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:
Álvaro J. Valle Escalante
E-mail: ext_ajvalle@aspb.cat

Enf Emerg 2026;25(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

multivariable, con análisis de sensibilidad en poblaciones de estudio alternativas.

De 17.400 casos de TB, 5.301 (30,5%) ocurrieron entre inmigrantes. La incidencia fue consistentemente mayor entre inmigrantes, aunque disminuyó en general en ambas poblaciones. Desde 2023, las tasas aumentaron entre inmigrantes y autóctonos, especialmente entre los inmigrantes más jóvenes y de mayor edad. Entre los inmigrantes diagnosticados en 2011-2025, la edad avanzada (≥65 años; ORa 2,10; IC 95% 1,25-3,51) y la infección por VIH (ORa 2,26; IC 95% 1,48-3,40) se asociaron con mayores probabilidades de un resultado desfavorable, mientras que el estudio de contactos se asoció con menores probabilidades (ORa 0,54; IC 95% 0,42-0,70). Estas asociaciones fueron consistentes en los análisis de sensibilidad.

La epidemiología de la TB en Barcelona cambió sustancialmente a lo largo de 35 años. Los recientes aumentos de incidencia en ambas poblaciones justifican mantener una vigilancia continuada. Entre inmigrantes, la edad avanzada y la infección por VIH se asociaron de forma consistente con resultados desfavorables, mientras que el estudio de contactos se asoció con menores probabilidades. Conocer la evolución del perfil de las personas con TB es fundamental para adaptar las intervenciones de salud pública y reforzar la prevención y el control de la enfermedad.