



Nota de campo

# La hospitalización terapéutica obligatoria en el control de la tuberculosis

Joan R. Villalbí<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Mònica Rodríguez-Campos<sup>a</sup>, Àngels Orcau<sup>a,b,c</sup>,  
M. Àngels Espachs<sup>a</sup>, Marta Salamero<sup>a</sup>, José Maldonado<sup>e</sup> y Joan A. Caylà<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>c</sup> Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau, Barcelona, España

<sup>d</sup> Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>e</sup> Serveis Clínics SAU, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 6 de octubre de 2015

Aceptado el 16 de diciembre de 2015

On-line el 29 de enero de 2016

### Palabras clave:

Tuberculosis  
Regulación sanitaria  
Hospitalización obligatoria  
Vigilancia de salud pública

### Keywords:

Tuberculosis  
Public health law  
Detention  
Public health surveillance

## R E S U M E N

Este trabajo describe las acciones de los servicios de salud pública de la ciudad de Barcelona para evitar la transmisión de la tuberculosis por pacientes bacilíferos incumplidores utilizando las posibilidades de la Ley 3/1986. Se basan en la resolución de la autoridad sanitaria de la necesidad de su localización y hospitalización terapéutica obligatoria para administrar el tratamiento, movilizándolo a la persona afectada y pidiendo al Juzgado de lo Contencioso Administrativo su ratificación. Se describen el proceso y las características de los casos. Desde julio de 2006 hasta junio de 2015, a lo largo de 9 años, se ha activado sólo en 12 ocasiones. Se valora que se ha usado con prudencia y proporcionalidad, y que ha permitido tratar a pacientes que comportaban riesgo en su entorno, reduciendo así la transmisión de la infección.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Hospital detention in tuberculosis control

### A B S T R A C T

This article describes the actions of public health services of the city of Barcelona to prevent tuberculosis transmission by noncompliant smear-positive patients by using the possibilities of Spanish Law 3/1986. The actions were based on a resolution of the health authorities on the need to locate such patients and to detain them in hospitals to provide treatment. This involved police cooperation, informing noncompliant patients, and requesting ratification from the Administrative Court. The article describes the process and the characteristics of the cases involved. Over nine years, from July 2006 to June 2015, the law was used in only twelve cases. The authors conclude that the criteria of prudence and proportionality were used in the application of the law, which resulted in the treatment of patients who posed a risk to their environment, reducing the transmission of infection.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El control de la tuberculosis es un reto importante para los servicios de salud pública. Si bien la disponibilidad de tratamientos efectivos permite plantear objetivos de control desde hace décadas, hay diversos factores que dificultan el cumplimiento del tratamiento por algunos pacientes, y que comportan el mantenimiento de la infección y la enfermedad<sup>1</sup>. En algunos países se ha desarrollado legislación orientada a facilitar la detención hasta culminar el tratamiento para personas enfermas incumplidoras que plantean riesgos, no solo para sí mismas sino también para otras de su entorno que pueden ser contagiadas<sup>2,3</sup>. En España se han

mantenido tasas superiores a las de otros países desarrollados europeos<sup>4</sup>, aunque en las últimas décadas se han ido desarrollando esfuerzos para mejorar su control integrando el seguimiento del tratamiento por los pacientes, así como proponiendo incentivos sociales para casos en situación precaria, con tratamiento directamente observado (TDO) para mejorar su adherencia.

El programa de prevención y control de la tuberculosis de Barcelona se puso en marcha en 1986<sup>5</sup>. Inicialmente centró sus esfuerzos en personas enfermas indigentes con incentivos sociales, luego en usuarias de opiáceos integrando el TDO con programas de mantenimiento con metadona, y en los últimos años en inmigrantes con barreras de acceso a los servicios<sup>6,7</sup>. Desde los años 1990, estos esfuerzos han conseguido que la proporción de personas curadas al año del diagnóstico supere el 95%, y que las tasas hayan ido disminuyendo, en especial en la población autóctona<sup>8</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jrvillal@aspb.cat](mailto:jrvillal@aspb.cat) (J.R. Villalbí).

**Tabla 1**

Algunas características de los 12 casos de tuberculosis bacilífera gestionados mediante el esquema de hospitalización terapéutica obligatoria. Barcelona, 2006-2015

Caso	Año	Duración desde el inicio del expediente	Características	Proceso
1	2006	6 meses	Nacionalidad china	Fuga del hospital cuando se le informa de la necesidad de un ingreso terapéutico durante meses; tras activar el protocolo y ser informado, acepta voluntariamente el ingreso y el tratamiento
2	2007	7 meses	Nacionalidad marroquí	Abandona el tratamiento y el contacto asistencial; se solicita localización e ingreso con vigilancia hasta la curación; localizado en pocos días, inicia tratamiento; tras negativizar el esputo, sigue tratamiento voluntariamente sin precisar vigilancia policial
3	2008	8 meses	Nacionalidad española	Un año después del diagnóstico, perdido el contacto asistencial y sin indicios de que siga el tratamiento, se solicita localización e ingreso con vigilancia hasta la curación; localizado en 1 semana, inicia tratamiento; tras negativizar el esputo, solicita el alta y sigue tratamiento ambulatorio voluntariamente sin precisar vigilancia policial
4	2009	13 meses	Nacionalidad georgiana, sin hogar, con diagnóstico de dependencia alcohólica y hepatopatía	Dos fugas en 2 meses tras el inicio del tratamiento; se solicita localización e ingreso con vigilancia hasta la curación; localizado en pocos días, ingresa y reinicia el tratamiento; se retira vigilancia policial tras dejar de ser bacilífero y abandona el centro a las pocas semanas; nueva intervención solicitando localización e ingreso con vigilancia hasta la curación; diversos episodios de fuga e interrupción del tratamiento; alta por curación en marzo de 2010
5	2009	21 meses	Nacionalidad marroquí, sin hogar, diagnóstico de tromboangitis obliterante con amputaciones de miembros inferiores, consumo de opiáceos y cocaína	Tres meses después del diagnóstico y del inicio del tratamiento, interrumpido repetidamente, se inicia expediente; localizado e ingresado con vigilancia policial al cabo de 1 mes y medio; durante el ingreso plantea numerosos problemas de convivencia en el centro sociosanitario, que en alguna ocasión requieren la intervención policial; alta por curación en julio de 2011
6	2009	6 meses	Nacionalidad española, sin hogar, con infección por VIH y por VHC, consumo de opiáceos y de cocaína, con sida	Desde el diagnóstico y el inicio del tratamiento, muy mal cumplimiento con interrupciones; el expediente se inició durante un ingreso hospitalario en el que se negó al tratamiento; en 24 horas se ingresa con vigilancia; proceso interrumpido por prisión durante 15 días en cumplimiento de sentencia pendiente, garantizando la continuidad del tratamiento y el retorno al centro; tras 4 meses presenta clínica neurológica que requiere dos traslados a un hospital de agudos; fallece en mayo de 2010
7	2010	No aplica	Nacionalidad marroquí	A las pocas horas del diagnóstico se fuga del hospital; la dirección postal resulta ser falsa; tras 1 semana se inicia el expediente; no se consigue localizar al paciente, que sigue perdido
8	2010	21 meses	Nacionalidad rumana, sin domicilio fijo, consumo de heroína	Tras el diagnóstico y un tratamiento inicial satisfactorios de una tuberculosis multirresistente, la paciente interrumpe el tratamiento; después de diversos intentos infructuosos se inicia el expediente de hospitalización terapéutica obligatoria; la policía la localiza e ingresa al cabo de 1 semana; dos fugas durante el ingreso; un ingreso en un hospital de agudos por insuficiencia renal aguda; dos ingresos breves en prisión (10 y 15 días) por sentencias pendientes; alta en julio de 2012
9	2011	No aplica	Nacionalidad española	El paciente estaba siendo tratado y al ser detenido por asuntos pendientes invoca su condición de tuberculoso y se niega al tratamiento; la policía contacta con el Servicio de Epidemiología; se le notifica que si no sigue el tratamiento se iniciará el expediente de hospitalización terapéutica obligatoria, tras lo que acepta voluntariamente seguirlo hasta su curación
10	2012	19 meses	Nacionalidad española, sin hogar, con diagnósticos de dependencia alcohólica, hepatitis C, cirrosis y diabetes	Fuga del centro sociosanitario en enero de 2012; reingresa en junio 2012; nueva fuga en julio de 2012 y reingreso a los pocos días; alta por curación en agosto de 2013
11	2012	5 meses	Nacionalidad española, sin hogar, antiguo consumidor de heroína	Paciente tuberculoso con antecedentes de incumplimiento terapéutico en tratamiento en el hospital penitenciario, con escasa colaboración; al estar próxima su excarcelación, se solicita hospitalización terapéutica obligatoria hasta finalizar el tratamiento, ratificada por el juez de lo Contencioso Administrativo; pese a una breve fuga, reingresa y acepta seguir tratamiento voluntariamente, primero ingresado y luego con TDO ambulatorio
12	2015	En curso	Nacionalidad rumana	A las 24 horas del diagnóstico (hay un diagnóstico previo 9 años atrás, sin constancia de tratamiento) se fuga del hospital; se prepara expediente, pero no hace falta activarlo porque al ser informada de ello acepta voluntariamente el ingreso y el tratamiento

TDO: tratamiento directamente observado; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Los casos de incumplimiento con mayor riesgo de transmisión de la enfermedad han ido adquiriendo mayor relevancia. Para hacerles frente, se desarrolló un esquema de información personalizada con elementos coercitivos, presentado previamente<sup>9</sup>, que permitió mejorar, aunque con el tiempo se identificó un perfil de personas enfermas que no respondían. En general son personas con graves problemas sociales o de salud que les llevan a interrumpir el contacto con los servicios asistenciales (adicciones, otros diagnósticos de salud mental, problemas de situación administrativa de residencia en inmigrantes, causas pendientes con la justicia. . .).

Se planteó entonces un paso más, aplicando a nuestro medio los elementos desarrollados en la ciudad de Nueva York, invocando la Ley orgánica 3/1986 de medidas especiales en materia de salud pública. Tras consultas y discusiones internas, en 2006 se optó por la hospitalización terapéutica obligatoria como medida excepcional para la defensa de la salud pública, y después de ajustarla con la experiencia de los primeros casos, se acabó consolidando en 2008-2009.

El propósito de este trabajo es describir las acciones realizadas por los servicios de salud pública en Barcelona para evitar la

transmisión de la infección tuberculosa por enfermos incumplidores mediante medidas especiales para garantizar su tratamiento y curación.

### Esquema de intervención

La intervención se activa tras la detección por el Servicio de Epidemiología de una persona con tuberculosis bacilífera que no quiere realizar el tratamiento o que lo ha abandonado, que rehúye los servicios asistenciales y que plantea riesgos de transmisión de la infección. Incluye un requerimiento escrito a la persona, a quien se informa de su condición de afectada por una enfermedad transmisible que requiere un tratamiento prolongado hasta su curación para evitar riesgos a otras personas, y de que en caso de no seguirlo intervendrá la autoridad sanitaria.

El Servicio de Epidemiología formula un informe sobre el caso, destacando que la persona enferma no está cumpliendo con el tratamiento prescrito pese a los esfuerzos de los profesionales y a habersele informado de que esto comporta riesgos de transmisión de la infección a otras personas, por lo que se propone su tratamiento en condiciones de internamiento vigilado hasta su curación. Se hace una estimación de la duración del proceso y una propuesta de internamiento en un centro sociosanitario (Serveis Clínics), proporcionando alojamiento, alimentación y supervisión médica hasta su finalización.

Los Servicios Jurídicos realizan otro informe en el cual hacen constar que hay riesgos para la salud pública que justifican medidas excepcionales de la autoridad sanitaria previstas en la Ley 3/1986.

Con estos informes, la gerencia propone que la presidencia de la Agencia, como máxima responsable de la organización y autoridad sanitaria en la ciudad (por delegación de la alcaldía), resuelva localizar a esa persona enferma y su hospitalización terapéutica obligatoria para administrarle el tratamiento hasta culminarlo, consiguiendo la colaboración policial, comunicándolo a la persona afectada y al Juzgado de lo Contencioso Administrativo (al cual la Ley 29/1998 reserva la potestad de autorizar o ratificar las medidas de esta naturaleza).

Se da traslado de esta decisión a la policía (a la Guardia Urbana como policía local y al cuerpo de Mossos d'Esquadra como policía judicial en Cataluña), y al Juzgado de lo Contencioso-Administrativo.

El Juzgado ratifica la resolución (fijando a veces límites temporales iniciales para la misma) y luego es informado del curso del proceso hasta su finalización.

### Resultados

Desde julio de 2006 hasta junio de 2015, a lo largo de 9 años, se ha activado en 12 ocasiones. En la [tabla 1](#) se presentan algunas características de los casos gestionados. En dos ocasiones, su puesta en marcha llevó a las personas enfermas a seguir el tratamiento voluntariamente, lo que hizo innecesaria la petición de apoyo policial y judicial; en cuatro casos más, las personas afectadas lo continuaron voluntariamente pese a la retirada de la vigilancia policial tras dejar de ser bacilíferas. La multirresistencia a fármacos hizo que algunos tratamientos se prolongaran notablemente. Un caso se perdió y no pudo ser localizado. Otro caso, infectado también por el virus de la inmunodeficiencia humana y con sida, falleció antes de culminar el tratamiento. De las 10 personas restantes, nueve se curaron y una sigue en tratamiento actualmente.

Si no se localiza a la persona enferma para poder informarle de las consecuencias de no seguir el tratamiento, el requerimiento se publica en el tablón de edictos mediante el Diario Oficial para dar fe de que se ha intentado. Al abordar el primer caso, en 2006, se solicitó al Juzgado una orden de internamiento con vigilancia policial,

respondiendo el juez que esta resolución correspondía a la autoridad sanitaria y no al juzgado, que sí la podía ratificar; este modelo es el seguido después. La dirección de la policía solicitó en uno de los primeros casos que el internamiento se hiciera en dependencias penitenciarias que facilitarían la tarea custodial, respondiendo el juez que no procedía al no existir condena de privación de libertad. La ratificación judicial suele producirse en pocos días, aunque un juez solicitó de manera previa y sucesivamente informes a la fiscalía y a la clínica forense, demorándola más de 1 mes. Los juzgados han ratificado expresamente en sus resoluciones la obligación de la vigilancia policial en casos bacilíferos cada vez que esta se ha disputado, pese a que tal actividad moviliza unos recursos valiosos durante meses (tres equipos diarios de dos agentes, para poder cubrir las 24 horas). De acuerdo con la experiencia adquirida, en 2010 se preparó un protocolo conjunto con los servicios del Departamento de Salud de Cataluña<sup>10</sup>.

En definitiva, la hospitalización obligatoria se ha utilizado a lo largo de 9 años, con 10 expedientes ratificados por el juez en un periodo en que se han notificado más de 4000 casos en residentes en la ciudad (0,25%, inferior al 1,1% recientemente descrito en Nueva York)<sup>3</sup>. Con ella se han podido tratar y curar personas con perfiles complicados que planteaban riesgos en su entorno, reduciendo el riesgo de transmisión de la infección en la población.

### Editor responsable del artículo

Pere Godoy.

### Financiación

Este trabajo refleja la actividad cotidiana de los servicios de la Agència de Salut Pública de Barcelona y se realizó como parte de su actividad habitual de revisión y mejora, sin precisar de financiación específica.

### Contribuciones de autoría

J.R. Villalbí concibió el estudio y redactó la versión inicial. M. Rodríguez-Campos y A. Orcau aportaron datos de los casos implicados. M. Salamero, M.A. Espachs y M. Rodríguez-Campos diseñaron los modelos de informes y de resolución utilizados. Todas las personas firmantes revisaron el manuscrito y aportaron comentarios y otros elementos para su mejora.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

Al personal de enfermería del Servicio de Epidemiología, los agentes de salud comunitaria, el personal de Serveis Clínics SAU y todos los profesionales que colaboran con el programa de tuberculosis de Barcelona. Los autores expresan también su reconocimiento al personal de la Guardia Urbana y del cuerpo de Mossos d'Esquadra, así como a los servicios jurídicos del Ayuntamiento.

### Bibliografía

- Jassal MS, Bishal WR. Epidemiology and challenges to the elimination of global tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 2010;50(Suppl 3):S156–64.
- Coker RJ, Mounier-Jack S, Martin R. Public health law and tuberculosis control in Europe. *Public Health.* 2007;121:266–73.
- Purnani S, Srivastava S, Ali S, et al. Risk factors for and outcomes of detention of patients with TB in New York City: an update: 2002–2009. *Chest.* 2014;145:95–100.

4. Rodríguez E, Villarrubia S, Díaz O. Tuberculosis en España en el año 2013. Situación epidemiológica. *Bol Epidemiol Sem.* 2014;22:201–9.
5. Caylà JA, Orcau A. Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem. *BMC Med.* 2011;9:127.
6. Díez E, Clavería J, Serra T, et al. Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients. *Tuber Lung Dis.* 1996;77:420–4.
7. Ospina JE, Orcau A, Millet JP, et al. Community health workers improve contact tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. *BMC Public Health.* 2012;12:158.
8. Villalbí JR, Galdós-Tangüis H, Caylà JA. El control de la tuberculosis basado en la evidencia: una aproximación de salud pública. *Med Clin (Barc).* 1999;112(Suppl 1):111–6.
9. Villalbí JR, Cusi M, Caylà JA, et al. El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre. *Gac Sanit.* 2007;21:172–5.
10. Molina R, Orcau A, Rodés A, et al. Protocol per a l'hospitalització terapèutica obligatòria de pacients amb tuberculosi pulmonar contagiosa. Barcelona: Departament de Salut i Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010. p. 4–12.