

El control de la tuberculosis en instituciones penitenciarias (1981-2026)

Andrés Marco

Programa de Salud Penitenciaria del Institut Català de la Salut. Barcelona; Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (fuiTB); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Correspondencia:

Andrés Marco

E-mail: andres.marco.m@gmail.com

Enf Emerg 2026;25(3):146-148

doi: 10.18176/enfemerg.0037

La alusión a los años ochenta en el título no es casual y tiene una gran trascendencia, ya que este periodo albergó cambios sociopolíticos con profundas repercusiones sanitarias y penitenciarias en España. En el campo de la Salud, el hito fundamental fue la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad (LGS), norma jurídica que transformó el modelo sanitario, creó el Sistema Nacional de Salud y unificó las prestaciones públicas de forma universal e integrada en las Comunidades Autónomas. En este contexto de reforma institucional se fundó el Instituto de Salud Carlos III, principal organismo público de gestión y financiación de investigación biomédica, y surgieron estrategias sectoriales inéditas para afrontar los desafíos de esa época, como el Plan Nacional sobre Drogas (1985) y el Plan Nacional sobre el SIDA (1987). A nivel penitenciario, es muy relevante la aprobación de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP), de 1979 —la primera Ley Orgánica aprobada en la democracia española—, que sentaría las bases de la asistencia sanitaria en las prisiones, desarrollada después mediante el Reglamento Penitenciario de 1981.

Es época de reconocimiento de los derechos y libertades de la ciudadanía, pero también, en paralelo, de la expansión en el país del consumo de drogas ilegales. Este fenómeno coincidió, y en parte generó, la irrupción de la epidemia del VIH/SIDA, lo que supuso un enorme crecimiento de la población penitenciaria —compuesta mayoritariamente en aquella época por personas drogodependientes, muchas de ellas usuarias de drogas intravenosas (UDI)— y un alarmante incremento de la incidencia de la tuberculosis (TB). A finales de los años 80, la incidencia acumulada de TB en las cárceles de España alcanzó niveles críticos y se llegaron a declarar tasas de entre 1.500 y 1.878 casos de TB por cada 100.000 internos al año¹. Estas cifras significaban que un recluso tenía una probabilidad más de 40 veces mayor de contraer TB que un ciudadano fuera de prisión. En 1987 se estimaba que, por las deficientes condiciones higiénico-sanitarias de muchas prisiones y por la alta rotación de internos, sólo el 40% de los reclusos enfermos lograba finalizar con éxito el tratamiento antituberculoso. Esto suponía un fracaso terapéutico, pero también un alto riesgo de transmisión aérea dentro de estas instituciones cerradas². Es la época en que el

perfil epidemiológico del SIDA en prisión se caracterizaba por ser pacientes muy jóvenes, UDI y diagnosticados frecuentemente de TB diseminada o extrapulmonar³.

Los programas de control de la TB en prisiones de Cataluña

Para frenar el auge de la TB se implementaron Programas para la Prevención y el Control de esta enfermedad en los centros penitenciarios. En Cataluña, el Programa inicial se inauguró en 1987 que, después, ha sido actualizado en cuatro ocasiones: 2004, 2018, 2024 y 2026. El resultado de su aplicación constituye un ejemplo de éxito en salud pública, aunque sus inicios no fueron fáciles. Costó encontrar referentes e interlocutores duraderos y hubo mejor coordinación intra-extrapenitenciaria en centros, como “la Modelo” de Barcelona, quizás porque la motivación y preocupación era mayor, y también porque se implementó un programa de “vigilancia activa” que supuso disponer de enfermeros de salud pública que se desplazaban regularmente a la prisión para coordinarse con los profesionales referentes de la TB. La implementación del Programa, y el impulso de estas iniciativas, consiguieron contener el escenario de contagio crítico y lograr un descenso drástico de la incidencia; en Barcelona la tasa de éxito en la finalización del tratamiento pasó del precario 40% en 1987 a superar el 90% en la década de los noventa, consolidándose posteriormente en valores óptimos superiores al 95% en casos bacilíferos⁴. Aunque los pilares operativos que sustentaron esta mejoría se resumen en la Tabla 1, hay un elemento que, en aquellos años, fue fundamental y que quisiera resaltar: la aplicación del tratamiento directamente observado (TDO). Estas estrategias, recomendadas por la OMS de forma insistente a partir de 1999⁵, se generalizaron en las prisiones de Cataluña en los primeros años de la década de los noventa e incluso hubo iniciativas que las extendieron en enfermos drogodependientes tras la excarcelación con el uso combinado de los programas de tratamiento con metadona⁶.

La eficacia de todas estas medidas se tradujo en un descenso histórico de la incidencia a partir de 1996 que, gracias al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y otras, como

Tabla 1. Pilares operativos de la respuesta estratégica contra la TB en los centros penitenciarios de Cataluña.

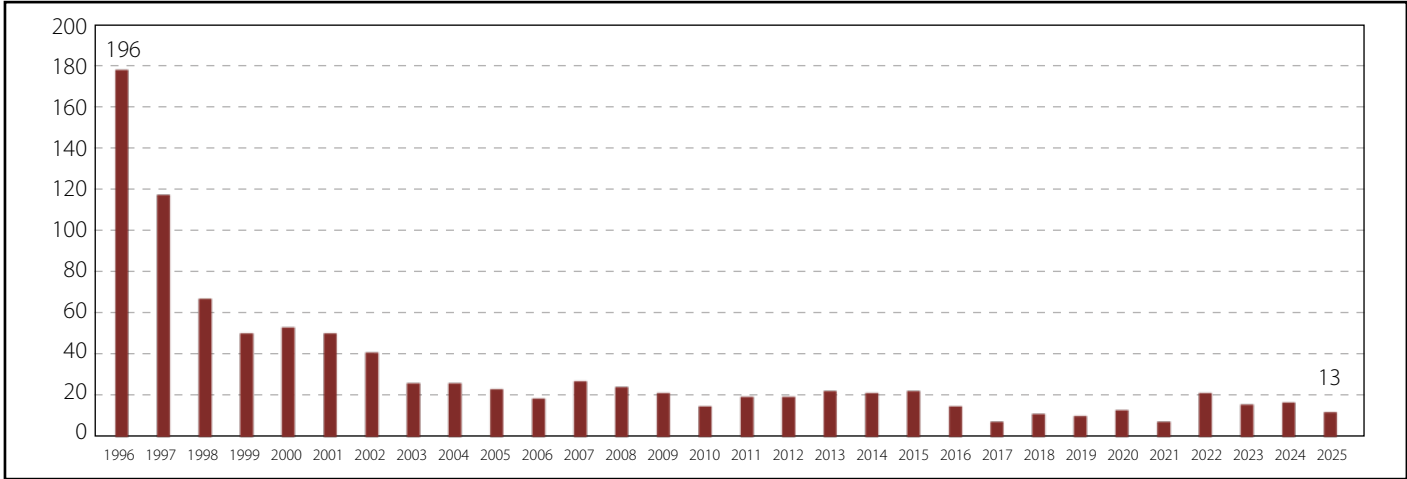
Pilares estratégicos (modelo End TB)	Componentes clave de aplicación en prisiones
Atención y prevención integrada centrada en el paciente	<ul style="list-style-type: none">– Diagnóstico precoz universal al ingreso mediante cribado sistemático.– Control de la transmisión (aislamiento respiratorio en celdas de presión negativa, ventilación y uso de mascarillas durante la sospecha),– Tratamiento Directamente Observado (TDO) en todos los casos.– Abordaje de comorbilidades: coordinación estrecha con los programas de control del VIH y atención al paciente drogodependiente.– Tratamiento preventivo: Aplicación de terapia en casos de infección tuberculosa latente de alto riesgo.
Políticas y sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none">– Compromiso político e institucional: Dotación de recursos estables en el Programa de Salut Penitenciària (ICS).– Cobertura universal e integración: Notificación obligatoria, vigilancia epidemiológica estricta y vinculación post-liberación con la salud comunitaria.– Evaluación anual mediante indicadores operativos.– Dirección en el Programa de Salud Penitenciaria y coordinación interinstitucional: Alianza entre prisiones, la Agencia de Salud Pública y la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB).
Innovación y estímulo a la investigación	<ul style="list-style-type: none">– Actualización continua de protocolos: daptaciones normativas constantes (1987, 2004, 2018, 2024 y 2026).– Estímulo de la investigación sobre TB y otras infecciones y/o enfermedades.– Optimización del cribado en migrantes: Incorporación de pruebas diagnósticas avanzadas (IGRA y test C-TB / <i>Siiitibcy</i>®) para mitigar el bajo valor predictivo de la tuberculina en vacunados con BCG.

el uso de TDO en todos los casos, consolidaron tasas de éxito de finalización del tratamiento superiores al 95%. La eficacia de este engranaje preventivo y asistencial se refleja con nitidez en la Figura 1, que muestra la serie histórica de casos de TB en la población reclusa de Cataluña. En la gráfica se observa cómo la curva experimenta una caída en picado a partir de 1996, fecha de introducción del TARGA, que actuó como un potente cortafuego epidemiológico. La tendencia posterior muestra una pendiente decreciente constante que se prolonga de forma sostenida durante las décadas siguientes, demostrando que la detección precoz de los casos de TB, la administración de TDO y la combinación de un control clínico estricto en prisión lograron doblegar una epidemia que parecía incontrolable a finales del siglo pasado. A lo largo de las primeras dos décadas del siglo XXI, la consolidación de estas estrategias y el progresivo descenso de la población reclusa con adicción a drogas por vía parenteral permitieron estabilizar las tasas de transmisión a niveles mínimos históricos. Sin embargo, este periodo de aparente control no estuvo exento de retos. Las actualizaciones del protocolo en 2004, 2018 y 2024 respondieron a la necesidad de adaptar la sanidad penitenciaria a un cambio drástico en el perfil del interno, marcado por el envejecimiento de la población reclusa y la constante amenaza de cepas de tuberculosis multirresistente (MDR-TB), sobre todo en población migrante, y la adopción de nuevos retos, como el control y tratamiento de la infección tuberculosa, especialmente en los colectivos con mayor riesgo de progresión.

Situación actual de la TB en las prisiones de Cataluña

La TB sigue siendo un desafío vigente en el entorno penitenciario: el 2,3% de las personas que ingresan en las prisiones catalanas presenta o ha presentado antecedentes de la enfermedad, con una prevalencia significativamente superior en migrantes

Figura 1. Casos de tuberculosis en internos de Cataluña desde 1996, fecha de aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad, hasta 2025.



que en la población autóctona (3% vs. 1%)⁷. Dado que los extranjeros suponen actualmente más del 50% de la población reclusa catalana y que más del 85% de ellos ha recibido la vacuna BCG⁸, la prueba de la tuberculina clásica pierde especificidad por riesgo de falsos positivos, haciendo aconsejable el uso de pruebas IGRA o de la nueva prueba de tuberculina basada en antígenos específicos (C-TB, Siiltibcy®) recientemente incorporada a los protocolos para el control de la TB en prisiones de Cataluña. Además, en los reclusos migrantes la probabilidad de infección es casi cuatro veces mayor que en la población autóctona⁹ y, como reflejo de esta realidad, en 2025 el 87% de los casos totales de TB registrados en prisión se concentraron en este colectivo¹⁰.

En definitiva, la Sanidad Penitenciaria es una pieza clave para diagnosticar la TB en poblaciones vulnerables, así como para detectar y tratar casos socialmente complejos y de gran trascendencia epidemiológica, que a veces no acuden a los dispositivos sanitarios tradicionales o abandonan el tratamiento. En los últimos años, los centros penitenciarios han actuado como dispositivos centinela clave y se han mostrado como elementos imprescindibles para el control efectivo de la TB en el siglo XXI, que exige, de forma obligatoria, una mirada transversal adaptada a los nuevos perfiles de vulnerabilidad y migración. Como ya se ha sugerido², las medidas dirigidas al control de la TB a nivel mundial no pueden ser homogéneas, dadas las importantes desigualdades económicas y sociales entre regiones, lo que obliga a definir prioridades en aspectos clave, como ocurre por ejemplo con el tratamiento de la infección tuberculosa o la resistencia a los antimicrobianos. Adaptar los Programas a las peculiaridades penitenciarias y a la situación de la TB en el país es, por lo tanto, fundamental para alcanzar buenos resultados.

Bibliografía

1. Martín V. La tuberculosis en las Instituciones Penitenciarias españolas. *Rev Esp Sanid Penit.* 1999;1:112-4.
2. Marco A. La tuberculosis en instituciones penitenciarias. Disponible en: <https://www.uitb.cat/la-tuberculosis-en-instituciones-penitenciarias/>
3. Caylà JA, Marco A, Bedoya A, Guerrero RA, García J, Martín V, *et al.* Differential Characteristics of AIDS Patients with a History of Imprisonment. *Int J Epidemiol.* 1995; 24:1188-96.
4. Rodrigo T, Caylà JA, García de Olalla P, Brugal MT, Jansà JM, Guerrero RA, *et al.* Effectiveness of tuberculosis control programmes in prisons, Barcelona 1987-2000. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6:1091-7.
5. OMS. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/CDS/CPC/TB/99.270).
6. Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, *et al.* Predictors of adherence to tuberculosis treatment in supervised therapy programme for prisoners before and after release. Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners. *Eur Respir J.* 1998;12:967-71.
7. Marco A, Solé N, Prieto-García R, Abdo IJ, Millet JP, Turu E, *et al.* Determinantes de tuberculosis en la población que ingresa en las prisiones de Cataluña. *Rev Esp Sanid Penit.* 2025; 27: 101-8.
8. Marco A, Solé N, Prieto-García R, Abdo I, Millet JP, Turu E, Study Group on Tuberculosis in Penitentiary Centers of Catalonia. Performance of tuberculin skin testing compared with interferon-gamma release assays foreign-born individuals. *Trop Med Int Health.* 2026. doi: org/10.1111/tmi.70183.
9. Solé N, Prieto-García R, Turu E, Millet JP, Marco A. TB infection in the incarcerated population of Catalonia, Spain. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2026;30(3):120-6. doi: 10.5588/ijtld.25.0333.
10. Sánchez-Encomienda P, Marco A, Grupo para el control de la TB en prisiones. Perfil clínico-epidemiológico, tiempo hasta el diagnóstico e incidencia de la tuberculosis en los reclusos de Cataluña durante 2024 y 2025. *Rev Esp Sanid Penit.* 2026;28(Supl. 1).

El rol de la enfermera de salud pública en el programa de tuberculosis de una gran ciudad

Miriam Ros

Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

Correspondencia:

Miriam Ros

E-mail: mros@aspb.cat

Enf Emerg 2026;26(3):148-149

doi: 10.18176/enfemerg.0038

La enfermera de salud pública desempeña un papel fundamental en la prevención y el control de la tuberculosis, ya que combina la atención individual con una perspectiva comunitaria

y poblacional. Una de sus funciones principales es la vigilancia epidemiológica, mediante la recepción y validación de las notificaciones de los casos, la recogida de información clínica y