Memorias de la COVID-19

20

La Pandemia en las Américas

REDTBS STOP EPIDEMIAS

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
Newsletter RedTBSinforma nº 50 - Memorias de la COVID-19 nº 20
Edición de La Pandemia en las Américas – 26 de junio de 2021

Editorial

¿Equidad? ¿Solidaridad? ¿Seguridad sanitaria?

No hay una palabra exacta para promover determinados valores y necesidades sociales, pero está claro que no se trata de modelos de gobierno, ni posturas ideológicas… sino de conciencia o falta de conciencia. La pandemia de la COVID-19 desafió los esquemas establecidos y nos dejó sin argumentos y hasta nos quitó el pretexto de alegar ignorancia. Ni los políticos ni la población pueden hoy manifestar desinterés y menos insensibilidad, porque la crisis está en todo y de las decisiones de ahora dependen las consecuencias de futuro. Lo imposible, sucedió: el mundo se detuvo ante una pandemia en la que nos iba la supervivencia. Y si sucedió una vez, lo más probable es que vuelva a suceder. La situación de la posCOVID puede convertirse en la *precualquiercosa* en una sociedad global con más de 7 800 millones de habitantes. Las pandemias no tienen fronteras, ni muros, ni posibilidad de aislamientos. Si seguimos sin tomar decisiones que la evolución y el buen sentido nos reclaman, mal nos irá. No valen paños fríos para un problema sistémico y la sociedad (cualquier sociedad) no puede avanzar con seguridad, en particular la económica, sin una salud pública universal a nivel mundial. No es solo una cuestión de equidad sino una necesidad y un derecho del que no se puede excluir a nadie y que debería ser consensuado por las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, que a tenor de sus últimos informes va en esta línea.

Tras esta experiencia sanitaria mundial la salud es una necesidad estratégica. No se trata de optar entre salud y economía, no hay economía que valga sin salud.

Sigue en página 3

SUMARIO

Editorial: ¿Equidad? ¿Solidaridad? ¿Seguridad? 1

Carta abierta a las Américas 7
Lorenzo Fernández Fau
Profesor de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid. Cofundador de Integración Iberolatinoamericana en Neumología y Cirugía Torácica

Webs: Memorias de la COVID-19 y Red TBS 9

Libro Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1 10

Vivir en pandemia y nunca imaginado 11
Ana María López
Neumóloga del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Docente Universitario UNC. Córdoba. Argentina

¿Habremos aprendido la lección? 13
Luis Adrián Rendón Pérez
Jefe del Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias. Hospital Universitario de Monterrey, UANL. México
Ruth Medina
Coordinadora general del Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias. Hospital Universitario de Monterrey, UANL. México

I Jornada Iberoamericana de Actualización COVID-19 y Tuberculosis (19-20 y 21 de octubre de 2021) 16

Enfrentar la pandemia en el contexto brasileño 17
Ivone Evangelista Cabral
Professora da Faculdade de Enfermagem Materno Infantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro da Associação Brasileira da Enfermagem. Río de Janeiro. Brasil

La oscuridad de la pandemia 19
Ivan Cherrez Ojeda
Miembro del Comité de Asma de la Organización Mundial de Alergia. Profesor Investigador de Medicina en la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Presidente del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos Clínica Kennedy. Guayaquil. Ecuador

Noticias frescas 21

Consejo Editorial 22

Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias

Y esto nos implica a tod@s, es una obligación de Estado para evitar futuras crisis mundiales de salud pública. La ecuación es simple y la opción única, al igual que el momento político: o más inversión mundial en los presupuestos de servicios públicos asociados a la salud (léase mayor carga impositiva) o riesgo de descontrol en las próximas hecatombes sanitarias. Necesitamos un Pacto por el Clima, un Pacto por el Desarme Nuclear, y un Pacto por la Salud Universal.

Pasada la COVID-19 habrá que erradicar (igual que sucedió con la viruela, aunque ahora están empezando a verse casos) la tuberculosis, la malaria, el dengue, el cólera… En fin, las enfermedades producto de la miseria; no podemos permitirnos un nuevo ciclo pandémico como el actual y menos una sindemia (en economía y en vidas). En un mundo tan conectado todo va de la mano: mejora sanitaria, reforma fiscal, normas de convivencia, apuesta por la equidad…

Veamos que piensa la OMS en su informe del 1 de abril de 2021 respecto a la necesidad de una Cobertura Sanitaria Universal:

- **Cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios de salud básicos.**
- **Cerca de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza extrema (es decir, viven con 1,60 € al mes o menos) por pagar los servicios de salud de su bolsillo.**
- **Más de 930 millones de personas (alrededor del 12 % de la población mundial) gastan un 10 % de su presupuesto familiar para pagar los servicios de salud.**
- **Todos los Estados miembros de las Naciones Unidas han acordado tratar de alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal a más tardar en 2030, en el marco de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).**
- **La Atención Primaria de salud puede atender entre el 80 % y el 90 % de las necesidades sanitarias de la población a lo largo de toda su vida.**
- **Actualmente hay un desajuste de 18 millones de profesionales entre el personal sanitario en activo en todo el mundo y el que se necesitaría para garantizar la Cobertura Sanitaria Universal.**
- **La cobertura de vacunación con DTP3 se mantiene en el 85 % (2017), lo que deja a 19,9 millones de niños vulnerables ante enfermedades prevenibles mediante vacunación.**

Sigue en página 4

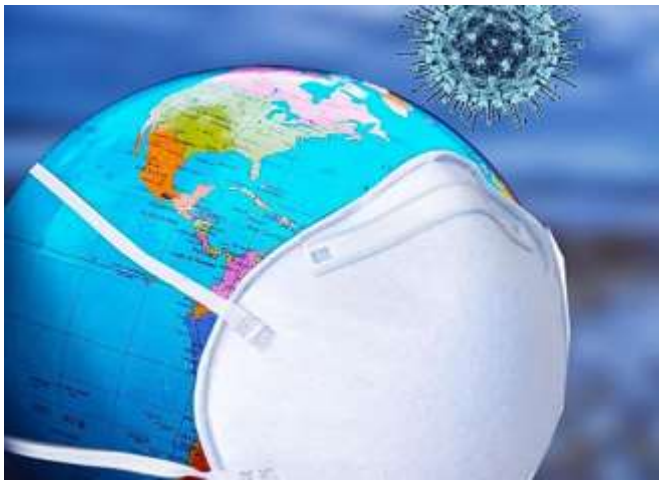
¿Qué es la Cobertura Sanitaria Universal (CSU)?

Abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. La cobertura sanitaria universal es una de las metas que se fijaron los países que adoptaron los ODS en 2015 y que reafirmaron este compromiso en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2019. La meta es para 2025 garantizar al menos que 1000 millones de personas más se beneficien de la Cobertura Sanitaria Universal, al tiempo que contribuye con otras metas.

¿De qué manera pueden los países avanzar hacia la Cobertura Sanitaria Universal?

Muchos países han avanzado, si bien en todas partes la pandemia de COVID-19 ha afectado a la disponibilidad de la capacidad de los sistemas de salud para prestar servicios de salud de manera ininterrumpida. Es preciso fortalecer los sistemas de salud en todos los países; también es esencial contar con estructuras de financiación sólidas. Si la población tiene que pagar la mayoría de los gastos de salud de su propio bolsillo, los pobres serán incapaces de obtener muchos de los servicios que necesitan, e incluso los ricos se verán expuestos a dificultades económicas en el caso de enfermedad grave o prolongada. El acopio de fondos procedentes de fuentes de financiación obligatorias (como los ingresos tributarios del Estado) permite repartir los riesgos financieros relacionados con la enfermedad entre la población. Se prevé que la creciente demanda de trabajadores de la salud creará 40 millones de puestos de trabajo en este sector de aquí a 2030. Se necesita invertir en los sectores público y privado para formar a esos trabajadores y para crear y cubrir puestos de trabajo remunerados. La pandemia de COVID-19, que afectó de forma desproporcionada al personal sanitario, ha puesto de manifiesto la necesidad de proteger a los profesionales de la salud y del ámbito asistencial, de dar prioridad a la inversión en su formación y empleo, y de promover alianzas destinadas a ofrecer unas condiciones de trabajo dignas.

Sigue en página 5



Las inversiones en Atención Primaria de calidad serán la piedra angular para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal en todo el mundo. La implantación requiere distintos enfoques que se centran en la organización y el fortalecimiento de los sistemas de salud como ha puesto de manifiesto la pandemia. Es necesario que los países aumenten rápidamente sus inversiones en Salud Pública y las funciones que requieren una acción colectiva y que solamente pueden financiar los gobiernos. Lo contrario, podría producir graves disfunciones de mercado.

¿Se puede medir la Cobertura Sanitaria Universal?

Sí. El seguimiento de los progresos realizados hacia la consecución debe centrarse en dos datos:

- **La proporción de la población que puede tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad (ODS).**
- **La proporción de la población que gasta sumas importantes del presupuesto familiar en la salud (ODS).**

Según la OMS y el Banco Mundial, Dieciséis son los servicios de salud esenciales como indicadores del nivel y equidad y se agrupa en cuatro categorías:

Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño (planificación familiar; atención durante el embarazo y el parto; inmunización infantil completa; comportamiento de búsqueda de atención en caso de neumonías). *Enfermedades infecciosas* (tratamiento de la tuberculosis; tratamiento por infección por el VIH con antirretrovirales; uso de los mosquiteros tratados con insecticida para la prevención del paludismo; saneamiento adecuado). *Enfermedades no transmisibles* (prevención y tratamiento de la hipertensión arterial; de la hiperglucemia; detección del cáncer cervicouterino; no consumo de tabaco). *Servicios* (acceso a los servicios hospitalarios básicos; densidad personal de salud; acceso a los medicamentos esenciales; seguridad sanitaria; cumplimiento estricto del Reglamento Sanitario Internacional).

La Cobertura Sanitaria Universal tiene fundamento en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental y se adquiere el compromiso de garantizar a todos los más altos niveles posibles de salud. Atajar la pobreza mediante el aumento de la cobertura de los servicios de salud y la reducción del empobrecimiento ocasionado por el pago de los servicios de salud.

Sigue en página 6

Algunos chispazos para el optimismo

El fondo internacional destinado a distribuir de manera equitativa las vacunas contra la COVID-19 en el mundo recibió 2400 millones de dólares adicionales que le permitirá obtener unos 1800 millones de dosis de vacunas; más dosis de fármacos que podrían llegar a América Latina y el Caribe. La COVAX podrá distribuir vacunas en lo que resta del 2021 y comienzos del 2022 en unos 91 países, entre los que están varios países que necesitan acelerar su inmunización como lo son: Colombia, Paraguay y Venezuela, entre otros.

Además, Estados Unidos, en palabras de su presidente Joe Biden, anunció que al menos el 75 % de las dosis de las vacunas que tiene su país serán donadas al mecanismo COVAX para ser distribuidas a nivel mundial. De ellas, unos 6 millones de vacunas irían a América Latina y el Caribe. A esta donación se han unido 5 países que aportarán más de 54 millones de dosis, y que elevan el total de las unidades de vacunas a 132 millones (España dona 15 millones de dosis más aporte económico). A 31 de mayo de 2021, COVAX entregó cerca de 77 millones de dosis en 127 países y territorios, cifras por debajo de las previsiones, pero que con el aporte reciente podrían revertirse y ayudar a lugares con picos de contagio. Al cierre de mayo, el país con más dosis de vacunas recibidas es Brasil, con cinco millones en total; sigue México, con 3,3 millones; Colombia, con 1,8 millones, y Argentina, que obtuvo poco más de un millón. Por contra, Uruguay con 98 000 dosis y Panamá con 74 400 dosis son los países que recibieron menos cantidad vacunas.

"La pandemia de la COVID-19 es una amenaza y requiere soluciones globales que no dejen a ninguna persona atrás. ¡Nadie estará a salvo hasta que todos estemos a salvo**!** Nunca antes se habían invertido tantos recursos y esfuerzo en investigar y desarrollar test, tratamientos y vacunas contra una enfermedad. El gran reto es que se distribuyan de forma equitativa y solidaria**.** Necesitamos un liderazgo global para aumentar la producción de vacunas y lograr la equidad de la vacunación". Más o menos esta es la síntesis del pensamiento con que la OMS encara la resolución de la crisis pandémica y sugiere que la solución debe ser global y continuada. Y nosotr@s agregamos que para asegurar la posCOVID equitativa y afrontar las derivaciones de las posibles secuelas físicas y también de salud mental que deja esta gran crisis sanitaria, la ya elevada cifra de enfermos crónicos sin obviar, por supuesto, los otros déficits: educativos, laborales, sociales… Y, sin duda, el inconmensurable dolor de los familiares de las víctimas de la pandemia. Deberemos encaminar la organización de la economía con nuevas partidas para financiar la seguridad y bienestar de las personas, ensanchar la idea de que la salud es un derecho tan importante como los son los otros derechos que garantiza nuestra constitución. Para ello es imprescindible un esfuerzo político que apacigüe la polarización porque sin acuerdos no será viable abrir la economía a la equidad. Es necesaria la globalización de la Cobertura de Salud Universal que asegure el bienestar de los habitantes de este planeta tierra y la Unión Europea debe implicarse en ello. MB

Carta abierta a las Américas

Una aclaración previa para justificar esta propuesta. En el año 1998 recibí el encargo de organizar en Madrid el Congreso Mundial de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Reunión que celebramos un año más tarde y a la que acudieron 1.336 congresistas procedentes de 88 países diferentes. Durante el mismo, tuve la oportunidad de reunir en mi casa a más de un centenar de colegas latinoamericanos y allí, mediante lo que se vino en llamar el espíritu de El Escorial, sentamos las bases conceptuales para establecer lo que denominaríamos Encuentros de Integración.

De ese modo, estimé que con una visión integradora se podrían conseguir beneficios mutuos de carácter científico, cultural y, por qué no, social, político, económico y humanístico para situar y conocer las claves de las relaciones iberoamericanas, profundizar en su conocimiento y, mejor aún, incitar a la integración iberolatinoamericana a diferentes niveles interpretativos. Así, poco a poco la oportunidad de ir planteando una actitud integradora en las relaciones iberolatinoamericanas de mi competencia profesional que he podido esgrimir en diferentes publicaciones y en los distintos foros donde he sido requerido para dilucidar sobre este asunto. A ese primer Encuentro de Integración le han sucedido otros dieciocho, a ambos lados del océano, en colaboración con las Sociedades de la comunidad neumológica clínico-quirúrgica correspondientes.

Pues bien ¿Qué cambió desde entonces?, para que los editores de *Memorias de la COVID-19. La Pandemia en las Américas,* me encarguen escribir esta carta. Entre otras muchas cosas, que por el momento no tienen cabida aquí, algo obvio: que estamos sufriendo una pandemia que ha puesto contra las cuerdas las bases del cacareado Estado de Bienestar. Y ahora que existen indicadores para pensar en una progresiva remisión de la enfermedad ¿qué sienten los profesionales sanitarios que se han enfrentado a tan tremenda experiencia? Tengo a varios familiares trabajando en puestos de primera línea y me dicen que están muy cansados; por mi parte pienso que eso puede mitigarse a poco que tengan algo de sosiego laboral. Sin embargo, existen circunstancias de más calado y acuciantes que me transmiten y que requieren otro tipo de actuación. Me dicen, por ejemplo, que están frustrados, al mismo tiempo airados, por la forma en la que se ha abordado la pandemia tanto desde el punto de vista político como sanitario. Perciben, así mismo, un incremento lacerante de las desigualdades que están conculcando los principios emanados de los Derechos Humanos.

Cuando interrogo a los colegas con los que he compartido tantos años de vida hospitalaria aprecio que se expresan de forma similar. Y cuando me intereso por lo que piensan mis amigos y colegas latinoamericanos creo que su desazón incluso se acrecienta; intuyo que ello puede apreciarse, junto a los copiosos gestos solidarios, en los artículos publicados en esta revista. Y ante el desolador panorama que estoy describiendo me pregunto ¿qué hacer y por qué? Pienso, de entrada, que sería conveniente reivindicar la ética y, al mismo tiempo, poner en práctica métodos analíticos y soluciones de carácter integrador.

Tengo dicho, también publicado en otras ocasiones, que la filósofa valenciana Adela Cortina se pregunta que para qué sirve la ética y en qué consiste la justicia. Y responde que la ética sirve, entre otras cosas, para recordar que es una obligación ahorrar sufrimiento y gasto haciendo bien lo que sí está entre nuestras manos.

Sigue en página 8

Así mismo, que cualquiera que pueda ayudar a proteger los derechos de las personas está obligado en justicia a hacerlo porque los derechos humanos nunca pueden ser violados por un presunto bien superior. Pienso que, en estos momentos, las desigualdades sociales están conduciendo a situaciones de manifiestas injusticias.
El hombre, decía Séneca, es el artesano de su propia vida. La moral y la ética son los instrumentos que condicionan el vivir del ser humano. Y no lo duden, la trayectoria vital puede tener dos direcciones: una, que en ética se denomina proactiva, permite anticiparse al futuro y diseñar el rumbo de los acontecimientos, en la otra, o reactiva, los acontecimientos nos corroen porque los hemos dejado llegar sin hacer nada con el modelo de vida que hemos decidido llevar.

Así ¿cómo es posible permanecer indiferentes ante las condiciones sanitarias que a diario se producen en la mayor parte de la población mundial? ¿Qué utilidad práctica tienen los valores morales que ha dignificado la sociedad del bienestar cuando sabemos que más de 8 millones de personas en el mundo mueren cada año porque son demasiado pobres para sobrevivir? Se cuentan por miles los niños muertos de malaria, de padres o madres muertos de tuberculosis, de sida, diarrea, infecciones respiratorias y otras enfermedades mortales junto a los millones de muertes causados por esta pandemia de forma directa o indirectamente a causa del notable incremento de la pobreza extrema que la enfermedad está produciendo.
Tengo la creencia que en momentos en los que la situación social y sanitaria adquiere tanta gravedad y amenaza aún más el futuro, en esos casos críticos, en ese instante, pienso que es preciso la movilización de la conciencia cívica para que, con la participación de todos los estamentos sociales, se analicen concienzudamente los efectos que están ocasionando las políticas hasta ahora llevadas a cabo y se hagan llegar a los responsables gubernamentales para modificar su conducta.

¿Que cómo hacerlo? Teniendo en cuenta el compromiso, liderazgo y carácter integrador que ha adquirido la *Red TBS-Stop Epidemias*, sugiero que a través de ella se cree un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participen las sociedades científicas y entidades sociales que lo deseen para elaborar un documento que estudie lo ocurrido hasta ahora y, en línea con una ética proactiva, aporte soluciones para anticiparse al futuro. Apelo a ello porque tal como ya he señalado en otras ocasiones a lo largo de mi intento integrador dos son más que uno. Porque de acuerdo con las recomendaciones de la *Sociedad para el Progreso de la Teoría General de Sistemas* puede reducir la duplicación del esfuerzo. Porque, de igual forma, puede optimizar los recursos y, en definitiva, mejorar sus objetivos científicos. Proporcionar una matriz disciplinar más amplia con efectos simbólicos y representativos. Porque puede aumentar la masa crítica, siempre necesaria para el desarrollo científico y tecnológico y puede aportar una estructura conceptual y metodológica experimentada.

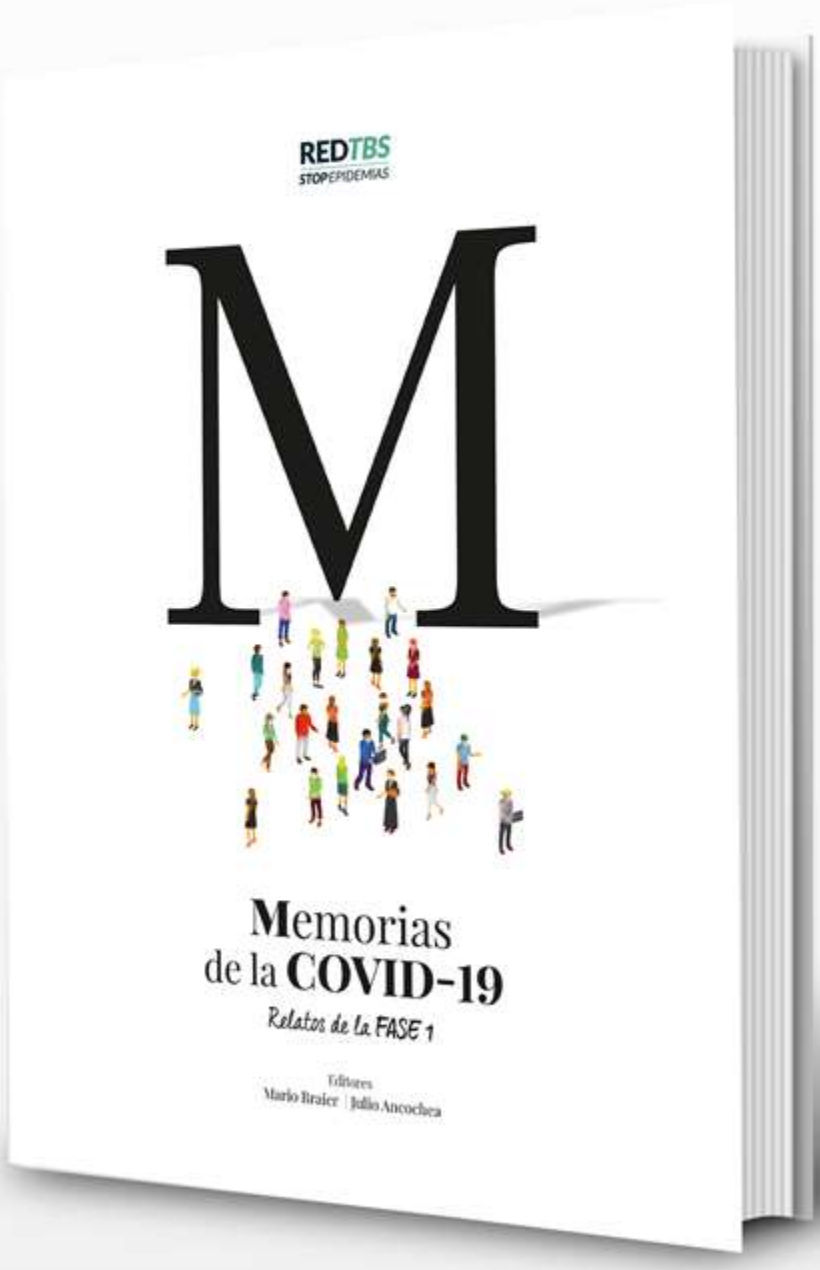
A los que vean en esta propuesta una intromisión no deseada con fines políticos les recuerdo que al médico se le asignan oportunas tareas deontológicas tal como especifica el *Código de Ética de la Organización Médica Colegial de España* cuando dice no solo que la profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad, sino que, además, los médicos están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

No deseo finalizar esta carta sin hacer referencia a Mariano José de Larra, tantas veces citado por mí, cuando expresa: las teorías, las doctrinas, los sistemas se explican, los sentimientos se sienten. Sentimientos de amistad, respeto y consideración que por mi parte siento por la comunidad latinoamericana.

Lorenzo Fernández Fau
Profesor de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid.
Expresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
Cofundador de Integración Iberolatinoamericana en Neumología y Cirugía Torácica

Memorias de la COVID-19
Edición 18 – 14.05.21
Edición 17 – 10.04.21
Edición 16 – 26.03.21
ÚLTIMA EDICIÓN
LA PANDEMIA EN LAS AMÉRICAS
LA PANDEMIA EN LAS AMÉRICAS
Edición 15 – 12.03.21
Edición 14 – 20.02.21
Edición 13 – 30.01.21
LA PANDEMIA EN LAS AMÉRICAS
LA PANDEMIA EN LAS AMÉRICAS
LA PANDEMIA EN LAS AMÉRICAS
memoriasdelacovid19.org

Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
REDTBS
STOPEPIDEMIAS
Próximo seminario web sobre tuberculosis
Chiesi
janssen
MENARINI
SANDOZ
PSN
OMC
SEMG
Seminario web : La Tuberculosis
(miércoles 2 de junio de 2021 de 12.30h a 13.30h)
IFRC
redtbs.org



La **Red TBS-Stop Epidemias** agradece la colaboración de Previsión Sanitaria Nacional y reconoce el esfuerzo realizado para la concreción de esta obra.

Y también el apoyo de:

Farmaindustria

Asomega

Hospital Universitario de La Princesa

Universidad Autónoma de Madrid

Cátedra UAM-GSK Respira Vida

Cátedra UAM-Roche EPID Futuro

Chiesi España

Grupo Menarini

Sandoz

Serveis Clínics

Edición impresa con los relatos publicados en las revistas de abril a agosto de 2020. Personas que narran su experiencia durante la epidemia a lo largo de 312 páginas y a través de 87 relatos; una obra con una tirada inicial de 10 000 ejemplares. El libro es gratuito y se puede solicitar enviando los datos personales (nombre y apellido, profesión, dirección postal, teléfono) a: redtbs@redtbs.org // Quien lo solicite debe asumir el coste del envío a través del servicio de mensajería que prefiera. También se puede leer en su propia web Memorias de la COVID-19

Ana María López
Neumóloga del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Docente Universitario UNC. Córdoba. Argentina

Vivir en pandemia y nunca imaginado

Son tantas las cosas que cambiaron en nuestras vidas, diría que absolutamente todas… y para todos. Además, debimos aceptar que no hay fecha límite para recuperar nuestra vida como antes de la pandemia. Escucho que cada uno de nosotros, lo percibo en conversaciones, fija un mes lejano para acomodar sus pensamientos, pero la realidad va alargando los plazos… Este virus, ha atravesado fronteras, igualado naciones, pueblos, estratos sociales y religiones. Como médica, sentí la necesidad urgente de informarme, de poder responder a los tantos interrogantes que con el devenir del tiempo fueron cada vez más acuciantes y numerosos. No fue ni es sencillo poder separar una aguja en un pajar, ya que los investigadores se vieron enfrentados a buscar en tiempo récord cuáles eran las opciones terapéuticas que tenían un fundamento científico. Es así, que se publicaban artículos que evaluaban las terapias a velocidad casi vertiginosa, pero que posteriormente fueron derrumbándose con la experiencia acumulada.

Cada uno de nosotros tuvo un colega que enfermó, que estuvo grave y que también murió por contagio atendiendo pacientes con la COVID-19. El suspenso de no saber si me va a tocar o no…
Surge así el temor de enfermarnos y enfermar a nuestros seres queridos. ¿A quién le tocará esta vez? Todo eso nos generó angustia, desazón y una fuerte sensación de fragilidad ante la posibilidad de la muerte, ejerciendo una profesión tan expuesta, pero sintiendo el desafío y el compromiso que nuestra tarea médica conlleva.

El virus no discrimina. Podríamos decir que nos trata por igual, nos pone igualmente en riesgo de enfermar, perder a alguien cercano y vivir en un mundo de inminente amenaza; el virus demuestra que la comunidad humana es igualmente frágil.

Cada vez que se anunciaban cientos y hasta miles de muertos diarios no podía dejar de pensar que eran abuelos, padres, madres, esposos, esposas, hijos y amigos que se cobraba esta enfermedad, dejando un gran vacío en tantas y tantas personas. Por todo esto, aún no puedo aceptar la negación a esta enfermedad, la negación a vacunarse, a lo que se suma la impotencia que me genera la falta de compromiso moral y social de los jóvenes y al no cumplir con las pautas de cuidado preventivo, pueden producir los rebrotes de la enfermedad como si todo volviera a empezar.

La pandemia ha desnudado en todo el mundo las precariedades de los sistemas de salud, castigando implacablemente a los países más pobres y más poblados. Creo que nunca se borrarán de nuestras mentes las imágenes de los entierros en las fosas comunes. Se ha expuesto ante todo nosotros la incapacidad de algunos estados o regiones para prepararse con anticipación, a reforzar las políticas nacionales, sumando a esta situación la llegada de empresarios ansiosos por capitalizar el sufrimiento.

Sigue en página 12

La crisis social y económica profundizó las inequidades existentes, y hubo países en los que, como en el mío, se ha hecho uso político de la pandemia: de la provisión y de la distribución del casi milagro de disponer de vacunas en tiempo récord. Tenemos una de las cuarentenas más prolongadas, y no ha quedado área en la cual la pandemia no haya producido efectos. La educación es una más de ellas ya que la virtualidad no es accesible a todos los estudiantes y los resultados entre la presencialidad y la virtualidad no son comparables.

Existe además una vorágine de noticias que ha sido definida como "infodemia", que sería una pandemia de información, necesaria pero que puede ser real, falsa, amarillista y hasta catastrófica. Por eso debemos tener una actitud crítica y seleccionar nuestras fuentes de información confiable.

En relación a la tecnología he de decir que ha estado de nuestro lado ya que nos permitió "vernos" con nuestros afectos, aunque sea mediante una pantalla. En el ámbito académico faltó el contacto cálido con nuestros colegas, pero hemos podido seguir asistiendo a los eventos científicos en los que habitualmente participábamos sorteando el desafío de los secretos de las plataformas virtuales.

Otro aspecto invaluable, recién dimensionado cuando lo hemos perdido, es nuestra cotidianeidad, simplemente desde salir de nuestros hogares con una nueva indumentaria, el barbijo, guardar las compras del supermercado bañadas previamente en lavandina, dejar de reunirnos con amigos, familiares y restringir tantas salidas que nos proporcionaban el placer de compartir momentos con nuestros afectos. Y nos preguntamos: ¿Qué era lo importante y lo urgente? ¿Qué era lo grave?

Integro el Comité de Bioética desde hace más de 20 años, es la institución a la que pertenezco desde que ingresé a la residencia de Medicina Interna y luego de Neumología. En el marco de este Comité nos hemos reunido para tratar los dilemas éticos que se plantean ahora sobre quiénes deben acceder a un respirador y a quién le correspondería la prioridad: ¿Un adulto mayor, un joven o un profesional de la salud? A estas situaciones son a las que nos enfrentamos en los peores momentos y que nos deja en claro que es mucho más costoso abordar una pandemia cuando ya es una emergencia, que hacerlo como un riesgo a prevenir.

No quiero terminar estas líneas sin un pensamiento positivo, porque así es mi temperamento. Si este es el peor momento, también es el mejor. En nuestra ansiedad, estamos obteniendo profundas reservas de la fuerza y ejemplos de vida y conducta de los demás. En nuestro aislamiento, estamos redescubriendo la comunidad. En nuestra confusión, estamos repensando en quién confiamos. La pandemia ha puesto a prueba la templanza de cada uno y nos enfrenta a la balanza: Debilidad vs. Fortaleza; de ello depende como será nuestro transitar.

Julio Cortázar dijo una frase que se aplica ahora más que antes: "Hoy más que nunca, necesitamos una conciencia de pertenencia recíproca a una misma especie y Casa común, que nos permita enfrentar a la especie que ahora amenaza la existencia de la nuestra".

A R G E N T I N A

Capital de la Provincia de Córdoba

Hospital Privado Universitario de Córdoba

¿Habremos aprendido la lección?

Luis Adrián Rendón Pérez
Jefe del Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias. Hospital Universitario de Monterrey, UANL. México

Viajo por la noche a la ciudad de México a inaugurar una convención de Neumólogos en mi calidad de presidente entrante de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Cuando aterrizo, llegan múltiples mensajes a mi celular. Mis colegas avisan que hay un caso sospechoso de SARS-CoV-2. Al día siguiente, 28 de febrero 2020, la noticia ya es primicia en los medios de comunicación y por supuesto, en las redes sociales. ¡Se confirma el primer caso de COVID-19 en México!

Ruth Medina
Coordinadora general del Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias. Hospital Universitario de Monterrey, UANL. México

Me dirijo al evento en donde se esperan a más de 500 especialistas de todo el país. Encuentro colegas que van llegando. Los saludos, tradicionalmente afectuosos y largos se transforman en una pregunta directa y corta: ¿Qué hacemos? Pregunta sin respuesta simple. Todo es incertidumbre, todo es azoro y nadie lo confiesa, pero se huele el miedo a lo desconocido y a la certeza de que no estamos preparados. Trabajamos en un medio en que las enfermedades respiratorias no son atendidas con toda la eficiencia necesaria, y ahora, se suma una potencialmente mortal y con un riesgo alto de contagio para la cual no hay tratamiento.

Los organizadores del evento, una compañía europea, me abordan rápidamente y piden mi consejo. ¿Cancelamos el evento? Es la primera de muchas veces en las que tendré que tomar decisiones que involucrarán a un gran número de personas. Poco sabíamos de la COVID-19, pero mi formación profesional, orientada a las infecciones respiratorias me facilitó elaborar la respuesta. Asumiendo el riesgo de ser exagerado, categóricamente recomendé cancelar inmediatamente la convención. Mi interlocutor titubeo al escuchar mis palabras, ya que la decisión final pasaría por sus superiores. En ese momento, saludo a lo lejos a uno de los profesores que iban a participar. Aprovecho el instante y comento; “Corremos el riesgo de que alguno de los médicos que asistan haya participado en la atención del enfermo. Y si ya hay un caso comprobado, seguramente hay más que aún no se han detectado. Además, nadie estará concentrado en el evento, todos estarán pensando en su familia, en su trabajo, en ellos mismos y preguntándose si no hay alguien contagiado en la convención. ¿Qué hubieran hecho en Europa ante esta situación?” Creo que fui convincente porque en ese momento el responsable del evento consultó a sus colegas, explicó la situación y mi recomendación fue validada con una orden expresa de suspender la reunión.

Sigue en página 14

Los recién llegados, fueron interceptados y llevados nuevamente al aeropuerto. Los que aún estaban en el aeropuerto, desde ahí mismo se les ayudó a regresar a sus hogares. Hubo algo de caos, pero nadie protestó y todos aceptaron la indicación. La resignación a empezar una nueva forma de vida se estaba asimilando sin notarlo. Pocos días después, la naturaleza nos enseñó que habíamos obrado con cordura. Se declara a la COVID-19 como pandemia y los casos crecen de manera exponencial retando al sistema sanitario y a nuestra tradicional y despreocupada forma de pasar los días. Vivíamos lo que se llamó acá la primera etapa, en la que los casos eran fáciles de documentar y se atendían en centros con infraestructura previa suficiente para los casos graves. Nos vamos al confinamiento, se cierra todo y aunque parezca increíble, también hospitales que atendían todo tipo de enfermedades para convertirse en centros COVID-19. Esta acción cobraría posteriormente su factura por la desatención a las enfermedades que siempre han estado, y que nos acompañarán.

Los casos aumentan exponencialmente y pasamos a la segunda etapa donde los contagiados ya se cuentan por miles y reciben atención en los recién implementados centros COVID-19, donde se recluta personal nuevo que se ve inmerso en el manejo de pacientes sumamente críticos y que en otras situaciones estarían en manos de personal altamente experimentado. La capacidad llega a su límite y entramos en la tercera etapa, el pico de la primera ola. Solo los pacientes más graves son recibidos en los hospitales, las camas empiezan a ser *reservadas*, los equipos de protección escasean, hay desabasto de medicamentos, los casos son cientos de miles, pero los muertos ya son millares, el número sigue creciendo y ya hay mexicanos muriendo en su casa.

La pandemia ya es un pandemónium. Las cargas de trabajo son exhaustivas, el sufrimiento compartido entre enfermos, familiares y el personal médico es lo habitual. Aislamiento, fatiga, dolor, desesperación, impotencia y miedo, son los ingredientes del primer día en el hospital, pero también el del segundo y el tercero y muchos, muchos más. A pesar de todo esto hay mucha gente en las calles, algunos por necesidad, muchos otros por necedad. El confinamiento es lo que se aconseja, pero sin que se exija su cumplimiento; se vuelve una decisión personal. Lo mismo aplica para el uso del cubrebocas. Finalmente, después de varios meses amaina la primera ola y nos da un respiro, pero solo para golpearnos nuevamente con una fuerza feroz. Su blanco fue la época navideña de 2020. La COVID-19 sembró ahí su semilla de destrucción y cosechó sus víctimas en los meses siguientes. Si la primera ola nos pareció terrible, no encuentro un adjetivo calificativo para la segunda, más que comentar lo que me tocó vivir.

Mi enojo por la falta de prudencia de la gente durante los días festivos pronto se transformó en tristeza e impotencia ante la incapacidad de ayudar a tanto enfermo que requería atención especializada. Y mi tristeza evolucionó a miedo y prontamente se transformó en pánico. Al principio veíamos enfermos desconocidos, luego al conocido de alguien, luego a alguien que sí conocíamos y empezábamos a ver que amigos de la familia caían y la secuencia lógica es que ahora fueran nuestros seres queridos los afectados. Si eso ocurría era poco lo que se podría hacer por ellos ante la insuficiencia de los servicios necesarios. Ya había familias enteras enfermas en sus casas. Empezó con un asintomático que contagió a todos, sí a todos, y luego fueron cayendo uno a uno. Requiriendo atención en un hospital fueron rechazados por falta de cupo. Ayudarlos en su casa fue como hacer medicina de guerra; no hay peor experiencia que esa. Sin enfermera, un enfermo crítico ayudado por un familiar sin ninguna capacitación y con asistencia por telemedicina. Compartir el oxígeno entre varios enfermos o usarlo solo a ratos para que no se acabara fueron recursos desesperados en la lucha por sobrevivir. Dar resucitación o ver morir ahogándose a un ser querido es un sufrimiento por el que nadie debería pasar.

Sigue en página 15

Y mencioné que mi tristeza se convirtió en pánico porque dentro de la gente que prefirió celebrar, estaban amigos y seres queridos. Tomaban un riesgo en el peor momento, si se contagiaban, seguramente estarían solos enfrentando el problema. Si fueran afortunados sería en un hospital, si no, en su hogar exponiendo a los que aún no se enfermaban. Parece el guion de una película macabra, pero es lo que nos tocó vivir.

Finalmente salimos de la segunda ola que más bien fue un tsunami que dejó una gran estela de devastación convirtiendo a México en el país con mayor letalidad del planeta y con el mayor número de personal sanitario afectado. Y llegaron las vacunas a cuenta gotas, pero generando una falsa expectativa de que ya habíamos superado la crisis sanitaria.

Ahora vemos con gran consternación, que la confianza le está ganando a las enseñanzas del pasado y se está negando la realidad, de que esto aún no se acaba. Los sobrevivientes de la COVID-19 que no han recuperado su salud después de la fase aguda son muy numerosos. No hay tratamiento para las secuelas y el sistema sanitario no está preparado para atenderlos. La reactivación social sumada a la aparición de mutantes más trasmisibles, más letales y que no son cubiertas totalmente por las vacunas, son indicadores de que todavía estaremos en la batalla, con seguridad por varios meses más, y muy probablemente por los años venideros.

Mientras una sola persona no esté protegida, la humanidad seguirá estando en riesgo de vivir más sufrimiento. La pandemia que aún seguimos viviendo empezó con un solo caso. Muchos han orado pidiendo protección a un ser superior. Pues nos está escuchando y nos manda mensajes muy claros por todas las vías posibles. Nos dice: “Solo hagan lo indispensable. Háganlo cuidándose mucho. Vacúnense a la brevedad. ¡ESCÚCHENLO!”.

Pd. Estamos a fines de junio de 2021 y vemos un resurgimiento en el número de casos: ¿Habremos aprendido la lección?

M É X I C O

REDTBS STOPEPIDEMIAS

I JORNADA IBEROAMERICANA de ACTUALIZACIÓN COVID-19 + Tuberculosis

online

19-20 y 21 de octubre de 2021

17:00 h. a 19:00 h. (Hora de España)

Inscripciones: redtbsstopepidemias@gmail.com

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
***Newsletter*RedTBSinforma nº 50 - Memorias de la COVID-19 nº 20**
Edición de La Pandemia en las Américas – 26 de junio de 2021
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo
Webs: www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org
Fotografías propias, Depositphotos, Freepik y agencias / ISSN: 2660-7263
Contacto: redtbs@redtbs.org - redtbsstopepidemias@gmail.com

REDTBS STOPEPIDEMIAS

Ivone Evangelista Cabral
Professora da Faculdade de Enfermagem Materno Infantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Editora Chefe da Revista de Enfermagem. Membro da Associação Brasileira da Enfermagem y Membro da Red ENSI. Río de Janeiro. Brasil

Enfrentar la pandemia en el contexto brasileño

Soy profesora titular (jubilada) de la Universidad Federal de Río de Janeiro, profesora del Programa de Posgrado en Enfermería y también editora en jefe del periódico *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Desde noviembre de 2020 inicié una nueva carrera como profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. Las dos universidades, donde desarrollo mi actividad como educadora, investigadora y extensionista, son instituciones públicas, socialmente comprometidas con la educación universitaria y la justicia social. Río de Janeiro es una ciudad acogedora, cálida y vibrante. La mayor parte del año el clima es agradable e invita a todos los turistas a descubrir sus lugares más pintorescos de verdaderas tarjetas postales.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) brinda servicios públicos, y regula y controla el sector privado de la salud. Desde el comienzo de la pandemia, hemos tenido cuatro ministros de salud. La crisis sanitaria del país se decretó el 16 de marzo de 2020 (Decreto nº 46.973, del 16/03/2020) cuando reguló la situación de emergencia y definió medidas sanitarias provisionales para prevenir la diseminación del reciente coronavirus. Dos médicos fueron ministros, un general sin formación médica y más recientemente, otro médico cardiólogo que sigue enfrentándose a la política de negación del presidente. La enfermedad de la COVID-19 se ha convertido en escenario de disputas políticas entre los poderes del Ejecutivo Central, Estados y Municipios, con constantes amenazas de instauración de un estado de sitio y una fuerte militarización de la administración pública del país.

La pandemia está fuera de control, lo que mantiene el número de casos nuevos y muertes en niveles altos, acompañada de una gran cantidad de informes insuficientes y pocas pruebas. Durante semanas, hemos estado en el epicentro de la crisis sanitaria mundial con más de 100 países cerrando sus fronteras con Brasil. El promedio de muertes diarias es de más de 2.000, con casi 15 millones de personas infectadas. Estamos cerca de la marca de la muerte del medio millón. Somos uno de los países con menor tasa de vacunación (puesto 64), menos del 10% de la población ha sido vacunada.

Las clases populares que viven en favelas y barrios marginados fueron las más afectadas. El miedo fue reemplazado por descuido a medida que aumentaba el número de casos y muertes. Es una enfermedad que llegó a Brasil con personas de las clases más pudientes, transmitida por viajeros de países europeos en el epicentro de la crisis de salud, turistas que llegaron a Brasil durante el Carnaval 2020. Los cambios en las cepas fueron muy rápidos.

La falta de equipo de protección personal para los profesionales de la salud, ventiladores respiratorios y oxígeno en algunas de las ciudades más industrializadas como Manaus son algunos de los muchos desafíos que enfrentan las enfermeras de primera línea. La distribución de un kit preventivo (*hidroxicloroquina, ivermectina*) para COVID-19, y más recientemente la vitamina D, todo sin evidencia

Sigue en página 18

científica de eficacia, ha contribuido al aumento del número de nuevos casos. Actualmente, el riesgo de agotamiento del kit de intubación y mantenimiento de un paciente intubado continúa amenazando el sistema de salud y la vida de las personas.
Aún vivimos, la negación de la vacuna. La tasa de vacunación es lenta, se está implementando por grupos de edad, dando prioridad a ancianos, personas con comorbilidades, personas con discapacidad; pero el calendario de vacunaciones está constantemente suspendido por falta de insumos para la producción de vacunas. En otras palabras, no tengo buenas noticias para lo que vivimos en el país… "Pero esperamos…", que esto suceda ... como todas las pandemias que ha vivido la humanidad.

En este contexto, las enfermeras brasileñas han respondido a la pandemia en diferentes entornos de práctica profesional. En Brasil, la fuerza laboral de enfermería está representada por el 24,5 % de las enfermeras, el 37 % de los auxiliares y el 75,5 % de los técnicos de enfermería. Por tanto, la mayoría de los profesionales con educación secundaria y no universitaria se enfrentan a la codicia. En Brasil hay más de 2 millones de enfermeras registradas en la Junta Profesional de Enfermería. Estas enfermeras, en su mayoría mujeres de raza negra pertenecientes a las clases populares que reciben salarios indignos y están expuestas a pésimas condiciones de trabajo; están a la vanguardia de la atención de las personas con la COVID-19. Mujeres y hombres agotados que enferman y mueren en el ejercicio de su profesión. Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 en Brasil, ausencia, insuficiencia o mala calidad de equipos de protección personal (EPP), personal inadecuado e insuficiente y otros problemas graves que revelaron las pésimas condiciones laborales que suponen, exponen a los profesionales sanitarios a infecciones, enfermedades y muerte.

Los datos del Observatorio del Conselho Federal de Enfermagen (COFEN) del 17.06 indican la tasa de letalidad por la COVID-19 del 2,49 %. Entre los profesionales de enfermería el número de casos reportados fue de 57 008 y 790 muertos. Sin embargo, la pandemia también puso de relieve las dificultades y limitaciones a las que ya están sometidos los profesionales de enfermería, dadas las inadecuadas o incluso inadecuadas condiciones de trabajo.

Los profesionales de enfermería están presentes y realizan acciones asistenciales que van desde Atención Primaria y Vigilancia Epidemiológica hasta el seguimiento, recogida de pruebas, aislamiento de casos confirmados, identificación y seguimiento de pacientes infectados y comunicantes, hasta acciones de atención de urgencias, hospitales, incluidos cuidados críticos e intensivos. En la guía elaborada por el Ministerio de Salud, la enfermería tiene un papel destacado en la Atención Primaria, en las pruebas de *screening*, en la atención hospitalaria, en hospitales de campaña y en las instalaciones permanentes de las Unidades de Cuidados Intensivos. Durante este período, los cursos de enfermería, pregrado y posgrado desarrollaron la teleenseñanza debido al cierre de universidades por aislamiento.

Se incrementa la investigación científica sobre la salud mental de los trabajadores de enfermería, evaluación de la efectividad de las medidas sanitarias, experiencias de teleenseñanza, buenas prácticas de atención a personas hospitalizadas con COVID 19… Un hito importante fue la creación de la *Vitrines do Conhecimento – Enfermagem* COVID-19, en português e español, por parte de la *Biblioteca Virtual de Salud Enfermería*, que reunió una colección de publicaciones y protocolos de investigación aprobados por el Sistema CEP/CONEP de evaluación de la ética en la investigación.

En resumen, el activismo de las organizaciones de enfermería, la promoción de la investigación y la formación de estudiantes en el cuidado de personas con la COVID-19 fueron muy importantes para la visibilidad de los profesionales de enfermería. Como enfermera y profesora universitaria participé activamente en los procesos que permitieron la continuidad de la educación de pregrado y posgrado, investigación en enfermería, seguimiento de pacientes y teleservicio domiciliario.

BRASIL

Ivan Cherrez Ojeda
Miembro del Comité de Asma de la Organización Mundial de Alergia. Profesor Investigador de Medicina en la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Presidente del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos Clínica Kennedy. Guayaquil, Ecuador

La oscuridad de la pandemia

Llegó y nos golpeó a todos, a los cercanos y a los distantes, al primer mundo y al tercero, todos fuimos iguales. La urgencia de estudiar los precedentes para vislumbrar de qué manera lo enfrentamos nos sumió casi en una obsesión en la que nada valía escuchar: "Ya no leas… vas a tener más stress". Y tal como venía sucediendo, el contagio teníamos que enfrentarlo muy pronto. Todos teníamos, con los pocos datos que iban saliendo, la sensación de que sabíamos que se venía un peligro inminente. Llegó y aparecimos en los periódicos de todo el mundo. Guayaquil, la Perla del pacifico, fue tristemente noticia internacional con sus cadáveres en las aceras. Toda la preparación que se creyó suficiente de ninguna manera lo fue.

En nuestro caso cuando nos enteramos que China construiría hospitales, en tiempo record, fue suficiente para pensar y comprobar que con nuestras falencias estaríamos en una desventaja grande. Las esperanzas como que el tipo de clima o que la humedad nos favorecería en algo, poco a poco se disipó y fueron rompiéndose las expectativas. Había que protegerse pronto, muchos no lo hacían y los que se protegía parecían ser "los miedosos, los nerviosos", sin duda el ser humano en momentos así, de gran incertidumbre y peligro, es muy dispar en sus respuestas.

Llegaron las llamadas de angustia a cualquier hora, el deseo de ayudar leyendo lo último publicado para su tratamiento. Llegaron las noticias de los primeros colegas que sucumbían a la enfermedad. Fue un tiempo de mucha tristeza y zozobra y para los creyentes mucha oración y pedido de ayuda: El hogar era el único espacio seguro si se preservaba de los demás.

Los médicos aportamos con charlas de preparación para los posibles escenarios, hicimos capacitación en nuestros lugares de trabajo tratando de preparar y convencer y convencer a todos que el peligro era inminente. La COVID-19 arrasó con todo, fue sembrando dolor e incertidumbre por donde pasaba, pero también dio esperanza de luchar y mejorar los momentos terribles que pasábamos.

Así que formamos una mesa técnica con diferentes especialidades donde discutíamos y sugeríamos inclusos a las autoridades nacionales cuales podían ser las mejores estrategias para afrontar a la pandemia. Del mismo modo, se organizaron *webinar* con profesores de Europa y Estado Unidos, donde nos mostraban y mostrábamos cuáles eran los tratamientos que realizábamos a nuestros pacientes. Vale la pena destacar que siempre, en los pacientes graves, usamos corticoides desde el inicio de la pandemia, tratamiento que muchos meses después fue avalado por la literatura internacional.

Una de las cosas valorables de enfrentar la pandemia fue la necesidad de una lectura crítica y científica sobres las publicaciones que iban apareciendo en las principales revistas internacionales, esto nos permitió no caer en tratamientos no avalados, que podrían producir más perjuicio que beneficio.

Sigue en página 20

La pandemia también nos mostró la solidaridad que existe en nuestra sociedad. La población lo expresó y muchos querían ayudar de alguna manera, ya sea aportando medicinas, fabricando respiradores, aportando alimentos… y todo lo que fuera necesario para poder ayudar a los demás. Y lo más importante, fue el valor real de lo que representan los trabajadores de la salud muchos de los cuales dejaron su vida con tal de salvar otra.

Durante esta pandemia viral, los científicos no descansaron, el personal sanitario trabajó sin tregua y se procuraron los recursos financieros dentro de lo factible en pro del remedio que pueda devolvernos la tranquilidad y la estabilidad.

Ya a veces, como en nuestro caso, a falta de vacunas, hay otra vacuna ya probada y garantizada de la cual poco se habla y a cuyo uso nos resistimos, porque significa en la mayoría de los casos, que se trata de cambiar un estilo de vida libertino por otro más moderado que demanda renunciar a la comodidad y el abuso o a la prepotencia y reemplazarlos (aunque sea provisoriamente) por la austeridad y la humildad; el llamado distanciamiento. Porque esta vacuna nos pide cautela en la consecución de los recursos, racionalidad en el uso y respeto a la madre tierra y todo lo que habita en ella, virtudes que la humanidad contemporánea desconoce debido a la globalización, al consumo irresponsable y a la codicia por la riqueza entendida como una acumulación de dinero que lo permite todo y sin pensar en los demás ni en el nosotros.

GUAYAQUIL

Guayaquil desde cerro Santa Ana

Guayaquil desde faro del cerro Santa Ana

Calle del casco antiguo de Guayaquil

Floristería en mercado de Guayaquil

El tabaco mata en el mundo a más de ocho millones de personas cada año. Siete millones de esas muertes se deben al consumo directo del tabaco y cerca de 1,2 millones al tabaquismo pasivo. Fumar tabaco es un factor de riesgo conocido en las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, tumorales… así como de infecciones en vías aéreas. La OMS estableció en 2020 que los fumadores tienen más probabilidades de desarrollar síntomas graves en el caso de infección por COVID-19, en comparación con los no fumadores.

La tuberculosis tuberculosis ha sido desplazada del primer puesto como la enfermedad infecciosa que más mata. La pandemia de la COVID-19 ha pasado a ocupar el primer lugar, según el informe *Vigilancia y seguimiento de la tuberculosis en Europa 2021*, realizado por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud .

En Latinoamérica las vacunas contra la COVID-19 prometían la posibilidad de levantar restricciones a la población, desahogar los sistemas de salud y proteger la economía de los países. En lugar de esto, el acceso desigual a las vacunas alrededor del mundo continúa causando fallecimientos innecesarios, prolongando la pandemia y, además, en este momento estamos en una carrera contra el surgimiento de más variantes de preocupación. Las cifras alarman con múltiples regiones del mundo que tienen alta transmisión del virus.

Nos tomó 9 meses alcanzar 1 millón de fallecimientos por COVID-19 alrededor del mundo cuando no había vacunas y solo 4 meses en alcanzar 3 millones de fallecimientos ya teniendo vacunas disponibles. Sin embargo, a pesar del enorme esfuerzo realizado hasta el día de hoy, existe injusta desigualdad en la distribución del vial. Mientras hay países como Estados Unidos, donde 44 % de su población ha recibido al menos una dosis de la vacuna y está disponible para cualquier adulto que desee ser vacunado, tenemos trabajadores de la salud de primera línea en otros países que aún no la han recibido. Estados Unidos ha administrado al menos 216 millones de vacunas, es decir, ha aplicado 14 veces más vacunas que todo el continente africano junto, que incluye a 52 países con 1,2 miles de millones de personas y, en donde solo se han administrado 15,6 millones de vacunas. **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, director general de la Organización Mundial de la Salud, ha insistido que estas desigualdades que se han visto alrededor del mundo son inasumibles y que de las más de 700 millones de dosis administradas en el planeta, el 87 % se han aplicado en países desarrollados y solo 0,2 % ha ido a países pobres.

La Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), **Carissa F. Etienne**, llamó a prestar atención a la lentitud con la que avanza la tasa de vacunación contra la COVID-19 en América Latina y el Caribe. Advirtió que el control del virus podría tomar años si se mantienen las tendencias. "Hoy estamos viendo el surgimiento de dos mundos: uno que vuelve rápidamente a la normalidad y otro en el que la recuperación sigue estando en el futuro lejano".

En países, como Bolivia, Ecuador y Perú, sólo han vacunado a 3 % de su población y otros como Guatemala, Trinidad y Tobago y Honduras, ni siquiera al 1 %. Menos de 3 millones de personas han completado su esquema de vacunación en el Caribe, mientras que en Centroamérica 2 millones. "Las desigualdades en la cobertura de vacunación son innegables. Desgraciadamente, el suministro de vacunas se concentra en pocos países mientras la mayor parte del mundo espera que se distribuyan las dosis. Aunque las vacunas contra la COVID-19 son nuevas, esta historia no lo es: la desigualdad ha dictado con demasiada frecuencia el derecho a la salud".

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

Francisco García Río es Jefe de la Sección de Neumología del Hospital Universitario La Paz y profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Es jefe de grupo de investigación del IdiPAZ y del CIBER de Enfermedades respiratorias, y presidente electo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Carmen Martín Muñoz es Directora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. MBA por el Instituto de Empresa de Madrid y cursos de especialización en gestión clínica y sanitaria. Ha desarrollado su trayectoria profesional tanto en la Administración Sanitaria Pública como Entidades Sanitarias Privadas.

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.

Sigue en página 23

CONSEJO EDITORIAL

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

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 de 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.

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.

Memorias de la COVID-19

20

La Pandemia en las Américas

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
*Newsletter*RedTBSinforma nº 50 - Memorias de la COVID-19 nº 20
Edición de La Pandemia en las Américas - 26 de junio de 2021

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR)–Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios(ANSICH)– Associació Illenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias – Acta Sanitaria – Centro de Atención de Adicciones La Latina – Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo Cruz Roja Española – Centro de Acogida para Inmigrantes San Blas – Departament de Justícia Generalitat de Catalunya – Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) - Organización Médica Colegial (OMC) – El Global – Editorial Saned Revista El Médico – Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española – Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER) – Fundación SEMG Solidaria Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (FUITB) – Gaceta Médica – Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) – Ibsen Comunicación - infomedpress – IF Fundación Teófilo Hernándo – Luzan 5 – Médicos del Mundo Illes Balears NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping – Publimas Digital – IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria 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

Serveis Clínics
PSN
GRUPO MENARINI www.menarini.es
Chiesi
SANDOZ A Novartis Division
janssen Johnson & Johnson

Consejo Institucional
Dr. Tomás Cobo Castro
Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz
Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma
Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Consejeros
Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Dra. Pilar de Lucas Ramos
Dr. Benjamín Abarca Buján
Dra. Inmaculada Alfageme Michavila
Dr. Serafín Romero Agüit

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. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
D.ª Mª Teresa de Miguel Tarancón
D.ª Noelia Martin-Buitrago López-Carpeño