Más allá de la tuberculosis: construyendo respuestas compartidas ante la complejidad social

Francisco Javier Mercado Priego
Serveis Clínics. Barcelona.

Correspondencia:
Francisco Javier Mercado Priego
E-mail: fmercado@serviciosclinicos.com

Enf Emerg 2026;25(3):198-199
doi: 10.18176/enfemerg.0065

La tuberculosis (TB) mantiene una estrecha relación con los determinantes sociales de la salud. Sinhogarismo, precariedad residencial, procesos migratorios, ausencia de red, consumos, problemas de salud mental, barreras idiomáticas o irregularidad administrativa pueden dificultar el acceso, la adherencia y la continuidad asistencial. Sin embargo, atribuir la complejidad exclusivamente a la persona resulta insuficiente. La OMS y el ECDC recomiendan respuestas coordinadas, multisectoriales y centradas en la persona para abordar la TB en poblaciones vulnerables.

Serveis Clínics atiende a personas con TB de toda Cataluña para las que el tratamiento ambulatorio resulta difícil o inviable por acumulación de vulnerabilidades. El centro, coordinado con los diferentes profesionales del territorio, combina de manera multidisciplinar, tratamiento directamente observado, seguimiento clínico especializado, acompañamiento psicosocial, intervención socioeducativa y preparación del alta, entre otras. Su posición entre los sistemas sanitario y social permite observar cómo parte de la complejidad aparece o se intensifica en la interacción con territorialidad, criterios de acceso, cobertura sanitaria, fragmentación y tiempos administrativos. Esta posición obliga, además, con frecuencia, a reconstruir información social y administrativa fragmentada entre dispositivos antes de poder articular la intervención.

Para analizar y comprender la complejidad del tema, se presentan tres situaciones reales anonimizadas. En el caso 1, una persona migrante de reciente llegada al territorio, con TB e insuficiencia renal crónica, sin red, padrón, ingresos ni alternativa residencial, encontró dificultades para acceder a recursos sociales debido a las dificultades para acreditar su vinculación territorial y por su fragilidad clínica. Finalmente se articuló la posibilidad de hacer ingreso de larga estancia en nuestro centro sociosanitario, pero sin previo aviso, regresó a su país antes de completar el tratamiento. El caso evidencia la frontera entre necesidad sanitaria y residencial e invita a reflexionar sobre si, ante el abandono terapéutico, la decisión individual está condicionada por el itinerario de precariedad e incertidumbre que la precede.

En el caso 2, una persona migrante con TB, con consumo activo, ausencia de padrón y en situación de calle encontró dificultades de acceso a la red de adicciones por cuestiones de territorialidad. Nos encontramos además con otra derivación a un dispositivo en la que la territorialidad no era un criterio de acceso, pero en este caso no prosperó por existir una barrera idiomática parcial. La coordinación con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y la Región Sanitaria permitió articular la dispensación de metadona en el municipio de procedencia, el seguimiento en un centro de salud mental y el seguimiento social mediante coordinación interterritorial. Sin embargo, al alta volvió a quedar en situación de calle. En este caso, el padrón, concebido como instrumento organizativo, condicionó qué equipos podían intervenir y quién asumía la continuidad.

En el caso 3, una persona con larga residencia en España, TB, consumo grave de alcohol, síndrome de Wernicke-Korsakoff y dependencia funcional recibió una intervención coordinada con servicios sociales y los programas de atención a adicciones. Sin embargo, el alta por curación llegó antes que las resoluciones de prestación económica, discapacidad y recurso residencial. El tiempo clínico y el administrativo avanzaron a velocidades diferentes: la tuberculosis estaba curada, pero la vulnerabilidad persistía.

Los tres casos muestran mecanismos diferentes —frontera sanitario-social, territorialidad y discordancia de tiempos—, pero un patrón común: necesidad y respuesta existen, aunque no siempre consiguen encontrarse. El contraste es relevante frente a modelos que promueven, como en Serveis Clínics, una atención integral centrada en la persona, accesible, equitativa, longitudinal y coordinada. En estos casos, la implicación profesional actúa como un factor protector de la persona. Pero si estas situaciones dependen excesivamente del conocimiento, experiencia o capacidad de insistencia del profesional que intenta paliar algunas de las carencias del sistema, puede aparecer un riesgo de inequidad en la atención.

Abordar la vulnerabilidad asociada a la TB requiere complementar la intervención biopsicosocial con una mirada sobre los

Tabla 1. Lectura transversal de los tres itinerarios: necesidad, discontinuidad, respuesta y aprendizaje.

Caso	Situación	Barrera o discontinuidad	Respuesta articulada	Qué evidencia
1	TB + insuficiencia renal crónica. Situación administrativa irregular, sin red de apoyo, sin ingresos y sin recurso residencial.	Vinculación territorial + frontera entre necesidad social y sanitaria.	Coordinación hasta articular larga estancia sociosanitaria.	Las necesidades no siempre encajan en la división sanitario/social.
2	TB + consumo activo de tóxicos + actividad delincuencial en activo, situación administrativa y situación de calle. Red de apoyo parcial. Necesidad de abordar las adicciones, la salud mental y la vivienda.	Territorialidad/padrón para el acceso a la red de adicciones + barrera idiomática parcial como barrera de acceso en otra derivación en la que la territorialidad no era criterio de acceso.	Dispensación de metadona en el municipio de procedencia + seguimiento en salud mental + seguimiento social mediante coordinación interterritorial.	Puede construirse continuidad asistencial sin conseguir continuidad residencial.
3	TB + Wernicke-Korsakoff + dependencia funcional. Situación de calle. Red de apoyo parcial. Necesidad de protección social y recurso residencial adaptado.	Tiempo clínico ≠ tiempo administrativo.	Coordinación intensa y seguimiento reforzado mientras se esperan resoluciones.	La curación clínica puede llegar antes que la respuesta social y administrativa.

Lectura común: la necesidad existe y la respuesta también, pero no siempre consiguen encontrarse.

circuitos asistenciales. El reto es avanzar desde la fragmentación hacia la corresponsabilidad, evitando que los criterios, límites y competencias de cada servicio no se conviertan en fronteras para la persona y termine quedando entre el espacio o fragmentación existente entre unos servicios y otros.

Bibliografía recomendada

- WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis and vulnerable populations. 2025.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. Stockholm: ECDC; 2016.
- Pla Director de Salut Mental i Addiccions (Catalunya). Actualització del marc estratègic i full de ruta (2022-24). Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2025.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Social determinants and risk factors in tuberculosis surveillance in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.
- Ministerio de Sanidad. Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Madrid; 2019.

Epidemiología de la tuberculosis entre inmigrantes en Barcelona, 1991-2025

Álvaro J. Valle Escalante[1,2], Jesús Edison Ospina Valencia[2,3], Joan Pau Millet Vilanova[2,3], María Cristina Rius Gibert[2,3]

[1]Preventive Medicine and Public Health Training Unit HMar-UPF-ASPB (Hospital del Mar – Universitat Pompeu Fabra –Agència de Salut Pública de Barcelona). Barcelona. [2]Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. [3]CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Barcelona.

Correspondencia:
Joan Pau Millet Vilanova
E-mail: jmillet@aspb.cat

Enf Emerg 2026;26(3):199-200
doi: 10.18176/enfemerg.0066

La epidemiología de la tuberculosis (TB) en entornos de baja incidencia está cada vez más condicionada por la movilidad de la población y las desigualdades sociales. Describimos los cambios a largo plazo en la epidemiología de la TB en Barcelona, comparando las poblaciones inmigrante y autóctona, y evaluamos los factores asociados con resultados desfavorables del tratamiento entre inmigrantes.

Realizamos un estudio observacional de base poblacional que incluyó todos los casos de TB entre residentes de Barcelona que iniciaron tratamiento entre 1991 y 2025. Se describieron las tasas de incidencia y las características de los casos según origen y a lo largo del tiempo. Entre los inmigrantes diagnosticados entre 2011 y 2025, los factores asociados con resultados desfavorables se evaluaron mediante regresión logística