Iberico MM, Zevallos K, Boccia D, Tovar MA, Gavino A, Valiente B, Montoya R, Rivero M, Curatola A, Rocha C, Evans CA.
La aceptación y la equidad de la terapia preventiva de la tuberculosis se incrementó mediante una intervención socioeconómica Oral presentación
En Actas de la Conferencia de Salud Global: 13-15 de noviembre de 2011; Montreal.
Acceso abierto: [PDF](http://www.ifhad.org/wp-content/uploads/2020/05/Matias_2011_Montreal_GHECiptEQUITY2_from_Matias.doc.docx)
Acceso abierto alternativo: [PDF](http://www.ifhad.org/wp-content/uploads/2020/05/2011_abstract_Global_Health_Conference_Montreal_FINAL_PROGRAM.pdf.pdf)

**Antecedentes:** Se gastan pocos recursos de control de la tuberculosis (TB) en intervenciones socioeconómicas, principalmente debido a la falta de evidencia. Para abordar esta brecha de evidencia, hicimos un estudio controlado aleatorio del impacto del proyecto Intervenciones socioeconómicas innovadoras contra la tuberculosis (ISIAT) en la utilización de la terapia preventiva (IPT) de INH.

**Métodos y materiales:** Se recomienda IPT de seis meses en Perú para contactos infantiles de pacientes con tuberculosis y el gobierno la proporciona de forma gratuita. El personal del programa de TB registra y dispensa INH semanalmente para que los pacientes con TB se lo lleven a casa y lo administren. ISIAT (descrito anteriormente; C. Rocha 2011) se implementó en este entorno desde 2007 hasta mediados de 2010 y consistió en un apoyo social y económico integrado ofrecido a los hogares de pacientes con TB recién diagnosticados. El proyecto se expandió de manera aleatoria por pasos para incluir 8 de las 16 comunidades de estudio de barrios marginales contiguos en Lima, Perú. A mediados de 2011, evaluamos el impacto de ISIAT sobre la base de la intención de tratar, comparando registros de IPT dispensados ​​entre hogares intervenidos por ISIAT y hogares de control.

Para evaluar la equidad en el acceso a IPT, analizamos el hacinamiento (> mediana de ocupación, 7 personas) y los ingresos más bajos (<mediana de ingresos autoinformados, US $ 1,40 / persona / día; IQR 0,84, 2,34) como indicadores de pobreza.

**Resultados:** **Impacto:** Los registros de salud mostraron que en 484 hogares ISIAT, el 69% (IC del 95%: 65% a 74%) de los niños comenzaron y el 41% (IC del 95%: 36% a 45%) de los niños completaron la TPI en comparación con 48 % (95% CI: 45% a 50%) y 22% (95% CI: 20% a 24%) respectivamente en el grupo de control. Las diferencias entre ISIAT y los grupos de control fueron altamente significativas (P <0,0001).

**Equidad**. Los niños de control que vivían en hogares más pobres tenían menos probabilidades de completar la TPI (todos P <0,05 \*, Figura A). En las casas de ISIAT, los niños que viven en hogares más pobres tenían tasas de finalización de IPT similares o ligeramente más altas que los niños que viven en hogares que eran menos pobres (todos P> 0,6, Figura B).

**Conclusión:** Nuestro estudio demostró que las familias con mayor necesidad tenían menos acceso a IPT y que ISIAT casi duplicó las tasas de finalización de IPT. Además, con ISIAT, las familias con más necesidades tenían tanto o más probabilidades de completar el IPT que las familias en mejor situación económica. Por lo tanto, ISIAT aumentó la aceptación y la equidad de IPT en hogares empobrecidos.

**Fondos.** Fondo de Desafío de la Sociedad Civil del DFID, IFHAD y The Wellcome Trust.

