

Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis

Strategies to improve adherence to tuberculosis treatment

Vilda Discacciati^a 

Resumen

La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de muerte por enfermedades infecciosas a nivel mundial, especialmente en países con alta carga de enfermedad. A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, la falta de adherencia terapéutica sigue siendo uno de los principales obstáculos para su control. Diversos factores influyen en el abandono del tratamiento, incluyendo condiciones socioeconómicas desfavorables, barreras en el acceso al sistema de salud, desconocimiento de la enfermedad y estigmatización.

Este artículo revisa estrategias implementadas a nivel internacional y local para mejorar la adherencia, con énfasis en el tratamiento directamente observado y en intervenciones que combinan apoyo social, incentivos económicos y participación comunitaria. Aunque algunas de estas estrategias provienen de estudios con limitaciones metodológicas, en conjunto ofrecen evidencia de que el acompañamiento social y las políticas públicas centradas en las necesidades del paciente son fundamentales para alcanzar el éxito del tratamiento.

Abstract

Tuberculosis remains one of the leading causes of death from infectious diseases globally, particularly in areas with a high burden of the disease. Despite significant advancements in diagnosis and treatment, non-adherence to therapy continues to be a major obstacle to effective control. Several factors contribute to treatment abandonment, including challenging socioeconomic conditions, barriers to access healthcare, insufficient awareness about the disease, and the stigma associated with it.

This article reviews strategies implemented internationally and locally to improve treatment adherence, with a focus on directly observed treatment methods and interventions that incorporate social support, economic incentives, and community engagement. Although some of these strategies arise from studies with methodological limitations, they collectively provide compelling evidence that tailored social support and responsive public policies are crucial for successful treatment outcomes.

Palabras clave: Tuberculosis, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Intervenciones sobre el Cumplimiento, Política de Salud. Key words: Tuberculosis, Treatment Adherence and Compliance, Adherence Interventions, Health Policy.

Discacciati A. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Evid Actual Pract Ambul.* 2025;28(3):e007168. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7168>

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires; Centro de Investigación en Ciencias Sociales, Humanidades y Salud, Secretaría de Investigación, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.

vilda.discacciati@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0000-0001-8718-0910>

Introducción

La tuberculosis es la primera causa de defunciones por un único agente infeccioso, superando al COVID-19, y una de las principales de muerte a nivel mundial. A pesar de los avances, en 2023 se estimaron 10,8 millones de nuevos casos en todo el mundo (intervalo de incertidumbre [II] del 95%, 10,1 a 11,7 millones), mientras que solo 8,2 millones fueron efectivamente diagnosticados y notificados. Estas cifras pone de manifiesto que persisten

obstáculos en su prevención, diagnóstico y tratamiento. Si bien la incidencia global muestra signos de estabilización, la reducción acumulada desde 2015 ha sido apenas del 8,3%, lejos del objetivo del 50% para 2025. Por otra parte, se estima que menos de la mitad (44%) de las personas con tuberculosis farmacorresistente acceden al tratamiento¹.

Las acciones necesarias para controlar este problema de salud incluyen mejorar su pesquisa, la notificación de casos y acceso universal a la atención médica, en especial en los países que concentran la mayor parte de su carga mundial. Se requieren esfuerzos multisectoriales para diseñar investigaciones e implementar políticas que reduzcan las condiciones que favorecen la transmisión, infección y progresión de la enfermedad²⁻⁵. Es importante destacar que una de las metas para 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es ponerle fin a la tuberculosis⁶.

Epidemiología en la región de las Américas y en Argentina

En la región de las Américas, el 80% de la incidencia estimada de tuberculosis se concentra en ocho países⁷.

El boletín del programa nacional argentino de 2025 informa que de un total de 16.647 casos notificados, 14.239 (85,5%) fueron de localización pulmonar, 1.937 (11,6%) extrapulmonar y 471 (2,8%) sin localización clara. El mayor número de casos de tuberculosis pulmonar ocurre en adultos jóvenes de 15 a 44 años, que concentran el 60,7% de los casos notificados. En menores de 15 años, fueron notificados 1.331 casos, lo que representa el 8,5% del total de casos incidentes en 2024. Además, durante el año 2024 fueron notificados 103 casos de tuberculosis multirresistente y siete casos de tuberculosis extensamente resistente⁵.

La importancia de completar el tratamiento

El 85% de los pacientes se cura luego de seis meses de terapia farmacológica. Por lo tanto, un aspecto crítico del control de la tuberculosis es lograr que las personas afectadas completen el tratamiento, ya que su discontinuación —definida en términos operativos como la no concurrencia del paciente durante al menos un mes para recibir sus medicamentos⁸— es el principal obstáculo para su control, y ha sido extensamente estudiada como barrera o fracaso de los programas de control de la enfermedad.

Los factores asociados a la falta de adherencia incluyen aquellos relacionados con el paciente y sus condiciones sociodemográficas, con el tratamiento, con el ambiente y con los servicios de salud. Son predictores de mala adherencia al tratamiento ser de género masculino, migrante, habitar una vivienda sin agua segura, y todas las barreras de acceso al sistema de salud vinculadas con la pérdida del seguimiento⁹⁻²²: mejoría precoz de los síntomas, poco conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, poca confianza en la seguridad del tratamiento, estigmatización de los enfermos, coexistencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), dificultades en el traslado, necesidad de continuar trabajando y actitudes negativas de los trabajadores de la salud²³.

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su último informe de 2024 no reporta la proporción general de pérdidas de seguimiento para América, informa una tasa de éxito para los tratamientos de primera línea del 72% para 2022²⁴. En Argentina sólo contamos con información respecto del 76,3% de los casos (datos de 2022) y sabemos que en este subgrupo el éxito del tratamiento fue de 73%, mientras que las pérdidas de seguimiento fueron de 12,4%⁵. Por otro lado, para el año 2024 han sido informados 314 casos pulmonares con resistencia a alguna droga (aproximadamente 1,88% de los notificados), de los cuales 213 (67,8%) presentaron resistencia a la rifampicina⁵.

Según el informe del Instituto Malbrán, la probabilidad de desarrollar tuberculosis resistente ante un primer episodio de la enfermedad en Argentina había sido estimada en alrededor del 2,1% por el informe de la OMS de 2022²⁵, mientras que el informe más reciente de este organismo estima que a nivel global el 3,2% (II 95% 2,5 a 3,8%)¹ de los casos incidentes a nivel global se presentan con resistencia a la rifampicina o a múltiples fármacos. En cambio, entre las personas tratadas previamente, la proporción asciende al 16% (II 95% 9,0 a 24%)¹. Estas cifras evidencian la importancia de mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la pérdida en el seguimiento.

La propuesta del tratamiento directamente observado

El abandono del tratamiento favorece la progresión de la enfermedad, con empeoramiento del pronóstico y el desarrollo de resistencia a los antimicrobianos¹. El 70% de las personas con tuberculosis pulmonar bacilifera no tratada fallece dentro de los diez años²⁶, por lo que la OMS declaró emergencia mundial y en 2014 lanzó la estrategia *END-Tuberculosis*²⁷, basada fundamentalmente en la promoción y la expansión del tratamiento directamente observado (TDO)²⁸.

La estrategia TDO incluye en sus componentes el compromiso de los gobiernos y las comunidades para la detección de casos, su tratamiento con supervisión y apoyo al paciente y su familia, el suministro y la gestión de medicamentos, y la disponibilidad de un sistema de monitoreo y evaluación de estos programas²⁹. Desde que fue propuesta, se han ido incorporando aspectos orientados a complementarla con un abordaje focalizado hacia las poblaciones vulnerables³⁰.

Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso

Se reconoce el rol del incentivo material (por ejemplo, en forma de dinero en efectivo, vales o alimentos) para mejorar la adherencia, con el fin de ayudar a sortear barreras económicas de acceso. Una revisión Cochrane⁹ sobre la base de

algunos trabajos de baja calidad metodológica, comunicó que la adherencia al tratamiento mejoraría al ofrecer una comida caliente al mediodía o ante la entrega de comida realizada por personal de enfermería. Sin embargo, la estrategia de mejor resultado sería el ofrecimiento de dinero en efectivo⁹. Vale destacar que contamos con evidencia que avala la eficacia de estrategias de protección social proveniente de múltiples diseños tanto experimentales como observacionales. A modo puramente ilustrativo describiremos algunos ejemplos concretos de este tipo de intervenciones.

Una intervención educativa para agentes sanitarios (en inglés, *lay health workers*) fue asignada en forma aleatoria en 106 granjas de Sudáfrica, mientras que otras 105 granjas actuaron como grupo control en un ensayo por conglomerados. La tasa de finalización exitosa del tratamiento en adultos fue 18,7% mayor en el grupo intervención y la de detección de nuevos casos, 8% mayor³¹.

Un ensayo comunitario llevado a cabo en Etiopía asignó de manera aleatoria 51 unidades administrativas, que comprendían un total de 296.811 personas, a que sus trabajadores sanitarios recibieran o no una intervención educativa para mejorar sus habilidades para pesquisar personas con tos productiva, para recomendarles consultar a los centros de salud, para recolectar su esputo y para brindarles TDO. El aumento en la detección de casos fue mayor en el grupo intervención que en el grupo control (122% frente a 69%, $p < 0,001$), al igual que la tasa media de éxito del tratamiento (89% frente a 83%, $p = 0,012$), en especial en mujeres (90% vs. 81%, $p = 0,05$). Los autores concluyeron que su intervención podría aplicarse en entornos con baja cobertura de servicios de salud y escasez de trabajadores de la salud³².

En Nueva York, EE.UU., un estudio realizado en 55 pacientes con bajo cumplimiento de TDO evaluó la eficacia de la entrega de un voucher de cinco dólares por mes para comprar alimentos a quienes cumplieran el tratamiento. Esta intervención mejoró su adherencia a las 32 semanas, considerando como grupo control a los resultados de una cohorte histórica (odds ratio [OR] 5,7; intervalo de confianza [IC] del 95% 2,3 a 14,8)³³.

Un ensayo aleatorizado realizado en México que evaluó la eficacia del agregado de un grupo de autoayuda al cuidado habitual que venía brindándose, documentó un cumplimiento del tratamiento significativamente mayor en el grupo intervención (23 unidades sanitarias) que en el grupo control (25 unidades): 98% frente a 81%, respectivamente³⁴.

Un trabajo realizado en Perú caracterizó las barreras al control de la tuberculosis mediante entrevistas con familias afectadas, ofreciendo un

equipo multidisciplinario de intervenciones socioeconómicas, comunitarias y domésticas para sortearlas. Tras la aplicación de esta intervención, se observó una reducción del 83% en la tasa de abandono y del 20% en la incidencia³⁵.

En Colombia y en Bolivia se analizó un modelo de participación comunitaria para mejorar la identificación de las personas con sospecha de tuberculosis, optimizar el TDO y ofrecer apoyo social a los pacientes. Si bien el personal estatal capacitaba a los miembros de la comunidad y supervisaba la atención, tres de las iniciativas fueron promovidas por organizaciones no gubernamentales o por líderes carismáticos locales. Si bien llegaron a estar bien consolidados en términos políticos y administrativos, fueron vulnerables a la pérdida del apoyo financiero. Este modelo mejoró la adherencia al tratamiento sin que fueran comunicadas mediciones de su impacto³⁶. En Chiapas, México, fueron publicados dos informes sobre proyectos de atención comunitaria en tuberculosis. El proyecto en Los Altos documentó que luego de recibir una capacitación, los campesinos eran capaces de detectar casos y de hacer diagnóstico mediante baciloscopia³⁷. En el proyecto en Chicomuselo los campesinos fueron además entrenados para supervisar el tratamiento, para pesquisar contactos y para identificar a los niños que no habían recibido vacunación BCG³⁸.

Experiencias en Argentina

Desde 1991 está vigente en la provincia de Buenos Aires la ley 10.436 de Régimen de amparo destinado a asegurar la protección socioeconómica del paciente afectado de tuberculosis³⁹. Esta normativa ofrece un subsidio directo equivalente al salario mínimo, condicionado a cumplir el tratamiento, como una estrategia para asegurar la protección socioeconómica del paciente enfermo/a de tuberculosis. Como estrategia del equipo de salud, esta intervención reduciría a la mitad la pérdida del seguimiento del tratamiento en el marco de la atención en centros sanitarios. Si bien fue reconocido como un proceso prolongado, complejo y burocrático para el equipo de salud, una investigación observacional realizada en dicha jurisdicción documentó una tasa de éxito del 83% en la realización del tratamiento antituberculoso entre quienes recibían este subsidio ($n = 377$) bajo supervisión de un trabajador social⁴⁰.

Conclusiones finales

La mejora de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis constituye un desafío crucial en el control de esta enfermedad, con profundas consecuencias sanitarias, sociales y económicas. Las estrategias revisadas —desde incentivos económicos directos hasta intervenciones comunitarias, educativas y de protección social—

muestran que es posible fortalecer el cumplimiento terapéutico mediante enfoques integrales y contextualizados. Si bien persisten limitaciones metodológicas en parte de la evidencia disponible, los resultados indican que la adherencia mejora cuando las políticas públicas consideran no solo el acceso al tratamiento, sino también las condiciones de vida de las personas afectadas.

Por ello, es fundamental que las intervenciones sean diseñadas con enfoque territorial, priorizando las poblaciones más vulnerables, e integradas de forma sostenida en los sistemas de salud. Solo con voluntad política, participación comunitaria e inversión continua será posible avanzar en el cumplimiento de los objetivos globales de control de la tuberculosis.

Recibido el 03/06/2025, aceptado el 17/07/2025 y publicado el 24/07/2025



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de obra derivada

Este artículo es una obra derivada de la tesis doctoral titulada: *Abordaje de la tuberculosis en población vulnerable, centrado en la persona y su contexto. Estudio de caso*, defendida por Vilda Discacciati para la obtención del título de Doctora en Ciencias de la Salud en la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, el 29 de noviembre de 2024. La dirección de la tesis estuvo a cargo de Juan Carlos Bossio. El jurado evaluador estuvo conformado por Juan Precerutti, Fernando Rubinstein y Marisa Ponce.

Declaración de uso de inteligencia artificial

En la preparación del presente manuscrito fue utilizada la herramienta ChatGPT (OpenAI, versión GPT-4o, julio 2025) como apoyo para tareas de búsqueda, cotejo y actualización de datos en informes oficiales y otras fuentes bibliográficas.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. La autora declaró no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. WHO. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2024. Geneva: World Health Organization, 2024. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240101531>
2. Montoro Cardoso DE. La resistencia a múltiples fármacos: una amenaza para el control de la tuberculosis. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(1):69-73. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8209>
3. Floyd K, Glaziou P, Zumla A, et al. The global tuberculosis epidemic and progress in care, prevention, and research: an overview in year 3 of the End TB era. Lancet Respir Med. 2018 Apr;6(4):299-314. doi: [10.1016/S2213-2600\(18\)30057-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30057-2) PMID: 29595511
4. WHO. World Health Organization. Global strategy for tuberculosis research and innovation (WHA73.3), Seventy-third World Health Assembly Geneva; 2020. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R3-en.pdf
5. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre Tuberculosis y Lepra en la Argentina N 8. AÑO VIII - Marzo 2025. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2025. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin-8_tbc-260325.pdf
6. Naciones Unidas. Objetivos para el Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Consultado el 17/07/2025. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
7. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. Consultado el 17/07/2025. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>

8. Arrossi S, Herrero MB, Greco A, et al. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Salud Colect.* 2012;8(Supl 1):S65-S76. Available from: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/198634>
9. Lutge EE, Wiysonge CS, Knight SE, et al. Incentives and enablers to improve adherence in tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(9):CD007952. doi: [10.1002/14651858.CD007952.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007952.pub3) PMID: [26333525](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26333525/)
10. Karumbi J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 29;2015(5):CD003343. doi: [10.1002/14651858.CD003343.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003343.pub4) PMID: [26022367](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26022367/)
11. Klein K, Bernachea MP, Irribarren S, et al. (2019) Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study. *PLoS Med.* 2019;16(4):e1002788. doi: [10.1371/journal.pmed.1002788](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002788) PMID: [31039158](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31039158/)
12. Sosa Pineda N, Pereira S, Barreto M. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(4):271-8. doi: [10.1590/s1020-49892005000400008](https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000400008) PMID: [15969979](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15969979/)
13. Shargie EB, Lindtjørn B. Determinants of treatment adherence among smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Southern Ethiopia. *PLoS Med.* 2007;4(2):e37. doi: [10.1371/journal.pmed.0040037](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040037) PMID: [17298164](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17298164/)
14. Hasker E, Khodjikhonov M, Usarova S, et al. Default from tuberculosis treatment in Tashkent, Uzbekistan; Who are these defaulters and why do they default?. *BMC Infect Dis.* 2008;8:97. doi: [10.1186/1471-2334-8-97](https://doi.org/10.1186/1471-2334-8-97) PMID: [18647400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18647400/)
15. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence. *Am Rev Respir Dis.* 1993;147(5):1311-20. doi: [10.1164/ajrccm/147.5.1311](https://doi.org/10.1164/ajrccm/147.5.1311) PMID: [8484650](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8484650/)
16. Farmer P. Social scientists and the new tuberculosis. *Soc Sci Med.* 1997;44(3):347-58. doi: [10.1016/s0277-9536\(96\)00143-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00143-8) PMID: [9004369](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9004369/)
17. O'Boyle S, Power J, Ibrahim M, et al. Factors affecting patient compliance with anti-tuberculosis chemotherapy using the directly observed treatment short-course strategy (DOTS). *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6(4):307-12. PMID: [11936739](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11936739/)
18. Singh V, Jaiswal A, Porter J, et al. TB control, poverty, and vulnerability in Delhi, India. *Trop Med Int Health.* 2002;7(8):693-700. doi: [10.1046/j.1365-3156.2002.00909.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2002.00909.x) PMID: [12167096](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12167096/)
19. García P, Sanchez J, Mora J, et al. Assessment of 16-year retrospective cohort study of factors associated with non-compliance with a tuberculosis contact tracing programme at a Spanish hospital. *J Eval Clin Pract.* 2018;24(4):758-766. doi: [10.1111/jep.12973](https://doi.org/10.1111/jep.12973) PMID: [29987867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29987867/)
20. Noyes J, Popay J. Directly observed therapy and tuberculosis: how can a systematic review of qualitative research contribute to improving services? A qualitative meta-synthesis. *J Adv Nurs.* 2007;57(3):227-43. doi: [10.1111/j.1365-2648.2006.04092.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04092.x) PMID: [17233644](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17233644/)
21. Cardoso G, Dos Santos EM, Kiflie Y, et al. Strategic analysis of tuberculosis prevention and control actions in Brazil and Ethiopia: one size fits all? *Int J Public Health.* 2017;62(2):305-315. doi: [10.1007/s00038-016-0934-5](https://doi.org/10.1007/s00038-016-0934-5) PMID: [27990571](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27990571/)
22. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):223-9. doi: [10.1590/s1020-49892013000300009](https://doi.org/10.1590/s1020-49892013000300009) PMID: [23698142](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23698142/)
23. Gallardo CR, Gea Velázquez de Castro MT, Requena Puche J, et al. Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa. *Aten Primaria.* 2014 Jan;46(1):6-14. doi: [10.1016/j.aprim.2013.05.009](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.009) PMID: [24331920](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24331920/)
24. WHO. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2024. Geneva: World Health Organization, 2024. [Web update, accessed July 2025]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024/tb-diagnosis-and-treatment/2-3-tb-treatment--coverage-and-outcomes?>
25. Servicio de Micobacterias, Departamento de Bacteriología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI), Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. C. G. Malbrán Informe técnico sobre la tuberculosis multidrogorresistente en la Argentina, 2023. Periodo 2012-2022. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_tb-mr_2023.pdf
26. Tiemersma EW, van der Werf MJ, Borgdorff MW, et al. Natural history of tuberculosis: duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV negative patients: a systematic review. *PLoS One.* 2011 Apr 4;6(4):e17601. doi: [10.1371/journal.pone.0017601](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017601) PMID: [21483732](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21483732/)
27. World Health Assembly. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R4-en.pdf?ua=1

28. World Health Organization. Global Programme on Tuberculosis & Lung Health. The End TB Strategy. Consultado el 18/07/2025. Available from: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/the-end-tb-strategy>
29. World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva: World Health Organization; 1999. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65979>
30. World Health Organization. Tackling TB in vulnerable populations. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/activities/tackling-tb-in-vulnerable-populations>
31. Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, et al. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9(6):673–9. PMID:15971396
32. Datiko DG, Lindtjorn B. Health extension workers improve tuberculosis case detection and treatment success in southern Ethiopia: a community randomized trial. *PLoS ONE*. 2009;4(5):e5443. doi: 10.1371/journal.pone.0005443 PMID:19424460
33. Bock NN, Sales RM, Rogers T, et al. A spoonful of sugar...: improving adherence to tuberculosis treatment using financial incentives. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001 Jan;5(1):96-8. PMID: 11263524
34. Álvarez Gordillo G, Álvarez Gordillo J, Dorantes Jiménez J. Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas, México. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;14(402). Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v14n6/402-408>
35. Fuentes Tafur LA, Ticona Chávez E, Velasco Guerrero JC, et al. El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la Tuberculosis. *Acta méd. peruana*. 2012;29(2):104-12. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000200011&lng=es
36. Stop Tb Department. World Health Organization. Community contribution to TB care: practice and policy. Review of experience of community contribution to TB care and recommendations to national TB programmes. WHO/CDS/TB/2003.312. Geneva: World Health Organization, 2003. Available from: <https://stop.tb.org/assets/documents/countries/acsm/community%20contribution%20to%20tb%20care.pdf>
37. Jaramillo E. Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis: una perspectiva Latinoamericana. WHO/CDS/TB/2002.304(S). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67593/WHO_CDS_TB_2002.304\(S\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67593/WHO_CDS_TB_2002.304(S).pdf?sequence=1&isAllowed=y)
38. Solórzano Moguel JJ, Álvarez Cuevas ME. Atención del enfermo tuberculoso a nivel comunitario en el Estado de Chiapas, México. *Bol Of Sanit Panam*. 1991;111(5):432:8. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16567/v111n5p432.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Decreto reglamentario de la Ley 14.436 - Creación de un régimen de amparo para la protección socio-económica del afectado de tuberculosis. Boletín Oficial, 5 de Febrero de 1991. La Plata, Argentina. Available from: <https://www.sajj.gob.ar/170-local-buenos-aires-decreto-reglamentario-ley-10436-creacion-regimen-amparo-para-proteccion-socio-economica-afectado-tuberculosis-b19910000170-1991-01-18/123456789-0abc-071-0000-1991bvorpced>
40. Klein K, Bernachea MP, Iribarren S, et al. Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study. *PLoS Med* 2019;16(4):e1002788. doi: 10.1371/journal.pmed.1002788 PMID: 31039158

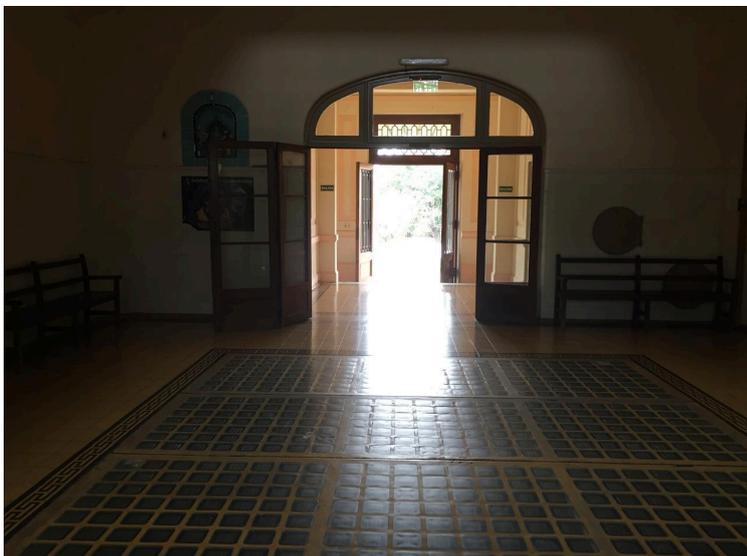


Imagen de portada. Pabellón Koch, Hospital Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Fotografía del archivo personal de la autora.