

ESTADO, DERECHOS SOCIALES Y DE SALUD

TUBERCULOSIS y COVID-19

INTRODUCCIÓN

A pesar de la existencia de tratamiento efectivo y de la curación como una posibilidad concreta, la tuberculosis (TB) se presenta como un fuerte desafío para los sistemas de salud, ya que afecta a las poblaciones más vulnerables y con mayores dificultades económicas (Herrero et al, 2011). Es la primera causa de muerte por enfermedades infectocontagiosas a nivel global (WHO, 2018).

Se estima que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial está infectada con la bacteria que produce la TB, y alrededor del 5 al 10% de los infectados desarrollan la enfermedad de TB activa en su vida. El riesgo de enfermedad activa de TB después de la infección depende de varios factores, siendo el más importante el estado inmunológico de la persona. (OMS, 2019a)

Según el Informe Mundial sobre la TB publicado en el año 2019 por la OMS, se estima que 10 millones de personas (intervalo: 9- 11,1 millones) enfermaron de TB en 2018, de los cuales aproximadamente medio millón presentaban resistencia a la rifampicina y de esos el 78% tenían TB multirresistente. Del total de casos de TB, 3 millones de personas no han sido diagnosticadas o no han recibido tratamiento adecuado para la TB y entre los casos resistentes, 1 de cada 3 casos tampoco ha sido diagnosticado o tratado. A pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, 1,5 millones de personas mueren de TB cada año, lo que la convierte en una de las diez causas principales de muerte en todo el mundo. (OMS, 2019b; Scaglia, 2020)

La Estrategia para poner Fin a la Tuberculosis de la OMS, tiene como objetivo reducir la tasa de incidencia de TB en un 90% y el número de muertes en un 95% entre 2015 y 2035, en comparación a 2015. A pesar de la disminución en la incidencia de TB en los últimos quince años, la misma sigue siendo insuficiente para alcanzar el objetivo de la OMS, sumado a que aún hay una gran brecha entre el número de casos nuevos reportados y los estimado en 2018. Esta brecha se debe a una combinación de subregistro de casos detectados y a un diagnóstico insuficiente, lo que puede deberse a que las personas con TB no acceden a los servicios de salud o no son diagnosticados cuando lo hacen (OMS, 2017).

Durante el año 2019, en Argentina se notificaron 12.075 casos de TB (405 casos más del total de notificados en 2018), incluyendo casos nuevos, recaídas, con antecedente de tratamientos previos y aquellos casos sin información respecto a tratamientos anteriores, resultando así una tasa de 26,2 casos por 100.000 habitantes (INER, 2020). Los casos nuevos y las recaídas, que son los casos de

más reciente infección y que determinan la subsistencia de la circulación de la TB en la comunidad, representaron alrededor del 90% de los casos. Si bien las tasas de notificación para casos nuevos y recaídas de TB en Argentina vienen disminuyendo desde 1980, durante los últimos años la tendencia se invirtió, presentándose un aumento en la notificación de 1,70% anual (INER, 2019).

Cualquier actividad que se realice para mejorar el problema de la TB debe tener como prioridad localizar, tratar y curar a los enfermos. La localización de casos tiene como objetivo identificar lo más tempranamente posible al enfermo bacilífero, dentro de la comunidad en la que habita, y diagnosticarlo adecuadamente de manera de disminuir precozmente las fuentes de infección en la comunidad. La demora en el diagnóstico de la TB, imputable al paciente o a los servicios de salud, constituye un elemento que permite valorar la calidad de las intervenciones de prevención y promoción implementadas por los programas de TB, como así también, la calidad de la atención en los servicios de salud para la detección de los casos (Zerbini et al., 2010).

El 20 de marzo el Gobierno de la República Argentina decreto el aislamiento social, preventivo y obligatorio (Decreto DNU 297 / 2020) a fin de mitigar la propagación del nuevo tipo de Coronavirus 2019 (COVID-19) y el impacto en el sistema sanitario. Evidencias de esta y anteriores pandemias sugieren que las medidas de distanciamiento social y confinamiento estricto determinan limitaciones de acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención y tendrían consecuencias sobre el diagnóstico oportuno, el apoyo al tratamiento y las medidas de localización de contactos de TB que podrían suponer un desastre para cientos de miles de personas en riesgo (Stop TB Partnership, 2020; Hogan A et al, 2020).

Varios estudios han demostrado que la demora en el diagnóstico y el tratamiento de la TB constituye un obstáculo importante para el control de la misma. El retraso en el diagnóstico y tratamiento aumenta la morbilidad y la mortalidad asociadas con la TB y también el período de infecciosidad, lo que alimenta la transmisión de la TB (Rodríguez et al., 2016).

Actualmente, a los ya existentes obstáculos para el diagnóstico y tratamiento, se le suma que los servicios de prevención y tratamiento se han visto gravemente afectados como consecuencia de la pandemia de COVID-19, que derivó en medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio, basándose en las recomendaciones iniciales que realizó la OMS de reducir al mínimo la atención no urgente en centros sanitarios mientras se luchaba contra la pandemia. Esto conlleva a que las personas pospongan en muchos casos la búsqueda de ayuda en los servicios de salud, lo que pudo retrasar el reconocimiento y la sospecha de muchas enfermedades, entre ellas la TB (OMS, 2020a).

DESARROLLO

Detección de casos de TB

Un diagnóstico temprano tanto de la TB como de COVID-19 es importante en la atención de las personas propensas a una respuesta desfavorable, incluida la muerte. La edad avanzada y ciertas enfermedades concomitantes como la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica aumentan la probabilidad de tener un cuadro grave de COVID-19 y de necesitar cuidados intensivos y ventilación mecánica. Estos factores de riesgo son también factores de un pronóstico desfavorable en los pacientes que tienen TB. Existe, por lo tanto, un argumento sólido a favor de realizar simultáneamente las pruebas diagnósticas para ambas enfermedades en estas personas, incluso si el cuadro clínico es atípico (OMS, 2020b).

Se recomienda a los países que adopten algoritmos de diagnóstico que sigan las recomendaciones de la OMS con respecto a las pruebas para la TB o COVID-19, en función de las características y los antecedentes clínicos del paciente y la carga local de la TB. Es preciso que los programas tengan cuidado de no descuidar las necesidades de diagnóstico de los pacientes que tienen TB durante el despliegue de las pruebas de COVID-19 (OMS, 2020b; OPS, 2020).

Consideraciones en la atención de casos de TB en épocas de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha provocado estigmatización social y comportamientos discriminatorios contra las personas de algunos orígenes étnicos, así como contra cualquiera que se perciba que ha estado en contacto con el virus. El estigma puede socavar la cohesión social y llevar al aislamiento social de algunos grupos, lo que podría contribuir a una situación en la cual la COVID-19 y la TB se propaguen con mayor facilidad. Esto podría hacer que las personas oculten la enfermedad para evitar la discriminación, eviten buscar atención de salud de inmediato y dejen de adoptar comportamientos saludables (OMS, 2020b).

A medida que avanza la pandemia, más personas y pacientes con TB de todas las edades habrán estado expuestos a la COVID-19 cuando acuden por primera vez para diagnóstico. Un resultado positivo a COVID-19 no excluye la posibilidad de una TB concomitante, sobre todo en los entornos con carga alta de TB. Una anamnesis cuidadosa sobre la exposición a la TB o incluso un episodio pasado de TB del paciente mismo o en la familia puede ayudar a precisar el diagnóstico. La radiografía de tórax u otras técnicas de imagen pueden ayudar a diferenciar la TB de otras enfermedades (OMS, 2020b).

Demora en el diagnóstico de la TB

La “demora en el diagnóstico” ha sido utilizada como una medida cuantitativa de la localización de casos. De acuerdo a ello, el lapso de tiempo que transcurre desde que se instala la enfermedad hasta que se inicia el tratamiento ha sido

dividido en dos partes, el primer tiempo de demora se le adjudica al paciente y el segundo al sistema de salud. La “demora del paciente” es el tiempo transcurrido desde que se instalan los síntomas de la enfermedad hasta que el paciente llega al servicio de salud. La “demora del sistema de salud” puede dividirse a su vez en: “demora del médico” que es el período de tiempo transcurrido entre la primera consulta al servicio de salud y el diagnóstico de TB por parte del médico, y “demora en el tratamiento” que corresponde al lapso de tiempo que existe entre el diagnóstico del médico y el inicio del tratamiento (Zerbini et al., 2008).

Los factores demográficos, socioeconómicos y clínicos pueden influir en el retraso en el diagnóstico y el inicio del tratamiento, identificar y comprender estos factores es crucial para que los programas de control de TB sean más eficientes. Las condiciones sociales y económicas desfavorables, la menor accesibilidad al sistema de salud, así como los factores asociados a la TB, como la coinfección por VIH, la adicción al alcohol y a drogas, la desnutrición contribuye a aumentar la transmisión de la TB (Zão et al., 2019).

Políticas y estrategias avanzar hacia la cobertura universal en salud

Teniendo en cuenta que las personas acuden a los servicios de salud para buscar ayuda con una enfermedad no definida en lugar de ir a un centro específico de atención de la TB, deben eliminarse las barreras de acceso a los servicios de salud. Eso requiere garantizar el acceso completo de todas las personas a los servicios de salud, no solo a pruebas y tratamientos específicos de la TB. Es necesario minimizar los obstáculos geográficos y económicos para el uso de los servicios de salud, tales como los gastos directos por parte de los pacientes, y aplicar cambios sistemáticos para superar esas barreras. Además, los gastos específicos de la TB (de pruebas y tratamiento) deben continuar siendo gratuitos, como lo han sido en la mayoría de los países, aunque no en todos.

El diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la TB deben ser apropiados y gratuitos. Eso puede lograrse mediante un paquete nacional de servicios de salud o mediante un plan nacional de seguro de enfermedad. No basta con garantizar el acceso y minimizar los obstáculos financieros para acceder al diagnóstico y a la atención de la TB; es necesario implantar mecanismos que promuevan el uso adecuado de medicamentos de calidad y de tecnologías diagnósticas, por ejemplo, definiendo paquetes de diagnóstico y tratamiento de la TB dentro de los planes de seguro por enfermedad, y vinculando los sistemas de garantía de calidad con los reembolsos (OMS, 2016).

Mitigar los efectos de la pandemia, sin desatender las enfermedades pre-existentes, es un reto para la salud pública. En ese sentido, es una obligación anticipar la sinergia potencialmente destructiva entre COVID-19, TB y la pobreza. Existe una clara oportunidad de aprovechar los conocimientos adquiridos para el

control de la pandemia. Asimismo, cualquier inversión realizada en el manejo del coronavirus debe aprovecharse para la atención de pacientes con TB; citando como ejemplos el aislamiento social efectivo, lavado de manos y uso de mascarilla obligatorio en lugares públicos. De igual manera, la implementación de nuevos laboratorios moleculares debe servir para optimizar y agilizar el diagnóstico de TB en el futuro. Importante también es el desarrollo de estudios longitudinales para identificar las consecuencias futuras de la pandemia. La situación actual está cambiando radicalmente la forma en que manejamos la TB en el futuro inmediato y desenmascarando vulnerabilidades; es necesario retomar el rumbo a fin de evitar una crisis sanitaria sin precedentes (Aguilar-León P et al, 2020).

Políticas y estrategias para aliviar los aprietos económicos relacionados con la TB

Las personas con TB y sus hogares a menudo se enfrentan a graves aprietos económicos debidos al costo directo e indirecto de la enfermedad y la atención de salud, en particular la pérdida de ingresos, los gastos relacionados con la atención y los de transporte. Entre las repercusiones sociales negativas se incluyen la estigmatización y el aislamiento social, la interrupción de los estudios, la pérdida del empleo o el divorcio.

Estas consecuencias negativas a menudo se extienden a las familias de los enfermos de TB e indirectamente a la comunidad en su conjunto, con repercusiones económicas negativas para toda la sociedad. Aun cuando el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se ofrezcan de manera gratuita, se necesitan medidas de protección social para reducir la pérdida de ingresos y de costos no médicos relacionados con el tratamiento y con el tiempo que se permanece en él. La protección social debe hacer frente a las necesidades especiales asociadas con la TB mediante las siguientes directrices:

- medidas para compensar la carga económica asociada con la enfermedad, tales como: seguro de enfermedad, pensión de discapacidad, prestaciones sociales, otras transferencias de dinero en efectivo, vales para viajes o alimentos y paquetes alimentarios;
- una legislación que proteja a las personas con TB de actos de discriminación como la expulsión de sus lugares de trabajo, de instituciones educativas o TB DRs, del sistema de transporte o de la vivienda, la deportación, y
- otros instrumentos para proteger y promover los derechos humanos, en particular para hacer frente al estigma, con especial atención al género, la etnia y la protección de los grupos vulnerables (OMS, 2016).

Inequidad en el acceso financiero

La necesidad de protección financiera se fundamenta en que la enfermedad constituye un shock impredecible para los individuos, que afecta sus ingresos de manera importante, y que puede menoscabar su capacidad de consumo de otros bienes esenciales, transformándolos en pobres. De este modo, el sistema de copagos en el sistema público se construye sobre la base de dos criterios; uno, que señala que éstos deben ser independientes del uso efectivo de los servicios y relacionarse, en cambio, con la capacidad de pago de los individuos. El segundo, en el sentido que los hogares no deben comprometer más de un determinado monto absoluto o porcentaje de sus ingresos, con el fin de evitar que los gastos en salud los empobrezcan o los mantengan en la pobreza (Drago, 2006).

La población mayoritariamente afectada por la TB pertenece a los sectores de bajos recursos, tanto en los países de altos como de bajos ingresos. Cabe preguntar entonces por qué, al analizar los factores que impiden que una persona cumpla un tratamiento prolongado, son escasos los estudios que investigan las condiciones de vida. El análisis de la situación socio-económica de los pacientes permitiría comprender de manera más integral algunos de los factores que influyen en el devenir del tratamiento, así como los efectos adversos a la medicación, las complicaciones o fracasos en los tratamientos, la progresión de la enfermedad y el grado y tipo de lesiones. Sería conveniente indagar más profundamente en aspectos tales como la condición del empleo o la presencia de un sostén del entorno familiar y social. Las investigaciones demuestran que es necesario considerar la condición de empleo en un marco más amplio de formalidad o informalidad, o bien en relación con las medidas de protección social (subsidio y/o licencia por enfermedad, seguro de desempleo, etc.). Así, los contextos de alta informalidad y de bajo nivel de ingresos sin protección social reducen la capacidad de cumplir con el tratamiento (Herrero, 2011).

Toda persona afectada por la TB tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

Esto incluye el derecho a atención médica oportuna, accesible, aceptable y de alta calidad para la TB, como un componente integral de la cobertura universal de salud, que incluye combinaciones de dosis fijas adecuadas para niños y pruebas y terapias preventivas para la infección de TB para miembros de poblaciones clave y vulnerables, desde el momento de la sospecha diagnóstica de TB, hasta la finalización del tratamiento, y hasta donde sea necesario para las personas que requieren atención continua, prescritos por profesionales de la salud capacitados, a nivel comunitario, cuando sea apropiado, de una manera respetuosa, digna, libre de coerción y de estigma social, sin discriminación, sin importar la edad, el lugar de nacimiento, el color, la cultura, el estado de ciudadanía, la discapacidad, la pertenencia a un pueblo indígena, el estado

económico, la identidad de género, el idioma, el estado legal, la opinión política o de otro tipo, la presencia de otras enfermedades, el origen nacional o social, raza, religión, sexo, orientación sexual o cualquier otro estado, incluso para personas detenidas por el Estado o de otro modo privadas de su libertad, con atención especial a las poblaciones clave de TB (TB People/ Stop TB Partnership, 2019).

Las políticas con enfoque de derechos implican poner a los pobres en una línea de igualdad básica con el resto de la población respecto de los resultados de una política. De hecho, considerando que “desde una perspectiva de derechos humanos, la pobreza denota un estado de privación de derechos, son los pobres los que más ganan al establecerlos explícitamente” (Drago, 2006). Por lo tanto, aun cuando no se establece explícitamente una focalización en los pobres, son ellos quienes más se pueden beneficiar con el reconocimiento de un derecho (ídem). Sin embargo, no puede dejar de reconocerse que los principios de la universalidad, igualdad y no discriminación también suponen favorecer expresamente a los sectores medios que, no estando estrictamente en los rangos de la pobreza, experimentan sus efectos, incluso porque ni siquiera son acreedores a las compensaciones otorgadas a los calificados como pobres (Cunill, 2010).

CONCLUSION

Podemos considerar que las vulnerabilidades en plural no implican solamente la situación de pobreza como carencia de recursos materiales necesarios, sino también implica la falta de capacidad y organización necesaria para acceder a bienes y servicios básicos. De la misma forma, puede pensarse las vulnerabilidades como situaciones de vulneración de derechos y de construcción de demandas de distintos órdenes a partir de la participación popular.

Las distintas escalas en que observamos a las poblaciones y conjuntos sociales permiten identificar diferentes procesos poblacionales y locales en relación a las vulnerabilidades, la complementariedad de miradas es todo un desafío en tanto, así como una escala visibiliza algunos elementos, también oscurece otros. La importancia de ello reside en que las perspectivas que tengamos sobre la vulnerabilidad como proceso, condicionan las intervenciones que podamos desarrollar en territorio.

En el caso de la TB, los vínculos impactan directamente en el acceso al diagnóstico temprano teniendo presente la carga simbólica que conlleva el diagnóstico y que condiciona su aceptación por parte de las personas afectadas. Este último punto se identifica como obstáculo para la adherencia: el estigma que conlleva la TB. La estigmatización de las personas que padecen TB resulta una barrera para la aceptación del diagnóstico y por ende para la adherencia al tratamiento (Pereira, 2020). Las representaciones sociales de la llamada

“enfermedad de la pobreza” también dificultan comunicar la situación a familiares, convivientes o personas del entorno significativo y realizar las acciones preventivas necesarias como los estudios de foco. En esta dirección el abordaje del entorno significativo como unidad del plan de cuidado resulta más efectivo que considerar a la persona afectada por la TB individualmente. En el contexto de la pandemia las acciones desarrolladas en el marco de la vigilancia epidemiológica han desarrollado rápidamente una capacidad en los equipos de salud para la determinación de necesidades de aislamiento preventivo. Un ejemplo de ello está en el abordaje, seguimiento y realización de los estudios de foco por teléfono de los casos de COVID-19 y sus contactos. En este punto la similitud con el catastro o control de foco de la TB es muy llamativa.

El abordaje de la TB como problema de salud colectiva no puede realizarse exclusivamente como una intervención farmacológica y exclusivamente médica. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población que la padece, resulta necesarias articulaciones que se propongan como horizonte el abordaje integral. El contexto actual se nos presenta como un fuerte desafío y al mismo tiempo como oportunidad para capitalizar las estrategias utilizadas para la pandemia de COVID-19 en el caso de la TB.

La TB se presenta como fuerte desafío para la construcción de estrategias de abordaje efectivas que permitan superar la mirada individualista sobre los padecimientos de los grupos sociales más vulnerables. El reconocimiento de obstáculos y barreras para el acceso a los servicios de salud puede ser un camino que permita alcanzar un horizonte de integralidad. Se presenta el desafío de la construcción de respuestas institucionales en pos de efectivizar la garantía del derecho a la salud, sin embargo, resultan necesarias políticas públicas que garanticen recursos más allá de los medicamentos e intervenciones médicas. La pandemia de COVID-19 y las condiciones de ASPO han modificado fuertemente las condiciones de vida de la población y los modelos de atención de los servicios de salud. Al mismo tiempo resultan una oportunidad para identificar determinantes sociales como vivienda, transporte, trabajo, etc. Sin embargo, además del fuerte impacto de la pandemia, estamos frente a la oportunidad histórica de poder capitalizar lecciones aprendidas frente al COVID-19 que nos permitan dar respuesta a otros padecimientos como la TB e implementar políticas públicas que den respuesta a las inequidades sanitarias y sociales pre-existentes a la pandemia (Pereira, 2020).

BIBLIOGRAFIA:

Aguilar-León P., Cotrina-Castañeda J., Zavala-Flores E. (2020). Infección por SARS-CoV-2 y tuberculosis pulmonar: análisis de la situación en el Perú. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(11): e00094520. Recuperado en 17 de febrero de 2022. Disponible en: <file:///D:/Desktop/MAGUI/Maestria/Seminario%209/descarga.pdf>

Cunill Grau Nuria (2010). “Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública” en *Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), Reforma y Democracia*, N°46, Caracas, Venezuela, Págs.1-20. Disponible en: <https://acortar.link/kDcaWG>

Drago Marcelo (2006). *La Reforma al Sistema de Salud chileno desde la perspectiva de Derechos Humanos*, CEPAL Serie Políticas Sociales, N°121, Santiago de Chile. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/25787/sps121_lcl2539.pdf

Herrero, M.B., Greco, A., Ramos, S., Arrossi, S. (2011) “Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis”. *Revista Argentina de Salud Pública*. Vol. 2 N° 8. p. 36-43.

Hogan A, Jewell B, Sherrard-Smith E, Vesga F. (2020). Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet*. Published online July 13, 2020. Disponible en: <https://url2.cl/KFJMv>

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni”. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán”. (2019). Notificación de casos de Tuberculosis en la República Argentina. Período 1980-2018. Disponible en: https://url2.cl/3wb5x_20

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni”. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán”. (2020) INDICADORES CLAVES DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA – ABRIL DE 2020. Disponible en: <https://url2.cl/18553>

Organización Mundial de la Salud. (2016). IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA FIN DE LA TB: ASPECTOS ESENCIALES. Disponible en:

<https://acortar.link/PLpAO5> Organización Mundial de la Salud. (2019a, 17 de octubre). Tuberculosis. [Nota Descriptiva]. Disponible en: <https://url2.cl/28xXK>

Organización Mundial de la Salud. (2019b). Informe Global sobre la Tuberculosis. Sinopsis 2019. Disponible en: <https://url2.cl/JRZy5>

Organización Mundial de la Salud. (2020a, 1 de junio). La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles. [Comunicado de prensa]. Disponible en: <https://url2.cl/jh2Tq>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). Nota informativa. Tuberculosis y COVID-19. Publicada el 4 de abril del 2020. Disponible en: <https://url2.cl/gN7VY>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2020). COVID19 Respuesta de la OPS/OMS. 6 de julio del 2020. Informe n.º 15. Disponible en: <https://url2.cl/YyAhr>

Pereira Andrés, Barrios Rocío Nahir, Koufios Adriana, Marcuzzo Adriana y Aranda María Jimena- (2020) “Tuberculosis en el marco de la Pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Riesgos y Vulnerabilidades”. Año 10 - Nro. 20 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social”. Disponible en: <https://acortar.link/57VWFc>

Rodríguez DA, Verdonck K, Bissell K, Victoria JJ, Khogali M, Marín D, et al. (2016) Monitoring delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis in eight cities in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2016;39(1):12-18. Disponible en: <https://n9.cl/4kljx>

TB People/ Stop TB Partnership. (2019). Declaración de los Derechos de las Personas Afectadas por la Tuberculosis. Disponible en: <https://acortar.link/t89a8Q>

Scaglia G. (2020). Las consecuencias invisibles del coronavirus. La Nación, 7 de julio de 2020. Disponible en: <https://url2.cl/hjyr9>

Stop TB Partnership. (2020). El efecto devastador de la pandemia de COVID-19 sobre la respuesta a la TB. Ginebra (6 de mayo de 2020). Disponible en: <https://url2.cl/v83X5>

The Global Fund. (2020) Nota informativa sobre el COVID-19: Consideraciones sobre el financiamiento del Fondo Mundial para programas de tuberculosis. Fecha de publicación: 6 de abril de 2020. Disponible en: <https://url2.cl/pv1S3>

World Health Organization. (2017). Global tuberculosis report 2017. Geneva. Disponible en: <https://url2.cl/wXJgg>

World Health Organization (2018) Global Tuberculosis Report (Internet) Geneva. Disponible en: <https://acortar.link/nkb3iu>

Zãoa I, Ribeiro A.I, Apolinárid D, Duarte R. (2019). Why does it take so long? The reasons behind tuberculosis treatment delay in Portugal. Pulmonol. 2019;25(4):215-222. Disponible en: <https://n9.cl/dswr7>

Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B, Amigot B, Estrada S, Algorry G. (2008) Retraso en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en cuatro provincias de Argentina. Int J Tuberc Lung Dis. 2008, 12: 63-8. Disponible en: <https://url2.cl/vrJ4c>

Zerbini E. (2010). Tuberculosis en cuatro provincias de Argentina. Universidad Nacional de Lanús. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Buenos Aires, setiembre de 2010.