

Martes 18 de noviembre

12:00 h. Mesa 6

# Aspectos legales: ¿Ingreso obligatorio en los pacientes conflictivos?

Moderadores: **Vicente Martín,**

**Rafael Vidal**

Ponentes: **Rosa Artigot,**

**Andrés Marco, Félix Herrero,**

**Albert Jovell, María Ordobás,**

**Ángel Rodríguez Laso,**

**Kenneth G. Castro**

## ¿Debe garantizarse el cumplimiento del tratamiento antiTBC en los pacientes multirresistentes que presentan falta de adherencia? A partir de un caso real, propuesta de debate sobre cuándo, cómo y dónde asegurar el cumplimiento

**Rosa Artigot, Andrés Marco**

Serveis Sanitaris del Centre Penitenciari d'Hommes de Barcelona

Como ya se ha repetido en innumerables ocasiones, la tuberculosis (TB) es una enfermedad prevenible y curable, sobre todo en países desarrollados como España, donde hay fácil accesibilidad al sistema sanitario y escasas limitaciones diagnósticas o terapéuticas. En las últimas décadas, el tratamiento farmacológico de primera elección ha cambiado muy poco, de forma que la utilización al menos de tres de los fármacos de primera línea, en casos sin resistencias primarias, durante un período mínimo de 6 meses y con un cumplimiento correcto, debería dar lugar a una tasa de curación superior al 95%. Sin embargo, en España aproximadamente el 9% de los pacientes no se curan y/o se pierden<sup>1</sup> y aunque las causas son variadas (interacciones medicamentosas, resistencias, etc.), la principal causa de fracaso terapéutico continúa siendo el incumplimiento del tratamiento. Los factores clásicamente asociados a la baja adherencia son la indigencia y el encarcelamiento, aunque afortunadamente el ingreso en prisión se ha mostrado, en los últimos años, y gracias a la extensión de programas de tratamiento directamente observado (TDO), como un elemento garantizador del cumplimiento<sup>2-4</sup>.

La consecuencia del mal cumplimiento o del abandono terapéutico es la selección de mutantes y la aparición subsiguiente de cepas con resistencia a uno o varios fármacos antituberculosos. Esta selección de mutantes ha adquirido una enorme trascendencia, sobre todo desde que en 2006 los *Centers for Disease Control* (CDC) dieran la alarma y distinguieran entre MDR-TB (cepas resistentes a isoniazida y rifampicina, combinada o no a resistencia a otros fármacos de primera línea) y XDR-TB (cepas MDR con resistencia a cualquier fluoroquinolona y, además, con resistencia por lo menos a 1 de los 3 inyectables de segunda línea: capreomicina, kanamicina o amikacina)<sup>5</sup>. Las cepas MDR son especialmente frecuentes en pacientes procedentes de la antigua Unión Soviética, mientras que las cepas XDR-TB, aunque no muy prevalentes, están geográficamente muy extendidas, son difícilmente curables y, por lo tanto, de elevada mortalidad; además su tratamiento

habitualmente es complejo, con un coste económico elevado y representan, en definitiva, una grave amenaza para el control de la TB. Por sus posibles repercusiones, estos casos generan una enorme inquietud en los Servicios de Salud Pública, que han propuesto e incluso han solicitado en ocasiones la intervención judicial para garantizar el cumplimiento del tratamiento y poder evitar de este modo la transmisión en la comunidad de cepas con capacidad letal. Sin embargo, no existe acuerdo en cuándo y cómo se ha de intervenir, ni en dónde se han de aplicar, cuando procedan, este tipo de medidas disuasorias. Por ello, y con objeto de facilitar un debate que puede resultar instructivo, se presenta el caso de un paciente con TB, incumplidor reiterado, denunciado por los Servicios Públicos, y actualmente en tratamiento en la Unidad de Enfermería del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona.

## Presentación del caso

- Varón preso de 22 años de edad, magrebi, que fue diagnosticado el 02/08/07 de posible TBC pulmonar cavitada tras la práctica de un estudio radiológico realizado en el centro penitenciario (CP) de Tarragona. Trasladado al Hospital de Santa Tecla (HST), y tras realización de baciloscopia en esputo con resultado positivo, se inició aislamiento respiratorio y tratamiento con cuatro drogas. A las 24 h. el paciente solicitó "alta" de carácter voluntario, retornando a la prisión.
- El 09/08/07, siete días después, es puesto en libertad por orden judicial. Antes de proceder a la excarcelación, los servicios médicos del CP contactaron con el HST y programaron ingreso. No obstante, el preso se fugó en las primeras 24 h de estancia.
- El 10/08/07 (8 días después del diagnóstico) el paciente fue atendido en el Hospital del Vendrell por intoxicación de cocaína (administración de > 3 g por vía EV) y posteriormente trasladado al HST para continuar tratamiento antiTB. Permaneció en el HST hasta el 20/08/07 (diez días), en que volvió a fugarse. Durante su estancia se confirmaron baciloscopias positivas en esputo.
- El 12/09/08 (10 días después del diagnóstico) fue trasladado por la Guardia Civil al HST. Se fugó 48 h. después.
- El 14/09/08, y con objeto de garantizar el cumplimiento del tratamiento, fue trasladado a Serveis Clínics de Barcelona, de donde también se fugaría.
- El 19/02/07 fue detenido por los Mossos d'Esquadra. Fue trasladado desde la Comisaría de les Corts al Hospital del Mar, donde se confirmó baciloscopia positiva. Se remitió al Hospital de Bellvitge para ingreso.
- El 20/12/07 se fugó del H de Bellvitge horas después de su ingreso.
- El 28/12/07 ingresó nuevamente en H. de Bellvitge, tras ser detenido por los Mossos d'Esquadra. Hubo de procederse a medidas de inmovilización tras heteroagresividad y destrozos de la habitación donde permanecía ingresado.
- El 20/01/2008 se fugó del H. de Bellvitge. Consta que se había comprobado negativización de las baciloscopias. Cultivo + para *M. tuberculosis* con resistencia a Isoniazida, Estreptomina, Rifampicina y Pirazinamida. Se clasificó,

por consiguiente, como caso MDR-TB y se informó al Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Generalitat de Catalunya.

- El 29/01/2008 el Juzgado Contencioso-Administrativo número 6 de Barcelona ordenó *su ingreso en la enfermería del CPHB, hasta la finalización del tratamiento y que éste se efectuara en régimen directamente observado.*
- El 18-04/08 ingresó en el CPHB, siendo trasladado de forma inmediata a la Unidad de Enfermería. Se procedió a su aislamiento respiratorio estricto. La situación del paciente en el momento del ingreso era:
  - Baciloscopia +.
  - Numerosas cavitaciones en estudio radiológico.
 Por ello, se solicitó:
  - Cultivo de esputo y antibiograma.
  - Informes asistenciales de los centros donde había sido atendido.
- El 30/04/2008 de forma consensuada con el Dr. Vidal (H. Valle d'Hebrón) y con el Dr. Santín (H. de Bellvitge), se inició tratamiento con etambutol, moxifloxacino, linezolid y capreomicina.
- El 26/05/2008 presentó baciloscopias negativas y el primer cultivo negativo tras 1 mes aproximado de tratamiento. Se recibió antibiograma, que informaba de las resistencias previas y además de la aparición de otras a ciprofloxacino, etionamida, moxifloxacino y ofloxacino. Fue notificado como paciente XDR-TB. Se retiró moxifloxacino y se ha mantenido hasta el momento el resto de fármacos.
- A fecha 08/10/2008 (170 días de tratamiento TDO), los cultivos de esputo persisten negativos y el paciente continúa ingresado y en tratamiento en la enfermería del CPHB.

## Bibliografía

1. Grupo de Trabajo del PMIT. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en España: resultados del Estudio Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis, 2001. *Med Clin (Barc)* 2001;116:167-73.
2. Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, *et al.* Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy program for prisoners before and after release. *Eur Resp J* 1998;12:967-71.
3. Rodrigo T, Cayla JA, Garcia de Olalla P, Brugal MT, Jansa JM, Guerrero R, *et al.* Effectiveness of tuberculosis control programmes in prisons, Barcelona 1987-2000. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002;6:1091-7.
4. Ruíz-Rodríguez F. La prisión como centinela en la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis. *Enf Emerg* 2007;9:186-9.
5. Centres for Disease Control and Prevention. Emergente of Mycobacterium tuberculosis with extensive resistance to-Second-Line Drugs- Worldwide, 2000-2004. *MMWR* 2006;55:301-5.

## La opinión de un fiscal

**Félix Herrero**

Fiscal del Tribunal Supremo

### Introducción. Implantación del consentimiento informado

Hablando en términos jurídicos, siempre se ha de partir de la Constitución Española, a la que ha de mirar y someterse toda la

legislación del Estado, bien sea de ámbito nacional u autonómico. Pues bien, el art. 1.1 de la Constitución consagra la libertad como valor superior, el art. 10.1 declara que *"la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social"* y en consonancia con ello, en el art. 15 nos dice que *"todos tienen derecho a la vida y a la integridad física"*.

El derecho a la vida es un derecho tan fundamental que sin él no existirían los demás derechos. Pero junto a él y como pilar de todo el ordenamiento jurídico, está la *libertad* como valor superior, que defiende la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias. Junto a este derecho, está el *libre desarrollo de la personalidad* que supone una constante proclamación de la libertad y de la autonomía de la persona.

Bajo los parámetros que acabamos de exponer, lógicamente, la relación médico paciente que estaba establecida, desde los tiempos de Hipócrates hasta casi nuestros días, era insostenible. Dentro de los Tratados Hipocráticos -Tratados sobre la Decencia- aconsejaba este filósofo ocultar al enfermo, durante la actuación médica, la mayoría de las cosas y a no mostrarle nada de lo que va a pasar ni de su estado actual.

Las primeras manifestaciones del *consentimiento informado* es decir, del deber del médico de informar al paciente de su situación, de poner en su conocimiento las diversas alternativas médicas que tiene y de darle la oportunidad de que escoja la que más le conviniere o ninguna de ellas, se produjo en la Inglaterra del siglo XVIII como manifestación del derecho a la libertad y a la dignidad de la persona humana dentro de un estado del bienestar en la justicia y en la igualdad. Pero fue en EE.UU. donde a finales de 1950 empezaron los jueces norteamericanos a preguntarse si los pacientes tenían derecho no sólo a saber que es lo que se proponía el médico, sino también a decidir si una intervención resultaba aceptable a la luz de sus ventajas y riesgos y de las alternativas disponibles o incluso si podían disponer no someterse a ningún tratamiento de los ofertados.

En España, un sucedáneo de *consentimiento informado* se reguló en el Reglamento para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1972, en el que se reconocía el derecho de los enfermos a autorizar, bien directamente o bien a través de sus familiares, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones médicas que implicaran un riesgo previsible, así como el derecho de ser advertidos de su estado de gravedad. Tal normativa, sin embargo, no implicó en la práctica, cambio sustancial en la relación médico-paciente, pues sólo se obligaba a los médicos de la Seguridad Social no a la medicina privada y además el rango de la norma no era más que de Decreto, no de Ley.

La primera regulación legal del *consentimiento informado* se llevó a cabo por la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, ya promulgada dentro del periodo constitucional. Con la entrada de España en la Unión Europea, se han tenido que asumir sus tratados, uno de los cuales era el Convenio de Roma para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 10 de diciembre de 1950, donde en el artículo 8.2 se recogía tal derecho.

Estas regulaciones no fueron seguidas de cambio de hábitos en la clase médica, por lo que tuvo que ser la Administración de Justicia, a través de sentencias -casi siempre condenatorias- la que fuese fijando los parámetros de derecho a emitir el *consentimiento informado*. El Convenio de Oviedo, ratificado y publicado en el BOE, vino a aclarar algo la situación pero no fue hasta que se publicó la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica de 14 de noviembre de 2002, (denominada Ley de Derechos de los Pacientes, LDP) cuando se pusieron la líneas de actuación claras en este punto. Esta ley ha venido a completar a la incompleta LGS, al tiempo que recoge alguna de las disposiciones del Convenio Europeo de Derechos Humanos y Bioética. Esta ley, en su Exposición de Motivos subraya la importancia que tienen los derechos de los pacientes, como eje básico en las relaciones clínico-asistenciales, destacando el derecho a recibir una información adecuada antes de prestar el consentimiento a la actuación médica.

## Consentimiento informado: Requisitos y forma de prestarlo

La ley de Derechos de los Pacientes, define el *consentimiento informado* como *"la conformidad libre, voluntaria y consciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud"* (art. 3). Asimismo, establece la necesidad de obtener el consentimiento antes de toda actuación en el ámbito de la sanidad, después de recibir el paciente una información adecuada que le permita decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (arts. 2.2 y 3 y 8.1). También regula el derecho del paciente a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la Ley, debiendo constar la negativa por escrito. Todo ello, es consecuencia, como ha dicho reiteradamente el Tribunal Supremo, de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad personal y a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida. Es decir, a la *autodisposición sobre el propio cuerpo*. En palabras del Tribunal Supremo, la información correcta constituye un deber del médico y un derecho del paciente que tiene a su vez, derecho a que se le de, en términos comprensibles, a él o a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (lo mismo dice la LGS en su art. 10.5). El Alto Tribunal considera esta información como una manifestación de la *lex artis* y su omisión constituye conducta negligente imputable al médico ya que la obligación no es delegable.

Como regla general, el consentimiento se ha de recabar del mismo paciente como lo prevé el Convenio de Oviedo (art. 6.3) y, siendo el paciente menor de edad, en la medida de lo posible, se debe contar con su parecer, atendiendo a su edad y grado de madurez.

Si bien la LGS (art. 10.6) exige que el consentimiento sea escrito, el consentimiento prestado por el paciente se manifiesta

generalmente de forma verbal, debiendo hacerse constar en la historia clínica. Hay casos en los que la Ley exige el consentimiento por escrito por lo que, la información habrá de ser también por escrito ya que, si se consiente por escrito, deberá quedar acreditado que es a lo que se está consintiendo. Por lo tanto, la información al paciente será verbal cuando el paciente pueda consentir también oralmente y será necesario que conste por escrito la información para los casos en que la Ley exija que el consentimiento se preste también por este mismo medio. Ahora bien, no debe perderse de vista que la documentación obrante en la historia clínica que demuestre una relación constante médico-paciente puede suplir las formalidades del *consentimiento informado*, siempre que de esa historia se desprenda un contacto constante y fluido del que se deduzca que se ha transmitido la información y haya base suficiente para deducir que el paciente es consciente del alcance de la intervención a la que se somete. También la ausencia del documento en el que conste el consentimiento se puede suplir por otros medios de prueba como la testifical.

Debemos de tener en cuenta, además, que la normativa reguladora del consentimiento prevé su revocabilidad por el paciente, lo cual forma parte del derecho de todo paciente a negarse al tratamiento, salvo que concurren las causas que eximen al médico de recabar el consentimiento (art. 10.9 de la LGS y art. 5 del Convenio de Oviedo).

### No necesidad del consentimiento. Cobertura normativa

Efectivamente, existen unos supuestos en los que se exime al facultativo de recabar el consentimiento del paciente: Cuando la no intervención suponga un grave riesgo para la salud pública; cuando la urgencia no permita demoras ante el riesgo de lesiones irreversibles o peligro de fallecimiento; y cuando el paciente no está capacitado para tomar decisiones (art. 10.6 a. b. y c. de la LGS y arts. 2 y 3 de la LMEMSP).

A nosotros nos interesa, para la materia que tratamos, solamente el primer caso, generalmente referido a personas capaces que pueden actuar por sí mismas y que se niegan a dar su consentimiento. Lo que la doctrina denomina caso de falta absoluta de consentimiento.

A este respecto, la ley prevé como obligatoria la intervención, independientemente de la voluntad del sujeto, cuando el no actuar origine un grave riesgo para la salud pública. Determinadas razones superiores de protección de la salud pública pueden llegar a imponer ciertas medidas restrictivas, no sólo para la autonomía de la decisión de los ciudadanos potencialmente transmisores de una enfermedad, sino incluso, para la libertad ambulatoria de los mismos o de determinados sectores sociales o, incluso, del conjunto de la ciudadanía.

Como señala la Declaración de los Derechos Humanos y Bioética, los tratamientos obligatorios en caso de enfermedades infecto-contagiosas, suponen una restricción permitida en aras a la protección de la salud pública (art. 26.1). En el mismo sentido se manifiesta la Ley de Derechos del Paciente cuando exceptúa del consentimiento, para la realización de cualquier intervención,

en caso de existencia de riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley, lo que supone la admisión de tratamientos obligatorios o coactivos ya que los intereses colectivos tienen prioridad frente a los individuales (art. 9.2.a de la LDP). Esta ley trata de arbitrar medidas en caso de riesgo para la salud pública, dando *cobertura normativa* a las intervenciones administrativas destinadas a proteger o restablecer la salud de los ciudadanos ante situaciones excepcionales o extraordinarias. Se trata de medidas destinadas directamente a la salud colectiva no a la salud individual. Así la Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública de 1986 autoriza a las autoridades sanitarias competentes a adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control, cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población, debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad (art. 2 de la LMEMSP).

### Tratamientos obligatorios o coactivos. Causa de justificación

En los casos acabados de referir, se ha de informar al paciente o grupo de riesgo y recabar su consentimiento para llevar a cabo las operaciones sanitarias pertinentes y prevenir el riesgo de contagio. Hemos dejado constancia de que estamos hablando de personas capacitadas para tomar sus propias decisiones. Por ello, si su respuesta es negativa bien a someterse al tratamiento, a las medidas de control sanitario o al internamiento hospitalario, la actuación médica podría ser constitutiva de delito como las coacciones o las detenciones ilegales, a no ser que exista una *causa de justificación* que las legitime, en ciertos casos y con ciertos límites.

Los tratadistas apelan al *estado de necesidad* como causa que justifica tal actuar médico-sanitario. El estado de necesidad requiere la amenaza de producción de un mal (el contagio a otros individuos o sectores de la población) y que el mal que se cause para evitarlo (el tratamiento obligado de una persona o grupo) no sea mayor que el que se trata de evitar (la propagación de la enfermedad). En el estado de necesidad se lesiona un bien jurídico digno de protección y sin embargo el derecho transige tal lesión por la necesidad de proteger y salvaguardar otros intereses o bienes jurídicos que se consideran superiores. La equivalencia o superioridad de los intereses en juego, tendrán que venir avalados por la ley. En este caso, ya hemos indicado las leyes que avalan el tratamiento obligatorio y facultan al personal sanitario competente para llevarlo a cabo con o sin el consentimiento del afectado.

Vivimos dentro del ámbito comunitario de la Unión Europea donde rige el principio de libre circulación no sólo para los ciudadanos europeos, sino también para los residentes de terceros países que ha dado lugar al resurgimiento de una enfermedad que se creía erradicada, cual es la Tuberculosis.

La desconfianza, la ignorancia, el miedo a la expulsión y otros varios factores, ha dado lugar a que muchas de las personas que la padecen no quieran voluntariamente someterse a los

tratamientos médicos necesarios para su curación y evitación de contagio a otras personas.

Hay que partir de la base de que, en el derecho español no existe ningún delito ni falta que penalice tales actitudes del enfermo pues ya hace tiempo que se expulsó del Código Penal el antiguo delito de propagación maliciosa de enfermedades. También se ha de significar que las actuaciones médico sanitarias organizadas y llevadas a cabo por el personal médico competente, se han de encuadrar dentro de las actuaciones administrativas, como miembros de la Administración sanitaria a la que pertenecen.

Dijimos *ut supra* que el derecho a la vida, a la integridad física y el libre desarrollo de la personalidad son fundamentos constitucionales que no han de ser desatendidos. El principio constitucional del libre desarrollo de la personalidad se ha de enmarcar y condicionar en orden al respeto a la ley y a los derechos de los demás (art. 10.1 de la CE). La solución, en caso de conflicto, ha de buscarse más bien en el derecho de los demás. En la balanza de lesión de derechos individuales versus derechos de los demás, la balanza ha de inclinarse por estos últimos. Existe la *causa de justificación* del interés público y la cobertura normativa de las leyes. Por ello, la justificación de un tratamiento sanitario obligatorio se da cuando con él se trata de preservar la vida o salud de terceros. El libre ejercicio de los propios derechos cede cuando entran en juego los derechos de los demás. La salud pública, pues, se erige en límite al derecho del libre desarrollo personal.

Según las normas referidas a la sanidad, el principio general es el de la voluntariedad de los tratamientos sanitarios, siendo la excepción el de la obligatoriedad para aquellos supuestos de riesgo para la salud de terceros, pues existen supuestos en que la actuación sanitaria será lícitamente posible incluso en contra la voluntad del afectado. Ya hemos indicado arriba en que leyes se recoge esta posibilidad. El caso que aquí nos interesa es el caso de riesgo para la salud pública por peligro de propagación de la Tuberculosis. En estos casos, el consentimiento del enfermo viene a ser un dato irrelevante a la hora de practicar el tratamiento adecuado, en el sentido de que se llevará a cabo incluso frente a una eventual resistencia del sujeto. Así pues, el peligro para la salud de los terceros viene a convertirse lo que en terminología jurídica se conoce como *presupuesto habilitante* para que la Administración sanitaria utilice sus facultades coactivas, llegando a la aplicación de la *vis física*, si fuera necesario, para preservar el estado de salud de los restantes ciudadanos o de alguno de ellos.

Ahora bien, para que una actuación sea conforme a derecho se necesita la concurrencia de otros requisitos que también vienen impuestos por el ordenamiento jurídico. Estos requisitos son formales y de fondo.

Los *requisitos formales* es que el supuesto esté previsto en una Ley anterior, generalmente Ley Orgánica en cuanto restringe derechos fundamentales. A este respecto, ya hemos señalado las leyes que eximen al personal sanitario de obtener el consentimiento del paciente después de haber puesto en conocimiento de este las posibilidades de tratamiento. Pero además, el tratamiento coactivo tiene cobertura legal en la

L.O. de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública de 14 de abril de 1986. Esta L.O. sólo tiene cuatro artículos de los que podemos transcribir tres que son los que interesan. Art. 1º: *Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas administraciones públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.* Art. 2º: *Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento hospitalización o control, cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.* Art. 3º: *Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.* Esta ley significa una *habilitación legal o cobertura jurídica* para que las autoridades sanitarias puedan imponer verdaderos tratamientos sanitarios obligatorios, en el caso de que así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

Los *requisitos de fondo* se refieren a que la ley debe tener una finalidad sanitaria y no perseguir otro tipo de objetivos, debe ser respetuosa con la dignidad humana y existir una correspondencia entre el riesgo que se trata de prevenir y la medida sanitaria limitadora de la libertad que se trata de imponer. Las limitaciones han de ser las mínimas posibles y ser las más convenientes en sentido técnico, ya que no cualquier riesgo justifica la aplicación de medidas restrictivas a la libertad o al desarrollo de la personalidad. La *gravedad* y la *urgencia* son parámetros que ha de decidir la autoridad sanitaria en base a su pericia o *lex artis* y bajo su responsabilidad. Por lo tanto, cuando el riesgo para la salud pública discorra por cauces ordinarios y sea atajable o susceptible de control por los medios usuales que utiliza la Administración pública, no será posible invocar estas leyes para justificar la actuación.

## Internamiento y confirmación judicial

A tener en cuenta que siempre que el interés sanitario conlleve el internamiento obligatorio y urgente, no consentido, de una persona capaz de decidir, deberá comunicarse tal hecho en el plazo de 24 horas a la autoridad judicial. La mejor forma de hacerlo es ponerse en contacto con el Médico Forense del Juzgado de Guardia a fin de informarle sobre las razones de urgencia o necesidad que se han tenido en cuenta para fijar el internamiento no consentido y que este, de inmediato o previa comprobación, lo ponga en conocimiento del Juez de Guardia para lograr la regularización jurídica y confirmación del internamiento decretado.

## La experiencia de la Comunidad de Madrid en la aplicación de medidas de Hospitalización Obligatoria

María Ordobás, Ángel Rodríguez Laso

Programa de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Madrid

En el marco del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, la Hospitalización Terapéutica Obligatoria (HTO) surge en 1996 para dar respuesta a la pregunta de qué hacer con los pacientes tuberculosos bacilíferos con historia de repetidos abandonos de tratamiento y en un contexto de preocupación por brotes de tuberculosis multiresistente.

Desde 1994 viene funcionando en la Comunidad de Madrid el Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Ante la notificación de un caso, la intervención fundamental desde la Salud Pública es el control de los contactos. Además y siguiendo las recomendaciones de los expertos se aconseja que, en aquellos grupos donde la falta de adherencia al tratamiento es más frecuente, se recomiende la inclusión del caso en un Programa de tratamiento supervisado. Hay casos en los que la supervisión del tratamiento, al mismo tiempo que el aislamiento respiratorio cuando éste es necesario, sólo puede garantizarse en el medio hospitalario. Sin embargo no siempre se cuenta con la voluntad de paciente para adoptar esa recomendación es en esas situaciones cuando es necesario valorar la HTO.

La HTO de un paciente se realiza al amparo del artículo 2 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública<sup>1</sup>. Por esta Ley, las Autoridades Sanitarias de las distintas Administraciones Públicas, dentro del ámbito de sus competencias, podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento y hospitalización obligatorias cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad, y se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población, debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas. Para considerar de forma adecuada la necesidad de llevar a cabo tratamientos de forma obligatoria, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos que afectan a esta enfermedad:

- La tuberculosis se transmite de persona a persona por vía aérea. El tratamiento farmacológico adecuado disminuye la transmisión a niveles insignificantes, necesitándose para ello unas 2 o 3 semanas por lo general; por ello es necesario el aislamiento respiratorio de los pacientes durante ese período.
- La tuberculosis tiene tratamiento farmacológico eficaz, que requiere la toma diaria de una combinación de fármacos durante un tiempo prolongado<sup>2</sup>.
- La toma inadecuada o incorrecta de los fármacos que se le han prescrito al paciente, puede ocasionar resistencia bacteriana. Si esta resistencia se estableciese a los fármacos básicos y fundamentales para el tratamiento, la enfermedad se transforma en un proceso de difícil curación. Esta situación, trascendente para el

propio enfermo, se vuelve de gran importancia para la Salud Pública, ya que el agente etiológico susceptible de ser transmitido presenta ya esta cualidad y puede dar origen, como ya ha sucedido a brotes por tuberculosis resistente<sup>3</sup>.

El proceso que sigue la adopción de una medida de HTO es complejo y en él están implicados muchos profesionales y varias Instituciones. La fase de preparación se inicia con la propuesta de HTO por parte de un centro sanitario, generalmente un hospital, acompañando un informe clínico y otro social. Estos documentos se presentan al Servicio de Salud Pública del Área de Salud, quien además de valorarla, deberá preparar un informe epidemiológico. La propuesta llega al Director General de Ordenación e Inspección, quien dicta la resolución de HTO. La fase de ejecución de la resolución se hace a través de la Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad, quien solicitará a la Delegación del Gobierno apoyo policial para el traslado y custodia del paciente y a los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo la ratificación judicial de la medida. Una vez adoptada la HTO, los responsables clínicos del caso en el hospital, deberán informar periódicamente, tanto al Juzgado como a Salud Pública sobre la evolución del paciente y de la fecha de alta, que deberá coincidir con la resolución de fin de HTO, mediante esta última se dejará sin efecto la medida. Para garantizar la continuidad del tratamiento al alta hospitalaria, antes de salir del hospital deberá haberse incluido el paciente en un Programa de tratamiento supervisado.

### Bibliografía

1. *Boletín Oficial del Estado*. Ley Orgánica 3 /1986 de medidas especiales en materia de Salud Pública. BOE núm 102, 29/04/1986.
2. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. *International Standard for tuberculosis care (ICTC)*. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance; 2006. Disponible en <http://www.who.int/gtb/publications> a 20/08/2008.
3. Caminero JA. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis: evidence and controversies. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;8:829-37.

## Aspectos legales en el control de la tuberculosis: experiencia de los EEUU

Kenneth G. Castro

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

Los aspectos legales concernientes al control de la tuberculosis (TB) están basados en los principios de Siracusa (1984). Estos principios estipulan lo siguiente en cuanto a la restricción involuntaria de sujetos con TB pulmonar:

- Será de duración limitada y sujeta a apelación.
- Se ejecutará de acuerdo a la legislación vigente.
- Estará en el interés de un objetivo legítimo general.
- Es estrictamente necesaria en una sociedad democrática para el logro del objetivo en cuestión.
- No existen medidas menos intrusivas y restrictivas disponibles para alcanzar el mismo objetivo.

- Está basada en la evidencia científica disponible y no impuesta de manera arbitraria, por ejemplo, de una manera discriminatoria.

En EEUU, la experiencia con respecto al uso de restricción legal fue documentada en la ciudad de Nueva York durante los años 1993-1995. Durante ese tiempo, mas de 8 000 nuevos casos fueron notificados con TB. Todo paciente recibió órdenes del Comisionado de Salud indicando el carácter obligatorio de cumplir con el tratamiento contra la TB, acoplado con el uso de gestores de caso, quienes se aseguraban de proveer los servicios necesarios al paciente. Hizo falta apelar a 150 órdenes de corte judicial para el uso mandatorio de terapia directamente supervisada y 139 restricciones. En total, menos

del 4% de los pacientes con TB necesitaron de restricciones para lograr el tratamiento curativo. Los autores del reporte concluyeron que el apoyo social a los pacientes impidió la necesidad de implementar medidas restrictivas en 96% de los pacientes con TB.

En el 2007 se implementó por primera vez en aproximadamente 40 años una orden federal para la restricción de un viajero internacional inicialmente diagnosticado con tuberculosis extensivamente farmacorresistente. La necesidad de una orden federal correspondió al carácter internacional e interestatal del movimiento del paciente, y de acuerdo a los principios del Reglamento Sanitario Internacional adoptado por la Asamblea Mundial Sanitaria en el 2005.