

Newsletter Red TBS informa

EDITORIAL

Un sol de justicia

El calor extremo se ha convertido este año en una emergencia de salud pública. Más que nunca, el termómetro amenaza a Europa y las altas temperaturas en verano ya no son un acontecimiento puntual. Hemos de asumir que los efectos del cambio climático ya están aquí, aunque haya quien sigue negándolo. Las olas de calor extremas en nuestro medio ya no son un fenómeno excepcional, sino una muestra del nuevo escenario. Se estima que esta ola de calor en Europa ha provocado más de 4000 muertes (cifras provisionales), sin contabilizar las desgraciadamente producidas por los incendios que lamentablemente asolan nuestro entorno y ello sin calcular los efectos que el humo de los incendios puede tener sobre la salud respiratoria y cardiovascular de las personas; todo ello es fruto de este calor infernal ¿Podemos considerar todo ello una epidemia originada por el calor? ¿Podemos definirla así ya que causa tantas muertes en un continente que

Sigue en la página 3

SUMARIO

Editorial: Un sol de justicia	1
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	2
In memoriam de José Morera Prat	6
Nuevos tratamientos acortados para TB sensible y resistente: avances y retos en la implementación de las pautas OMS	7
Xavier Martínez Lacasa	
Noticias 1: Cruz Roja: Informe Mundial sobre Desastres 2026	12
Periodismo sanitario: rigor y pasión	13
Alipio Gutiérrez Sánchez	
Noticias 2: Palabras para Raúl Villar, exrector de la UAM	16
¿Por qué una Fundación sobre Tuberculosis?	17
Joan Artur Caylà Buqueras	
Noticias 3: Se celebra la 30ª edición del Premio Internacional Fair Play Menarini	20
Noticias 4: Rosa María Calaf es Premio Nacional de TV 2026	21
Consejo Editorial	22
Entidades adheridas, Consejo Institucional y Comités de la Red TBS-Stop Epidemias	24

A lo largo de nuestra campaña, la Red TBS-Stop Epidemias recibió diversos premios por su labor: Diario Médico a las “Mejores ideas”. NeumoMadrid por ser un “Programa de Intervención dirigido a pacientes y/o familiares”. El Foro de Premios Albert Jovell, “A la organización sin ánimo de lucro con proyectos centrados en los pacientes”. El Centro de Humanización de la Salud San Camilo, el “Premio Humanizar en la categoría de Divulgación” a Mario Braier, coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior nos concedió la Medalla de Plata “al Mérito Social Penitenciario”, distinción que se otorgó “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”. Y Cruz Roja Española premió con la Medalla de Oro a nuestro presidente del Comité Científico, Julio Ancochea, “por su excelencia científica y su implicación social y humanitaria”.



REDTBS] STOP EPIDEMIAS

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

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias



Entidades que adhieren a la Red TBS-Stop Epidemias



Empresas que patrocinan a la Red TBS-Stop Epidemias



no es tropical? ¿Debemos revisar los conceptos de epidemias y pandemias asociadas a la nueva realidad circundante del mundo actual?

Según los datos del Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo), del Instituto de Salud Carlos III, al menos se han producido en nuestro país 1028 fallecimientos atribuibles al calor extremo en la actual temporada estival. La Organización Meteorológica Mundial (OMM) advierte que episodios como los registrados este verano son coherentes con el calentamiento global y recuerda que el continente europeo es el lugar del planeta que se calienta más rápidamente. La evidencia científica nos dice que las olas de calor en nuestro continente son cada vez más frecuentes, que tienen una intensidad mayor y duran más tiempo; y deberíamos destacar que todo esto está provocado en gran medida por la actividad humana. Las altas temperaturas actuales ya son recurrentes y los veranos lo atestiguan de manera contundente.

En el mundo, el cambio climático ha provocado un incremento medio de 1,4 grados desde el año 1900. En el caso del continente europeo eleva la cifra a 2,5 grados y aún no se ha evaluado detalladamente los efectos del aumento de la temperatura de las aguas mediterráneas o las consecuencias prolongadas sobre la agricultura, la ganadería y la pesca, por no señalar también la afectación sobre los animales en general. Baste con ver cómo sufren nuestras mascotas en casa como para tener certeza directa de lo que está sucediendo.

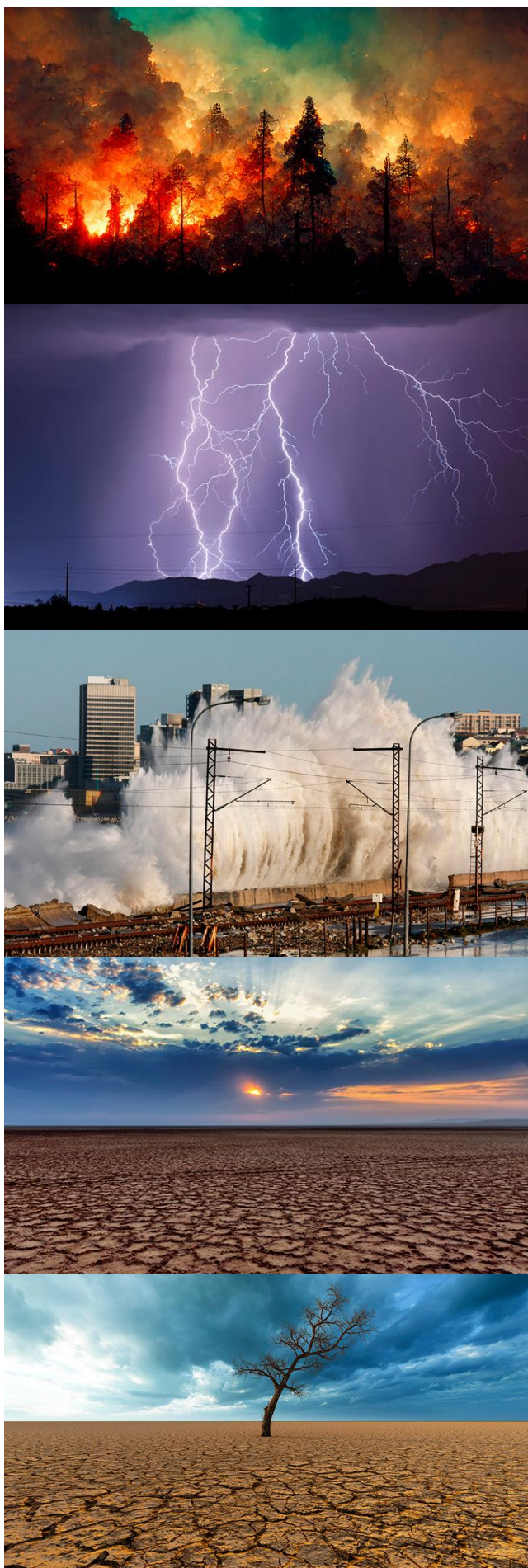
Sin duda la propuesta de una *One Health* (Una Sola Salud) liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Sanidad Animal (WOAH) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), es un enfoque estratégico que reconoce que la salud humana, animal y medioambiental está profundamente interconectada y requiere de manera urgente la colaboración interdisciplinaria de médicos, veterinarios, ecólogos... E Interrelacionar la medicina humana, veterinaria y ciencias ambientales para compartir datos y luchar contra los nuevos desafíos sanitarios es ya una necesidad de urgente implementación.

Los datos del Servicio de Cambio Climático del programa de observación y monitorización de la Tierra de la Unión Europea (UE) Copernicus, señala que la temperatura media de la superficie del mar durante el mes de junio ha alcanzado un récord histórico superando el máximo registrado en años anteriores. El calentamiento de los océanos y el fenómeno de El Niño en el Pacífico ecuatorial, aumentan las masas de aire cálido que afectan a toda Europa Occidental.

La OMS se pronunció al respecto y advierte que el calor de estos días es solo un “ensayo general” de las situaciones que en el futuro se multiplicarán. Su director regional en Europa, Hans Henri P. Kluge, ha señalado que “Europa”

Sigue en la página 4





se calienta más del doble que la media mundial. Las olas de calor ya no son eventos puntuales, sino crisis recurrentes que se hacen más frecuentes, intensas y prolongadas". Y describe así la situación: "en toda Europa, ahora mismo, la gente tiene dificultades para dormir. Las Urgencias se están llenando y los servicios de ambulancia baten récords. Cada verano en el que no nos preparamos, es un verano en el que pagamos con vidas". La mortalidad por calor es más elevada entre las personas mayores o con factores de riesgo y enfermedades crónicas. Las autoridades sanitarias de varios países anticipan que el número de fallecimientos pueda doblarse en esos colectivos a medida que vaya aumentando la temperatura y es fruto de este cambio climático que nosotros mismos hemos provocado.

Las propuestas de la OMS son consejos prácticos que implican mantener persianas y cortinas cerradas durante el día, ventilar de noche, beber agua a menudo, evitar el sol al mediodía y comprobar el estado de vecinos y familiares mayores. "Una llamada no cuesta nada y puede salvar una vida", manifiesta la organización. Para nosotros, la Red TBS-Stop Epidemias, el ejercicio de la empatía es el paso imprescindible para la colaboración desinteresada hacia quienes lo necesitan y se define como solidaridad. Es indudable que los colectivos menos favorecidos que viven en las ciudades rodeados de cemento y en viviendas con un precario aislamiento térmico serán especialmente afectados.

El impacto térmico en el medio ambiente, además de elevar el número de muertes relacionadas con el calor, ya generó sequías en diversas zonas del continente que han incrementado los incendios forestales, especialmente en Francia y España, donde las últimas semanas seguimos con preocupación su evolución. Además, las inesperadas tormentas localmente violentas es un plus agregado a esta situación meteorológica. Si analizamos estos dos países, Francia ha registrado una temperatura media nacional récord de 30 grados y máximas de 43,8; y en España varias localidades han superado los 40 grados, con 44,7 grados en algunos lugares.

La OMS estima que más de 200 000 personas han muerto en Europa por causas relacionadas con el calor en los últimos cuatro años. También a escala mundial, la OMM calcula en 489 000 las defunciones atribuibles a las altas temperaturas en 20 años, del 2000 al 2019.

Si bien el calor intenso afecta a todos, no hay duda de que los colectivos más vulnerables como lo son los mayores, niños, embarazadas, trabajadores expuestos al sol, sobre todo de mediodía, las personas que sufren enfermedades crónicas o las que sobrellevan el sinhogarismo son las víctimas más afectadas por esta nueva realidad climática. Es urgente replantear el concepto de "pobreza energética" y disponer de un bono climático en el verano además del bono social eléctrico de invierno. Muchos hogares

Sigue en la página 5

necesitan ayudas para una refrigeración eficiente, ventiladores, aislamiento, toldos, persianas, rehabilitación y subvenciones para el recibo de la luz en episodios extremos. Los refugios climáticos deben ser una de las prioridades que las administraciones se deberían plantear. Es necesario adaptar los hospitales, las residencias de ancianos y las escuelas, que ya deberían tener un plan de climatización, tanto para el verano como para el invierno. Las administraciones públicas deberían estar preparando planes urbanísticos rediseñando lugares en las ciudades con más arboleda, zonas de sombra, agua, pavimentos fríos, cubiertas verdes, patios escolares protegidos, sustitución del asfalto..., más allá de los toldos que se suelen colocar en algunas zonas peatonales que son un precario paliativo. Resulta obvio que la prioridad debería de ser los barrios más modestos y densos.

Lastemperaturas nocturnas, cuando no bajan de 20 grados, según la OMM y la OMS, son un indicador para evaluar el riesgo sanitario. Los datos de la OMM reflejan récords de temperatura en varios países que históricamente tienen temperaturas bajas como Dinamarca que ha registrado su máximo histórico con 37 grados o los Países Bajos que han llegado a los 39,4 y Suiza que alcanzó los 39 grados.

Ante este escenario, las Naciones Unidas han actualizado las guías internacionales de actuación ante el calor extremo y reclaman reforzar los sistemas de alerta temprana, la planificación sanitaria y las medidas de protección para reducir el impacto sobre la población, las infraestructuras y los ecosistemas. También el Centro Europeo de Predicción Meteorológica a Plazo Medio (CEPMMPM), advierte de la persistencia de oleadas de calor cada vez más intensas, de océanos cálidos y riesgos crecientes para las personas, ecosistemas e infraestructuras, tanto en la UE como en el resto del mundo.

En España, el Ministerio de Sanidad estima en 27564 las muertes atribuibles a las altas temperaturas entre 2015 y 2025, una mortalidad que sube entre un 9,1 % y un 10,7 % por cada grado por encima del umbral de riesgo.

Las olas de calor deben entrar en la política sanitaria con la implementación de medidas preventivas y campañas de concienciación de Salud Pública interactuando con los servicios sociales, ayuntamientos y protección civil y oenegés. Combatir el cambio climático no es una cuestión a futuro como lo era hace una década, ya está aquí y hay que establecer con urgencia estrategias para resguardarse de las elevadas temperaturas y proteger a las personas, los animales y el equilibrio medioambiental sin el cual no podemos asegurar un futuro de supervivencia para el planeta Tierra. El calor debe empezar a tratarse como una emergencia de salud pública estructural.

La amenaza climática ya no es más una amenaza, está aquí, es nuestra vida cotidiana.

M. B. / J. A.



In memoriam de Josep Morera Prat

Nos resulta muy difícil escribir sobre Josep Morera Prat en modo pasado porque la fuerza de su exquisita personalidad aún nos sigue pulsando. Fue ante todo una excelente persona, empática, cordial, de una amplia cultura que permitía hablar con su interlocutor no solo de medicina, sino también de literatura, del buen hacer y las buenas intenciones del ser humano. Un hombre afectuoso que había hecho arte con su personalidad en relación con los demás. Neumólogo, escritor, una buena persona.

Josep Morera Prat falleció el 21 de junio de 2026 a los 82 años. No encontramos palabras y destacar sus virtudes. El Col·legi de Metges de Barcelona lo subrayó en una frase que nos parece la más adecuada: “Sin ninguna duda, por sus cualidades, el doctor Morera ha sido y será un referente para la historia de la neumología. Pero también un médico que ejerció la medicina con dedicación y pasión y en lo personal amó y se dedicó profundamente a su familia”. La literatura era otra de sus pasiones.



Ejerció durante tres décadas como jefe de Servicio de Neumología del Hospital Germans Trias i Pujol. Su formación fue en la Facultat de Medicina del l’Hospital Clínic, donde se licenció en 1966 como especialista en Medicina Interna y Neumología. Se doctoró en la Universitat Autònoma (UAB) y ejerció en el Hospital Universitari Vall d’Hebron. También, durante 28 años codirigió junto con el Joan Ruiz Manzano, el Servicio de Neumología del Centre Mèdic Teknon de Barcelona.

No encontramos mejores palabras que las dichas por quienes mejor lo conocían en su ámbito profesional: “Su huella científica fue de primer orden. Contribuyó a la introducción del tratamiento neoadyuvante del cáncer de pulmón, publicado en el *New England Journal of Medicine*, y fue pionero en España en la implantación de la CPAP y de la técnica del EBUS. Impulsó líneas de investigación en fibrosis pulmonar, sarcoidosis y EPOC, y presidió catorce simposios internacionales monográficos sobre EPOC y durante años fueron una referencia mundial. Autor de más de trescientos artículos y de una cuarentena de libros, director de 19 tesis doctorales y formador de 32 promociones de especialistas MIR, nunca abandonó la investigación: en 2025 aún firmaba un artículo en el *European Respiratory Journal*. Presidió la Societat Catalana de Pneumologia y el Comité Científico de la SEPAR, y formó parte de comisiones asesoras del Gobierno español y de la Generalitat de Catalunya”.

“Más allá de su trayectoria científica, Josep Morera fue un hombre de profundas raíces humanísticas. Hijo y nieto de médicos de Igualada, de joven fundó, en plena dictadura, la revista *Lacetània*, un núcleo de resistencia lingüística y cultural, y se implicó en el movimiento universitario antifranquista. Aquella vocación nunca lo abandonó: la prolongó en la divulgación —fundó la primera wiki neumológica del mundo— y en la escritura, hasta el «Anecdotari d’una vida mèdica» y los *podcasts* que publicaba semanalmente, casi hasta el final de su vida”.

Con profundo pesar nos despedimos de él, pero en nuestro recuerdo queda sellada su impronta como profesional afectuoso dedicado a sus pacientes y como un hombre que ha contribuido a proyectar un mundo mejor: solidario, humanista, integra. Muchas gracias, Josep, por haber sido como eres.

Xavier Martínez Lacasa
Unitat de Control de la Tuberculosi.
Hospital Universitari Mútua Terrassa.
Terrassa. Barcelona

Nuevos tratamientos acortados para tuberculosis sensible y resistente: avances y retos en la implementación de las pautas OMS

Introducción

La tuberculosis (TB) sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más letales a nivel mundial. Durante décadas, el tratamiento estándar de la TB sensible ha requerido seis meses de terapia combinada, mientras que la TB resistente a fármacos (TB-DR) ha exigido regímenes de 18 a 24 meses con fármacos de segunda línea, frecuentemente tóxicos y mal tolerados. Esta prolongada duración ha sido una barrera crítica para la adherencia, contribuyendo al fracaso terapéutico y a la propagación de cepas resistentes.

En los últimos años, ensayos clínicos de gran envergadura han demostrado que es posible acortar significativamente estos tratamientos sin comprometer la eficacia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha actualizado sus directrices para incorporar estos avances, recomendando pautas más cortas tanto para TB sensible como para TB-DR. Sin embargo, la implementación global de estas recomendaciones enfrenta obstáculos logísticos, económicos y de acceso que requieren un esfuerzo coordinado.

En este artículo revisamos la evidencia científica que sustenta los nuevos regímenes acortados, analizando el papel de fármacos clave como bedaquilina, linezolid y moxifloxacino, y discutiendo las estrategias necesarias para facilitar la adopción universal de las pautas OMS.



1 Tratamiento Acortado de la TB Sensible

1.1 El régimen estándar y sus limitaciones.

El tratamiento convencional de la TB pulmonar sensible consiste en una fase intensiva de dos meses con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol (HRZE), seguida de una fase de continuación de cuatro meses con isoniazida y rifampicina (HR). Este régimen de seis meses, aunque altamente eficaz (tasas de curación >95% en condiciones ideales), presenta desafíos importantes:

Adherencia subóptima: La prolongada duración favorece el abandono del tratamiento.

Carga para los sistemas de salud: Requiere supervisión prolongada y múltiples visitas.

Riesgo de toxicidad acumulada: Especialmente hepatotoxicidad por isoniazida y pirazinamida.

1.2 Evidencia para regímenes de cuatro meses.

El ensayo Study 31/A5349, publicado en 2021, demostró que un régimen de 4 meses basado en rifapentina (una rifamicina de vida media más larga) y moxifloxacino es no inferior a tratamiento estándar de 6 meses en TB pulmonar sensible.

Sigue en la página 8

Segun The New England Journal of Medicine (1), este regimen consiste en:

Fase	Duración	Fármacos
Intensiva	8 semanas	Rifapentina, moxifloxacino, isoniazida, pirazinamida
Continuación	9 semanas	Rifapentina, moxifloxacino, isoniazida

Los resultados mostraron tasas de éxito favorables del 84,6 % para el régimen de cuatro meses frente al 85,4 % del régimen estándar, cumpliendo el margen de no inferioridad preestablecido.

1.3 Implicaciones clínicas

La reducción de dos meses en la duración del tratamiento tiene implicaciones profundas:

Mayor adherencia: Menos tiempo de tratamiento reduce significativamente las tasas de abandono.

Menor carga asistencial: Libera recursos del sistema de salud para otros pacientes.

Reducción de costos indirectos: Menos días de trabajo perdidos, menor impacto económico familiar.

Potencial reducción de resistencias: Mejor adherencia disminuye el riesgo de desarrollo de resistencia.

La OMS ha actualizado sus directrices para recomendar este régimen de 4 meses como opción para TB pulmonar sensible en mayores de 12 años, con énfasis en la necesidad de acceso a rifapentina y pruebas de susceptibilidad a fluoroquinolonas (2).

2 Revolución en el Tratamiento de la Tuberculosis Resistente

2.1 El paradigma anterior: regímenes prolongados y tóxicos

Históricamente, el tratamiento de la TB multirresistente (TB-MDR, resistente al menos a isoniazida y rifampicina) y la TB extensamente resistente (TB-XDR) ha requerido:

18-24 meses de tratamiento.

Múltiples fármacos de segunda línea con perfiles de toxicidad desfavorables.

Inyectables aminoglucósidos (amikacina, kanamicina, capreomicina) asociados a ototoxicidad y nefrotoxicidad irreversibles.

Tasas de éxito modestas (50-70 %) con altas tasas de eventos adversos graves.

Este escenario era insostenible: muchos pacientes abandonaban el tratamiento por intolerancia, y los sistemas de salud en países de alta carga carecían de recursos para supervisar terapias tan prolongadas.

2.2 Bedaquilina, pretomanida y linezolid: el régimen BPAL

El ensayo Nix-TB representó un cambio de paradigma al demostrar que un régimen completamente oral de seis meses con bedaquilina (B), pretomanida (Pa) y linezolid (L) — conocido como BPAL— lograba tasas de éxito del 90% en pacientes con TB-XDR o TB-MDR sin respuesta a tratamiento (3).

The New England Journal of Medicine

Bedaquilina actúa inhibiendo la ATP sintasa micobacteriana, un mecanismo completamente novedoso. Pretomanida (un nitroimidazol) tiene actividad bactericida contra bacilos en replicación activa y latentes. Linezolid (una oxazolidinona) inhibe la síntesis proteica bacteriana.

Sigue en la página 9

El ensayo posterior ZeNix optimizó la dosis y duración de linezolid, demostrando que en 26 semanas de tratamiento con dosis reducida de linezolid (600 mg diarios) mantenía la eficacia mientras reducía significativamente la toxicidad (neuropatía periférica y mielosupresión (4).

2.3 El papel de moxifloxacino en regímenes acortados.

Las fluoroquinolonas, particularmente moxifloxacino y levofloxacino, son componentes fundamentales de los regímenes modernos para TB-DR. Moxifloxacino ofrece:

Potente actividad bactericida contra *Mycobacterium tuberculosis*.

Excelente penetración tisular incluyendo lesiones caseosas.

Buena tolerabilidad oral permitiendo tratamiento ambulatorio.

Posibilidad de acortamiento del tratamiento cuando se combina con otros agentes potentes.

El régimen BPaLM (bedaquilina, pretomanida, linezolid más moxifloxacino) ha demostrado resultados superiores en pacientes con TB-MDR sensible a fluoroquinolonas, con tasas de éxito cercanas al 89% en seis meses de tratamiento (5).

2.4 Directrices OMS 2022: nuevo estándar (6).

Basándose en esta evidencia, la OMS publicó en 2022 directrices que representan un cambio radical:

- Para TB-MDR/RR (resistente a rifampicina) sensible a fluoroquinolonas:

Régimen BPaLM de 6 meses como primera opción recomendada.

Alternativa: regímenes de 9 meses totalmente orales.

- Para TB-MDR/RR resistente a fluoroquinolonas o TB pre-XDR:

Régimen BPaL de 6-9 meses.

- Regímenes individualizados más prolongados cuando sea necesario.

Principios fundamentales de las nuevas directrices (7).

Eliminación de inyectables de las recomendaciones estándar.

Priorización de regímenes completamente orales.

Acortamiento significativo de la duración del tratamiento.

Énfasis en pruebas rápidas de susceptibilidad a fármacos.

3 Desafíos para la Implementación y el Camino a Seguir

3.1 Barreras actuales para la adopción de las pautas OMS.

A pesar de la sólida evidencia científica, la implementación global de estos regímenes enfrenta obstáculos significativos (8):

- Acceso a fármacos:

Bedaquilina y pretomanida tienen disponibilidad limitada en países de ingresos bajos y medios.

Los precios, aunque negociados a través del Fondo Mundial y Stop TB Partnership, siguen siendo prohibitivos para muchos programas nacionales (9).

Rifapentina no está registrada en numerosos países con alta carga de TB.

- Capacidad diagnóstica:

Los regímenes acortados requieren confirmación de susceptibilidad a fluoroquinolonas.

Las pruebas moleculares rápidas (como Xpert MTB/XDR) no están universalmente disponibles.

Sin pruebas de susceptibilidad, los clínicos deben recurrir a regímenes empíricos más largos.

Infraestructura de farmacovigilancia:

Sigue en la página 10

- Bedaquilina puede prolongar el intervalo QT cardíaco, requiriendo monitorización electrocardiográfica.

- Linezolid causa neuropatía periférica y mielosupresión, necesitando hemogramas periódicos.

Muchos centros en áreas de alta carga carecen de capacidad para esta monitorización.

- Formación del personal sanitario:

Los nuevos regímenes requieren actualización de conocimientos de miles de profesionales.

La inercia terapéutica favorece la continuidad de regímenes antiguos.

3.2 Estrategias para facilitar la implementación.

Para maximizar el impacto de estos avances, se requiere un esfuerzo coordinado en múltiples frentes:

1. Expansión del acceso a medicamentos:

Negociaciones de precios a través de mecanismos de compra conjunta.

Licencias voluntarias para producción de genéricos.

Inclusión de bedaquilina, pretomanida y rifapentina en listas nacionales de medicamentos esenciales.

Previsión de demanda y fortalecimiento de cadenas de suministro.

2. Fortalecimiento diagnóstico:

Despliegue universal de pruebas moleculares rápidas con detección de resistencia a fluoroquinolonas.

Integración del diagnóstico de TB-DR en redes de laboratorio existentes.

Desarrollo de pruebas point-of-care más asequibles.

3. Capacitación y actualización profesional:

Programas de formación continua para médicos y enfermeros.

Guías de práctica clínica adaptadas al contexto local.

Tutoría y mentoría desde centros de excelencia.

4. Sistemas de monitorización y farmacovigilancia:

Protocolos simplificados de monitorización cardíaca y hematológica.

Registros electrónicos para seguimiento de eventos adversos.

Integración de la farmacovigilancia en la atención rutinaria.

5. Investigación operativa:

Estudios de implementación en contextos de recursos limitados.

Evaluación de estrategias de administración de tratamiento.

Investigación sobre adherencia y aceptabilidad de los nuevos regímenes.

3.3 El horizonte: regímenes aún más cortos.

La investigación continúa buscando regímenes de menor duración. Ensayos en curso exploran:

Regímenes de 2-4 meses para TB sensible con combinaciones de nuevos fármacos.

Regímenes ultraacortados para TB latente con rifapentina e isoniazida (protocolo 3HP de 12 dosis).

Terapias basadas en biomarcadores que permitan individualizar la duración según respuesta.

El objetivo final es un tratamiento pantuberculosis de duración mínima, independiente del patrón de resistencia, con fármacos seguros y accesibles universalmente.

Conclusiones

Los avances en el tratamiento de la tuberculosis durante la última década representan una transformación sin precedentes.

La demostración de que regímenes de cuatro meses pueden curar la TB sensible y de que seis

Sigue en la página 11

meses de terapia oral pueden tratar la TB resistente a múltiples fármacos cambia radicalmente las perspectivas para millones de pacientes.

Bedaquilina, linezolid y moxifloxacino —junto con pretomanida y rifapentina— constituyen los pilares de esta nueva era terapéutica. Las directrices OMS de 2022 reflejan esta evidencia y ofrecen un marco para su implementación global.

Sin embargo, el acceso a estos fármacos sigue siendo inequitativo. Los países con mayor carga de enfermedad frecuentemente tienen menor acceso a los nuevos tratamientos. Cerrar esta brecha requiere voluntad política, inversión sostenida y colaboración internacional.

El esfuerzo debe centrarse en:

Garantizar el acceso universal a bedaquilina, pretomanida, linezolid, moxifloxacino y rifapentina.

Expandir la capacidad diagnóstica para detección rápida de resistencias.

Formar al personal sanitario en los nuevos paradigmas de tratamiento.

Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia para uso seguro de estos fármacos.

Continuar la investigación hacia regímenes aún más cortos y simplificados.

Solo mediante un compromiso global sostenido podremos asegurar que los avances científicos se traduzcan en beneficios reales para todos los pacientes con tuberculosis, independientemente de dónde vivan.



Bibliografía

- 1.- Dorman SE, Nahid P, Kurbatova EV, et al. Four-month rifapentine regimens with or without moxifloxacin for tuberculosis. *New England Journal of Medicine*. 2021;384(18):1705-1718.
- 2.- World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-susceptible tuberculosis treatment. Geneva: WHO; 2022.
- 3.- Conradie F, Diacon AH, Ngubane N, et al. Treatment of highly drug-resistant pulmonary tuberculosis. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(10):893-902.
- 4.- Conradie F, Bagdasaryan TR, Borisov S, et al. Bedaquiline-pretomanid-linezolid regimens for drug-resistant tuberculosis. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(9):810-823.
- 5.- Nyang'wa BT, Berry C, et al. A 24-week, all-oral regimen for rifampin-resistant tuberculosis. *The Lancet*. 2022;399(10339):1972-1983.
- 6.- World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. Geneva: WHO; 2022.
- 7.- Nahid P, Mase SR, Migliori GB, et al. Treatment of drug-resistant tuberculosis. An official ATS/CDC/ERS/IDSA clinical practice guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2019;200(10): e93-e142
- 8.- Stop TB Partnership. Global Drug Facility: Catalyzing equitable access to TB medicines.
- 9.- TB Alliance. Pretomanid and the BPAL regimen.

Memorias es una publicación digital mensual de la Red TBS-Stop Epidemias
 ISSN: 2660-7263 – Edición de Memorias nº 62 y Newsletter Red TBS Informa nº 92
 Agencia de noticias: Infomedpress. Fotografías: M^a 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



Cruz Roja Española presentó en su sede el informe Mundial sobre Desastres 2026

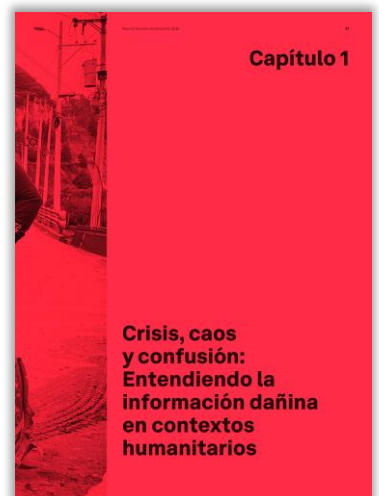


El **Informe Mundial sobre Desastres 2026** advierte que la información dañina es una crisis humanitaria de facto, ya que socava el acceso a la ayuda, erosiona la confianza, desestabiliza la cohesión social y aumenta los riesgos para el personal, el voluntariado y las comunidades. La información dañina ya no es una cuestión secundaria de comunicación, sino un desafío operativo y estratégico que afecta a la aceptación, la seguridad y la acción humanitaria basada en principios.

Como publicación insignia de la **Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC)**, el informe reúne las opiniones de casi 100 colaboradores y 60 organizaciones, entre ellas más de 30 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Basándose en experiencias de todas las regiones y en las opiniones de las comunidades, examina cómo la información dañina, incluida la desinformación, la información errónea y los relatos deshumanizantes, afecta a las respuestas ante desastres, emergencias de salud pública, migraciones y conflictos.



A lo largo de ocho capítulos, el informe muestra por qué es fundamental comprender los daños que causa la información dañina, revelando sus amplias repercusiones y cómo perturba la preparación, la respuesta y la recuperación. Ofrece recomendaciones prácticas para fortalecer la resiliencia de la información, salvaguardar los principios humanitarios y reconstruir la confianza. En una era en la que la información puede determinar el acceso, la seguridad y la dignidad, el **Informe Mundial sobre Desastres 2026** ofrece tanto pruebas como una hoja de ruta para la acción.



María del Mar Pageo
y asistentes al acto



Asistentes al acto



Asistentes al acto

La desinformación ya no es un elemento externo a las crisis humanitarias. Su impacto es tal que puede considerarse una crisis en sí misma, *una crisis de facto que socava el acceso de las personas a la ayuda humanitaria*, como menciona el **Informe Mundial sobre Desastres** influyendo en cómo se perciben los riesgos, las respuestas, los comportamientos, los niveles de participación, la confianza y la legitimidad de los actores humanitarios. Por eso, integrarla en el análisis no es opcional, sino imprescindible. La información no es solo un complemento, es tan esencial como las acciones que se llevan a cabo en una emergencia para aliviar el sufrimiento de las personas afectadas. Cuando la información falla, o se manipula, no solo se distorsionan las decisiones, se limita el acceso, se erosiona la confianza y, en última instancia, se ponen vidas en peligro. El informe se presentó el 24 de junio en la Oficina Central de Cruz Roja, en Madrid.

Alipio Gutiérrez Sánchez
Periodista especializado en comunicación
de salud. Secretario de la Asociación
Nacional de Informadores de Salud

Periodismo Sanitario: rigor y pasión en la comunicación de la salud *

El periodismo sanitario ha adquirido una relevancia sin precedentes en las últimas décadas y se enfrenta a un doble desafío: mantener el rigor informativo basado en la evidencia científica y, al mismo tiempo, transmitir la información con la pasión y el compromiso necesarios para generar impacto en la sociedad.

El periodismo sanitario tiene una función clave en la educación y concienciación de la población. Su objetivo es traducir la información médica y científica en un lenguaje comprensible para el público general, permitiendo que las personas tomen decisiones informadas sobre su salud.

El rigor: la columna vertebral del periodismo sanitario

Uno de los mayores desafíos del periodismo sanitario es garantizar la precisión y veracidad de la información. A diferencia de otros ámbitos del periodismo, donde las imprecisiones pueden tener consecuencias menores, en la comunicación de salud los errores pueden poner vidas en riesgo.

El rigor en el periodismo sanitario implica:

1. Uso de fuentes confiables: las principales referencias deben ser organismos de salud reconocidos (como la OMS, los CDC o el Ministerio de Salud), estudios científicos revisados por pares y expertos en la materia.
2. Verificación de datos: contrastar la información es esencial para evitar la propagación de datos erróneos o desactualizados.



3. Contextualización de la información: muchas veces, los estudios científicos presentan resultados preliminares que se pueden malinterpretar si se sacan de contexto. Un buen periodista sanitario debe explicar los alcances y las limitaciones de los hallazgos.

4. Ética periodística: la información debe ser presentada de manera responsable, sin generar alarmismo ni minimizar riesgos reales. Los informadores de salud debemos estar comprometidos con la evidencia científica y alejarnos de posicionamientos de equidistancia, que muchas veces no hacen sino utilizarse como falsa garantía de objetividad.

La pasión: el motor que impulsa la comunicación en salud

Si bien el rigor es indispensable, la pasión es el elemento que da vida al periodismo sanitario. No basta con presentar datos fríos y técnicos; la comunicación en salud requiere alma, empatía, sensibilidad y compromiso para conectar con el público.

La pasión en el periodismo sanitario se refleja en varios aspectos:

La pasión en el periodismo sanitario se refleja en varios aspectos:

- Humanización de las historias: más allá de las cifras y estadísticas, hay personas afectadas por enfermedades, profesionales de la salud que luchan contra adversidades y familias que afrontan desafíos. Narrar estas historias con sensibilidad permite generar mayor impacto.
- Accesibilidad del lenguaje: la pasión también se manifiesta en el esfuerzo por hacer comprensible la información. Explicar conceptos médicos de manera clara y didáctica demuestra un interés genuino por ayudar a la audiencia.
- Compromiso con la verdad: un periodista sanitario apasionado no se limita a reproducir comunicados oficiales, sino que además investiga, cuestiona y busca la verdad, incluso cuando esto implica enfrentarse a poderosos intereses.

Los retos del periodismo sanitario en la era digital

La transformación digital cambió radicalmente la forma en que se consume la información. Las redes sociales han democratizado el acceso a las noticias, pero también han dado espacio a la proliferación de desinformación y teorías conspirativas en temas de salud.

El uso de las redes sociales como principal fuente de información en salud representa un riesgo significativo para los ciudadanos —sobre todo para los más jóvenes—, ya que gran parte del contenido que circula en estas plataformas carece de validación científica o proviene de fuentes no expertas.

La facilidad con la que se difunden datos erróneos, teorías conspirativas o recomendaciones sin respaldo médico puede llevar a decisiones perjudiciales para la salud, como el rechazo a tratamientos eficaces o la desconfianza en los profesionales sanitarios. Por ello, es fundamental fomentar el pensamiento crítico y promover el acceso a información verificada, procedente de organismos oficiales y de profesionales de la salud.

En este contexto los periodistas sanitarios nos enfrentamos a varios desafíos:

1. Lucha contra la desinformación: durante la pandemia de COVID-19, se evidenció el impacto de las *fake news* en la percepción pública de la enfermedad, las vacunas y los tratamientos. El periodismo sanitario debe reforzar su papel como fuente confiable en medio del caos informativo.

En este punto debo destacar —no solo como periodista especializado sino también como secretario actual de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS), de la que soy socio fundador hace ya más de 30 años—, que hemos impulsado la creación de la Alianza Internacional de Lucha contra la Desinformación en Salud, y elaborado y aprobado el «Manifiesto de lucha contra la desinformación en Salud» junto a otras entidades de periodistas especializados, en el marco del Encuentro Internacional de Informadores de Salud, celebrado en Granada en febrero de 2024. Apenas medio año después y tras la visita de una delegación de ANIS a la OMS, esta organización internacional creó la Alianza Integral de la Información en Salud, a la que nos sumamos como Asociación junto a organismos como UNESCO, *The Lancet*, Knight Center (Universidad de Texas), OCDE, Universidad de Maastricht, Universidad de Escocia, International Committee of the Red Cross (ICRC) y Gobierno de Escocia, entre otros.

2. Impacto de la inmediatez: la presión por publicar noticias rápidamente puede llevar a errores o a la difusión de información no verificada. La velocidad no debe comprometer el rigor.

3. Crisis de confianza en los medios: la polarización política ha generado desconfianza en las instituciones, incluidos los medios de comunicación. Ganarse la credibilidad del público requiere un periodismo sanitario

Sigue en la página 15

transparente y fundamentado en evidencia.

4. El sensacionalismo como enemigo: algunos medios, en su afán de generar tráfico, recurren a titulares alarmistas o exagerados. Esto puede distorsionar la percepción del riesgo y generar pánico innecesario.

El futuro del periodismo sanitario

El periodismo sanitario seguirá evolucionando en respuesta a los cambios tecnológicos, científicos y sociales. Algunas tendencias que marcarán su futuro incluyen:

- Mayor especialización: los periodistas de salud necesitan una formación más profunda en ciencia y medicina para abordar temas complejos con mayor precisión.
- Uso de herramientas digitales: la inteligencia artificial y el análisis de *big data* pueden ayudar en la detección de tendencias de salud y en la verificación de información.
- Colaboraciones multidisciplinares: la unión entre periodistas, pacientes, médicos, científicos y tecnólogos será clave para fortalecer la calidad del periodismo sanitario.

Conclusión

El periodismo sanitario es una profesión que exige tanto rigor como pasión. La responsabilidad de informar sobre temas de salud implica un compromiso inquebrantable con la verdad y el bienestar de la sociedad. En un mundo donde la desinformación puede ser tan peligrosa como un virus, la labor de los periodistas especializados en salud es más crucial que nunca.

El desafío es grande, pero también lo es la oportunidad de generar un impacto positivo. Con rigor para garantizar la precisión y pasión para conectar con la audiencia, el periodismo sanitario seguirá siendo un pilar fundamental en la construcción de una sociedad más informada y saludable.

* Publicado en la Revista de Actualidad en Salud Respiratoria: "A Todo Pulmón". Número 19 del mes de septiembre de 2025, cuyo director del Consejo de Redacción es: Julio Ancochea Bermúdez. Ed. Mayo S.A.U.

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

**5^a Jornada
 Conjunta
 de Centros
 penitenciarios
 sociosanitarios
 y organizaciones
 humanitarias**

16 de octubre de 2026

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

O N L I N E

5JC 2026

NOTICIAS

2

Palabras para Raúl Villar, exrector de la UAM Oficina de Acción Solidaria y Cooperación



Raúl Villar Lázaro

Raúl Villar Lázaro (Madrid 1948–2026), físico experimental y figura destacada de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), falleció el pasado día 19 de junio tras una extensa trayectoria académica y de gestión universitaria estrechamente vinculada a esta institución. Su carrera estuvo marcada por una dedicación constante a la docencia, la investigación y el desarrollo de la universidad pública. La directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la Universidad Autónoma de Madrid, **Silvia Arias Careaga** le dedicó las siguientes palabras:

Durante la década de los años 90, España vivió una intensa movilización social que exigía a su gobierno, entre otros aspectos, el compromiso

de dedicar el 0,7% de su PIB a la lucha contra la pobreza y la desigualdad. Muchas voces se alzaron juntas para reclamar una sociedad más justa e igualitaria, más solidaria y comprometida. El papel de las universidades fue clave entonces como motor y espacio público de reflexión para comprender mejor lo que estaba pasando y lo que en las calles se solicitaba. Docentes, estudiantes y miembros del personal de administración y servicios de las universidades se sumaron activa y desinteresadamente en acompañar este proceso. Y los cambios dentro de la universidad no tardaron en llegar. Los debates eran intensos y dirigidos hacia una pregunta cuya respuesta fue determinante en la construcción del actual sistema universitario español: ¿Debían las universidades implicarse? ¿Responder como institución? Y si lo hacían ¿Debían asumir un papel similar al que las ONG tenían o debían ser un actor de desarrollo diferente respondiendo a su propia naturaleza docente, investigadora y de transferencia de conocimiento? Muchos rectores en aquel momento tomaron una decisión valiente no avalada en ese momento por la ley universitaria. La universidad española asumía el reto de convertirse en una institución responsable, comprometida y solidaria a través de sus propias funciones. Así, enseñar y educar se convirtieron en dos realidades bajo una misma institución. Una figura esencial de este cambio fue **Raúl Villar Lázaro**, rector de la Universidad Autónoma de Madrid (1996-2002), quien sabiamente y con cautela, pero con determinación y convicción actuó de manera ejemplar para que las universidades estuvieran en la vanguardia de este reto.

Raúl Villar Lázaro fue, además de un brillante científico, un rector y una persona comprometida que supo leer el tiempo histórico que le había tocado vivir. Dos actuaciones reflejan y testimonian esta trayectoria. Por un lado, puso en marcha la primera estructura solidaria de la UAM - Iniciativa UAM Solidaria- instrumento de política y compromiso social desde el rectorado, que se transformó posteriormente y bajo el mandato de **Ángel Gabilondo** en la actual Oficina de Acción Solidaria y Cooperación. Desde ella el rector **Raúl Villar** organizó dos actividades pioneras en el año 2001 sumándose así a los actos del año internacional de las personas voluntarias. Una, la celebración de la Feria de Voluntariado que abrió por primera vez el campus a las ONG, y otra el curso de verano *Voluntariado y ONG: una valoración crítica*, al que asistió como participante el entonces **S.A.R. el Príncipe de Asturias, D. Felipe de Borbón**.

Y, por otro lado, lideró junto a **Cristina Bernis**, vicerrectora y catedrática de Antropología Física de la UAM, la redacción de uno de los cuatro documentos de la CRUE pilares básicos del compromiso social de la universidad española.

Una buena parte de lo que es la UAM hoy en materia de compromiso social tiene nombre propio: **Raúl Villar Lázaro**. Su valentía y decisión fueron determinantes e irreversibles en la construcción de una nueva universidad.

Por ello quiero dejar constancia aquí del agradecimiento institucional, pero también personal, a alguien que nos marcó el camino para convertirnos en una institución de referencia en solidaridad y ayuda internacional.

Ojalá mantengamos vivo su legado en el futuro.



Silvia Arias Careaga

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

¿Por qué una Fundación sobre la Tuberculosis?

¿Qué es una Fundación?

Una fundación, de acuerdo con la RAE, es una persona jurídica dedicada a la beneficencia, a la ciencia, la enseñanza o a la piedad, que continúa y cumple la voluntad de quien la erige. Este mismo diccionario define persona jurídica como una organización de personas y de bienes a la que el derecho reconoce capacidad unitaria para ser sujeto de derechos y obligaciones, como las corporaciones, asociaciones, sociedades y fundaciones. Un requisito de las fundaciones es que deben disponer de un patronato, o sea de un consejo formado por varias personas que ejercen funciones rectoras, asesoras o de vigilancia en una institución.

La evolución de la tuberculosis en España

El control de la tuberculosis (TB) a nivel mundial se complicó con la aparición del SIDA y la emergencia de las drogas inyectadas a finales del siglo XX. En España no se disponía de programas de control muy efectivos por lo que esta vieja enfermedad sigue siendo una de las enfermedades de declaración obligatoria más complicadas. Otros factores que han ido influyendo son el cambio demográfico experimentado sobre todo desde el año 2000 con la llegada de muchas personas de países con elevada prevalencia de TB y la crisis económica de 2008. En los últimos años la TB presentaba un lento declive en la incidencia, pero con la pandemia, sobre todo en 2020 y 2021, el declive aumenta debido a limitaciones en su control. En estos últimos 2-3 años hay un aumento que se explicaría porque durante los



primeros años de la pandemia muchos casos se diagnosticaban más tardíamente de lo habitual y los estudios de contactos no eran exhaustivos, con todo lo cual se han producido contagios que explicarían este aumento. Un factor importante sería el aumento de personas con problemática socioeconómica que se está observando recientemente y que también explicaría el aumento actual de la incidencia en algunas zonas geográficas.

La TB no es una enfermedad del pasado, en el mundo en 2023 se estimaron más de 10 millones de casos y más de 1,2 millones de muertes por TB (muchas más que por SIDA, COVID-19 o malaria). En nuestro medio presenta incidencias muy elevadas en los barrios pobres de las grandes ciudades y entre las personas con problemática social. Otro argumento incluye todo lo relacionado con programas de control poco efectivos y eficientes. Tenemos los mejores métodos diagnósticos y tratamientos en la historia, pero la TB aumenta.

El buen control de la TB debe basarse siempre en el diagnóstico temprano, en un buen estudio

Sigue en la página 18

de contactos de los casos identificando los casos secundarios o el posible caso índice, así como infecciones tuberculosas latentes en cumplimiento de los largos tratamientos antituberculosos. Deben evaluarse anualmente los programas de TB para que puedan mejorarse y hay que impulsar las mejores estrategias. Por todos estos motivos se es de interés crear una Fundación que ayude a investigar y a controlar la TB.

La Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB, 1995)

La **Fundación fuiTB** tiene sus orígenes remotos en el Programa de Prevención y Control de la TB de Barcelona creado en 1987 coincidiendo con la irrupción del VIH y toxicomanías. La Conferencia Nacional de Consenso sobre TB, de 1991, también ayudó a incrementar medidas contra la TB, y finalmente fue determinante la UITB. En 1994, el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) de la Seguridad Social abrió la posibilidad de solicitar una Unidad Temática de Investigación, de acuerdo con los siguientes requisitos:

1. La existencia de un proyecto integrado (Epidemiología, Clínica y Microbiología) enfocado sobre los siguientes ámbitos de conocimiento: TB en general, TB y SIDA.
2. La exigencia de contar con todos los recursos y pacientes de TB del ámbito de referencia.

Así, ese mismo año se presentó al FIS el proyecto integrado de la Unidad de Investigación en TB de Barcelona, que fue aprobado y que entró en funcionamiento a finales de 1995. Inicialmente participaron los siguientes centros sanitarios:

- Agència de Salut Pública de Barcelona
- Centres d'Atenció i Seguiment de Toxicomanies
- Programa de Salut Penitenciària ICS de Malalties Infeccioses
- Fundació Respira de SEPAR
- Hospital Clínic
- Hospital de Bellvitge
- Hospital de Sant Pau
- Hospital del Mar
- Hospital Germans Trias i Pujol

- Hospital Mútua de Terrassa
- Laboratori de Referència de Catalunya
- Serveis Clínics
- Hospital Sant Joan de Déu
- Hospital Vall d'Hebron

La UITB se configuró como una unidad centrada en la investigación científica y en la difusión de información relacionada con la TB. Su objetivo prioritario es la producción de conocimiento científico de relevancia sobre el control, diagnóstico, tratamiento y prevención basada en estudios multicéntricos y multidisciplinarios, y en las interrelaciones TB-Consumo de drogas-VIH/SIDA-Migración. Durante estos años se ha podido impulsar un número de investigaciones que se han publicado en revistas internacionales y se han impulsado ensayos clínicos sobre tratamientos o métodos diagnósticos de la TB. Destacan en este sentido, la participación entre 2003 y 2017 las investigaciones del *Tuberculosis Trials Consortium* de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de EE. UU. en los que la UITB fue el único centro europeo que participó en estos ensayos internacionales. Además, la UITB organiza cada año 3 Jornadas relevantes:

1. El “Día Mundial de la TB”, en torno al 24 de marzo, aniversario del descubrimiento del agente etiológico de la TB por Robert Koch. La duración de esta Diada es de una mañana completa.
2. Las Jornadas de Enfermedades Emergentes, a finales de mayo o principios de junio, con una duración de dos días.
3. Las Jornadas Internacionales de la TB, en noviembre y con una duración de dos días.

La información sobre la realización y contenido de estas Jornadas: programas, ponencias, resúmenes de ponencias, vídeos, fotografías, etc. está disponible en la web de la Fundación (<https://www.uitb.cat/>).

La Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (fuiTB)

La fuiTB fue fundada el 20 de noviembre de 2015

Sigue en la página 19

para generar, desarrollar, apoyar y/o patrocinar, dar a conocer las investigaciones y potenciar la discusión científica y difundir aspectos culturales sobre la TB y las actividades tendentes a prevenir y curar la TB y otras enfermedades infecciosas y no infecciosas que sean de interés general.

¿Cuál es el trabajo que realiza la Fundación fuiTB? ¿Cuáles son las líneas de investigación más innovadoras que desarrolla?

Como he comentado, a nivel internacional cabe destacar la participación en los ensayos clínicos dirigidos por los CDC de EE. UU. Dentro de éstos, es remarcable de estudio que demostró que el tratamiento para la infección tuberculosa latente con rifapentina e isoniacida una vez por semana y el tratamiento directamente observado (TDO), durante tres meses, es tan eficaz como el tratamiento clásico con isoniacida durante 6-12 meses. Desde Barcelona propusimos comparar la adherencia de este nuevo tratamiento vía TDO vs. auto administrado vs. recordatorios mediante SMS. El resultado fue que auto administrado se alcanzaba un elevado grado de adherencia. Estos trabajos se publicaron respectivamente en *New England Journal Medicine* y en *Annals Internal Medicine*.

Otra investigación relevante impulsado por *Serum Staten Institute* de Copenhague estaba orientada a evaluar un nuevo test cutáneo de composición más específica que la tuberculina. El subestudio TESEC 06 fue coordinado por la UITB y consistió en evaluar para el diagnóstico de la infección tuberculosa latente dos métodos ya conocidos (tuberculina clásica y Quantiferon, QF) y un nuevo test cutáneo. Los resultados demostraron que el nuevo test cutáneo era mejor que la tuberculina y similar al QF. Lo que resulta especialmente interesante para países que no dispongan de infraestructura de laboratorio para practicar el test de QF. Los resultados se publicaron en *Lancet Respiratory Medicine*.

En un trabajo publicado recientemente en *Enferm Infecc Microbiol Clínica* hemos demostrado que

no se podrá lograr el objetivo de la Estrategia de la OMS *End TB* de disminuir la incidencia de TB en España y en los países de Europa Occidental el 50% entre los 2015 y 2025, y es imprescindible una mejora de los programas de prevención y control para acercarnos a estos objetivos.

Incentivos a los investigadores: premios de la fuiTB a las mejores tesis sobre TB

Con el fin de potenciar la actividad formativa e investigadora, la fuiTB, desde 2020, convoca los premios a las mejores tesis sobre TB. En estos 5 años se han otorgado 16 premios de entre 1000 y 2000 euros, según año y convocatoria, de acuerdo con la valoración de la calidad por parte del patronato de la fuiTB.

Colaboración con la Fundación fuiTB

Existen líneas de colaboración para particulares y para entidades y la Administración Pública. Cualquier persona interesada puede colaborar de dos formas:

1. Científicamente
 - a. Aportando ideas de investigación y/o colaborando con los proyectos multicéntricos y multidisciplinarios que se impulsan.
 - b. Aportando propuestas sobre temas de interés a incluir en los Programas de los tres eventos organizados anualmente por la fuiTB:
2. Económicamente

La colaboración económica con esta Fundación - sin ánimo de lucro- es fundamental para impulsar la investigación y mantener gratuitamente los tres eventos anuales, así como los premios anuales que se conceden a las tres mejores tesis sobre TB presentadas cada año. Estas donaciones tienen deducción fiscal para las personas físicas y deducción para sociedades en el Impuesto de Sociedades.

La comunicación en la fuiTB

Se elaboran 3-4 boletines informativos anuales y la Revista *Enfermedades Emergentes*. Más información clicar en [fuiTB](#) o enviar un correo a info@uitb.cat

NOTICIAS

3

La 30.ª edición del Premio Internacional Fair Play Menarini, en Florencia

Coincidiendo con esta ola futbolera que ha generado el Mundial creemos importante destacar una actividad que desarrolló **Menarini** y es la celebración La **30.ª edición del Premio Internacional Fair Play Menarini**, que reconoce desde el año 1997 las conductas ejemplares en el deporte, al tiempo que promueve valores como lo es el respeto a las reglas, la honestidad, la igualdad y la no violencia; en síntesis: el juego limpio.

La ceremonia se realizó en el Teatro del Maggio Musicale reconociendo a dos deportistas que han dejado huella en la historia del deporte. Uno español: **Emilio Butragueño**, exfutbolista originario de España que es considerado uno de los grandes ídolos en la historia del Real Madrid, destacando por su participación en la famosa "Quinta del Buitre" y representando a la selección española en varios mundiales. Y el otro: **Diego Milito**, exfutbolista argentino, apodado "El Príncipe" y que desarrolló la mayor parte de su exitosa carrera en Europa jugando para el Real Zaragoza en España y, principalmente, para el Inter de Milán, en Italia. El premio es por el comportamiento ejemplar de ambos marcados por el respeto, la ética y la integridad. Y casualmente la final de este Mundial de 2026 es entre España y Argentina.



Asistentes a la 30.ª edición del Premio Internacional Fair Play Menarini

La junta de la **Fundación Fair Play Menarini** es una institución del Grupo Farmacéutico Menarini. Respecto a los premiados han resaltado que “se trata de dos estrellas del fútbol internacional que han dejado una huella indeleble en el mundo deportivo no solo por sus éxitos, sino también por la manera en la que han logrado estos triunfos. **Milito y Butragueño** comparten valores que unen a todos los protagonistas de esta **30.ª edición de los Premios Fair Play Menarini**, demostrando ser unos ejemplos extraordinarios del deporte y el juego limpio”.

Entre los ganadores de esta edición también ha estado otro referente histórico del fútbol como lo es Gianfranco Zola; Armand Duplantis, plusmarquista mundial de salto con pértiga; Gregorio Paltrinieri, símbolo de la natación internacional; Achille Polonara, un ejemplo de fortaleza y resiliencia; Antonella Palmisano, una de las grandes deportistas de marcha; Simone Anzani, un referente para el voleibol italiano; Chiara Mazzel, testimonio del valor del deporte paralímpico; Daniele Garozzo, as de la esgrima italiana; y Davide Ghiotto, Michele Malfatti y Andrea Giovannini, que son representante del patinaje de velocidad. También se ha premiado a Fabio Caressa, voz del periodismo deportivo. Los Embajadores de **Fair Play Menarini**: Antonio Rossi, Giancarlo Antognoni, Ian Thorpe, Sasha Vujačić, Giacomo Perini y Andrea Zorzi, también han sido valedores del mensaje que promueve este premio.

“Celebrar el trigésimo aniversario del **Premio Internacional Fair Play Menarini** significa mirar atrás con orgullo al camino que hemos recorrido, pero también renovar nuestro compromiso”, han señalado Luca Lastrucci, Valeria Speroni Cardì y Filippo Paganelli, miembros del Consejo de la **Fundación Menarini Fair Play**. “El mensaje que queremos transmitir a las nuevas generaciones es el compromiso de contar las historias de quienes demuestran que el talento encuentra su significado más auténtico cuando va acompañado de respeto, integridad y justicia”.



Diego Milito

Emilio Butragueño

NOTICIAS

4

Rosa María Calaf es Premio Nacional de TV Figura pionera del periodismo



Rosa María Calaf, es el **Premio Nacional de Televisión 2026**. El jurado, por unanimidad, ha querido reconocer “el legado de una figura pionera en el reporterismo televisivo. Como la corresponsal más veterana de RTVE formó parte de los servicios informativos en un tiempo en que las mujeres tenían una representación anecdótica en el periodismo” **Rosa María Calaf** es una pionera, una precursora del trabajo periodístico en un ámbito tan especial como lo es estar presente en los principales ámbitos de decisión internacional. Es la corresponsal con más larga y variada trayectoria de RTVE.

El jurado que la ha premiado ha destacado que este “galardón reconoce una trayectoria que es ejemplo de periodismo riguroso, con una especial destreza para explicar la complejidad con claridad, conociendo in situ a los protagonistas, derribando prejuicios y modernizando la narración periodística con su creatividad y osadía”. Actualmente sigue comprometida con la formación de las nuevas generaciones de profesionales de la información, participando en múltiples actividades de divulgación sobre televisión y periodismo.

Corresponsal internacional de RTVE en 1987 fue la encargada de abrir la corresponsalía de Moscú y a posteriori fue corresponsal en los principales centros políticos y geoestratégicos del mundo: Roma; Ciudad del Vaticano; Viena, para Europa del Este y los Balcanes; Hong Kong, para Asia-Pacífico; Pekín, para China y Asia; Nueva York, donde cubrió Estados Unidos y Canadá; y Buenos Aires, desde donde organizó la corresponsalía para América del Sur. También formó parte del equipo fundador de TV3 y asumió su dirección de programación en 1983.



Rosa María Calaf ha sido y es “una mirada feminista, diversa, capaz de anticipar temáticas y estilos de plena actualidad”. Es lo que la convierte en un referente indispensable de la profesión y su quehacer en ejemplo para las nuevas generaciones de corresponsales internacionales. A lo largo de su carrera ha conjugado la entrevista a líderes mundiales con el reportaje a pie de calle, una actitud que hace aún más admirable su quehacer. Incansable viajera conoce casi el 100 % de todos los países del mundo y decimos casi porque probablemente ya los haya recorrido todos.

Los integrantes de la **Red TBS-Stop Epidemias** hemos tenido la satisfacción de conocerla al otorgarle en el año 2021 el **Premio Solidari@s de la Red TBS-Stop Epidemias** en la categoría **Comunicación Consciente**.

Su exquisita profesionalidad y deslumbrante personalidad van de la mano, perfil que expresa su buen hacer y su calidad de buena persona. Con este **Premio Nacional de Televisión 2026**, el **Ministerio de Cultura** reconoce a la persona y también a la televisión como herramienta para la difusión de la cultura y su vinculación con el desarrollo social.

CONSEJO EDITORIAL

EDITORES



Julio Ancochea Bermúdez. Catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. 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 presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, de la que ha sido miembro del Comité Ejecutivo del PII de bronquiectasias y coordinador de su Grupo de Investigadores Emergentes del Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias. Especialista consultor en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, adjunto a Neumología.

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 Univ. de La Princesa. Expresidente 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 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 62 y 92 - 20.07.26

Entidades que adhieren a la Red TBS-Stop Epidemias

Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia
Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Il·lenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias – Centro de Atención de Adicciones La Latina
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 Red de Colegios Médicos Solidarios – Fundación SEMG Solidaria – Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (UITB) – 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 – Secretaría de Estado de Sanidad - División para el control del VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis de la Dirección General de Salud Pública Equidad en Salud - Ministerio de Sanidad – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial - Diario Médico - Correo Farmacéutico – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Empresas que patrocinan a 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