general del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias. D.ª Rosario Martínez Martínez, directora del Centro de Educación Permanente Retamar.



Dr. Juan Martínez Pérez, subdirector Médico del Centro Penitenciario Acebuche – Almería. Dr. Javier García Pérez, secretario general del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias. Mario Braier, coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias. Joaquín Rodrigo Poch, director general de Sandoz España y Portugal, y presidente de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares.



NOTICIAS



3

La Red TBS-Stop Epidemias recibe el Premio Humanizar en la categoría Divulgación, otorgado por el Centro de Humanización de la Salud San Camilo, en su décima edición

El Centro de Humanización de la Salud San Camilo ha celebrado la décima edición de los Premios Humanizar, unos galardones que reconocen trayectorias personales, proyectos y entidades comprometidas con una atención sanitaria más compasiva, respetuosa y centrada en la dignidad humana. En la categoría de Divulgación, uno de los reconocimientos ha recaído en el periodista e investigador Mario Braier, premiado por su liderazgo en la Red TBS Stop Epidemias.

Enmarcado dentro de las [XXX Jornadas de Humanización de la Salud](#), la décima edición de los Premios Humanizar han distinguido en la categoría de Entidades a la **Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y la Asociación de Parkinson Madrid**. En la categoría de Personas, han sido reconocidos **Joaquín García Roca, Claudia Tecglen y José Luis Segovia**. Mientras que, en la categoría de Divulgación, los galardones han recaído en **Mario Braier, la Fundación Sandra Ibarra y el proyecto “En ruta por la Salud” de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios**.



El **Centro San Camilo** recibe su nombre de san Camilo de Lellis, fundador de la Orden de Ministros de los Enfermos (religiosos Camilos). El Centro se creó en Tres Cantos en 1983 para atender las necesidades de la sociedad actual y plasmar en él los valores e ideales de su fundador, compartirlos con las personas que colaboran con el proyecto para generar una cultura de la humanización de la salud a través de la investigación, más de 200 publicaciones propias y la revista HUMANIZAR. Además de funcionar como centro asistencial ofreciendo un servicio de cuidados basado en la atención integral a la persona e intervención en el mundo de la salud con Residencia de Mayores, Centro de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio, Unidad de Cuidados Paliativos, Equipo de Atención Psicosocial y Centro de Escucha. También es un centro para la formación especializada en la Humanización de la Salud ofreciendo Formación Profesional, posgrados, cursos, seminarios, voluntariado... Su lema es: **Cuidar y enseñar a cuidar con más corazón en las manos**.



Julio Ancochea y Mario Braier

A **Mario Braier**, como coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias le ha sido entregado el **Premio Humanizar** “por su liderazgo y compromiso en la Red TBS-Stop Epidemias, promoviendo la colaboración, la memoria colectiva y la esperanza como herramientas esenciales para afrontar los grandes desafíos sanitarios de nuestro tiempo”.

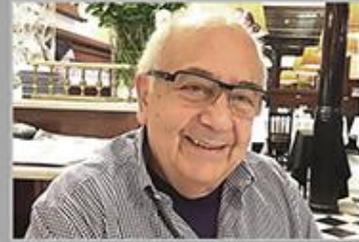
Todos los premiados en esta décima edición se suman a la lista de premiados de los últimos diez años, entre los que figuran: Open Arms, Fundación Once, Asociación Proyecto Hombre, Juan Carlos Unzué, Albert Jovell, Federación Española de Diabetes, Julio Ancochea Bermúdez, Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo...

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 Iberolatinoamericana en Neumología y Cirugía Torácica. Y es Miembro de honor de las Sociedades de Neumología y Cirugía Torácica de Argentina; y la Confederación Centroamericana del Caribe, Perú, Bolivia y Venezuela.



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

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



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

REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD

SANIDAD SIN FRONTERAS

Memorias y Newsletter son publicaciones de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Edición 55 y 85 - 05.07.25

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

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

www.redtbs.org

