

# Situación de la tuberculosis en Uruguay - 2025

Informe del Programa Nacional de Tuberculosis



Ministerio  
de Salud Pública



Comisión Honoraria para la  
Lucha Antituberculosa y  
Enfermedades Prevalentes



CHLA-EP  
1946 2026

---

## Autoridades

### Ministerio de Salud Pública

**Dra Cristina Lustemberg**

Ministra de Salud Pública

**Dr. Leonel Briozzo**

Subsecretario de Salud Pública

**Dra. Fernanda Nozar**

Directora General de la Salud

**Dra. Zaida Arteta**

Directora General de Coordinación

### Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

**Dra Mariana Guirado**

Presidenta de la CHLA EP

**Dra Ima León**

Vice Presidenta de la CHLA EP

**Dra Gabriela Sisto**

Coordinadora General de la CHLA EP

**Dra Gabriela Amaya**

Directora del Programa Nacional de Tuberculosis - CHLA EP

**Dra Mariela Contrera**

Sub Directora del Programa Nacional de Tuberculosis - CHLA EP

El presente informe fue elaborado por el Departamento de Tuberculosis de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA EP).

Dra Gabriela Amaya - Directora Técnica  
Dra Mariela Contrera - Sub Directora Técnica  
Sra. Valeria Gramajo - Jefa Administrativa  
Lic. Juan Manuel Cedrés - Sub Jefe Administrativo  
Lic. Andrea Tort - Coordinadora de Encargadas

Agradecemos a los administrativos del Departamento de Tuberculosis, a las licenciadas en trabajo social y a los funcionarios especializados y médicos supervisores de la CHLA EP por su compromiso y dedicación para atender a los pacientes con tuberculosis y sus familias, y para completar el Registro Nacional de Tuberculosis, sin el cual la elaboración de este informe y la vigilancia epidemiológica nacional no sería posible.

Edición: Amalia Rodríguez  
Comunicación, promoción y diseño de la CHLA EP

## ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	4
1. Introducción	6
2. Evolución de la incidencia de tuberculosis en Uruguay	7
3. Evolución de las muertes por tuberculosis en Uruguay	9
4. Carga de enfermedad tuberculosa en Uruguay en el año 2025.	11
4.1 Notificación de casos	11
4.2 Distribución por sexo y edad	11
4.3 Distribución territorial	15
4.4 Mortalidad	20
5. Diagnóstico bacteriológico y vigilancia de la tuberculosis drogo-resistente	23
6. Poblaciones vulnerables y tuberculosis	28
6.1 Tuberculosis en personas que viven con VIH	29
6.2 Tuberculosis en personas privadas de libertad	31
6.3 Tuberculosis en personas sin hogar	34
6.4 Tuberculosis en niños y adolescentes	36
7. Determinantes sociales y perfil asistencial de los casos de tuberculosis en Uruguay, 2025	39
8. Evaluación de resultados de tratamiento	41
9. Prevención de la tuberculosis	45
10. Reflexiones finales, desafíos y propuestas de acción	48

---

## RESUMEN EJECUTIVO

En el año 2025 se notificaron un total de 1450 casos de tuberculosis en Uruguay, con una tasa de incidencia de 36,5 casos por 100.000 habitantes, consolidando la tendencia ascendente observada en los últimos años.

En términos de mortalidad, se registraron 123 fallecimientos, con una tasa de 3,5 por 100.000 habitantes y una letalidad de 8,5%, lo que evidencia una leve mejora en este último indicador respecto a años previos.

La distribución etaria está concentrada en adultos jóvenes, particularmente en el grupo de 15 a 54 años, que representa el principal núcleo de transmisión activa. A su vez, la elevada presencia de casos en menores de 20 años (13% de la cohorte) constituye un indicador epidemiológico relevante, ya que refleja transmisión reciente en la comunidad.

En términos territoriales, la enfermedad evidencia una marcada concentración en Montevideo (60% de los casos del país), con heterogeneidad significativa entre municipios. Los municipios A, D y F (50% de los casos del departamento), se identifican como los territorios con mayor carga de enfermedad, mayor prevalencia de VIH y peores resultados de tratamiento (incluyendo mayor mortalidad y pérdida de seguimiento), lo que refleja desigualdades intraurbanas y la fuerte asociación entre TB y condiciones de vulnerabilidad social. Esta distribución territorial refuerza la necesidad de estrategias focalizadas y territorializadas, más allá de enfoques homogéneos a nivel nacional.

Las poblaciones vulnerables desempeñan un rol central en la dinámica de la epidemia. En particular, las personas privadas de libertad, las personas en situación de calle y las personas con VIH presentan incidencias significativamente superiores a la población general y contribuyen de manera desproporcionada al total de casos. Estos grupos no sólo concentran mayor riesgo de enfermar, sino que también enfrentan mayores barreras en el acceso al diagnóstico oportuno, la adherencia al tratamiento y la continuidad de cuidados, lo que favorece la persistencia de la transmisión. La interacción entre estos grupos y la comunidad genera circuitos de transmisión que amplifican el impacto epidemiológico.

Con respecto al control de la transmisión, en 2025 hubo 2878 contactos declarados, lo que representa una relación de 2 contactos por caso índice, valor inferior a estándares esperables. De estos, el 71% fueron efectivamente estudiados, detectándose 228 contactos enfermos (11%), el valor más alto históricamente, lo que constituye un indicador indirecto de transmisión reciente activa. En cuanto a

---

las estrategias preventivas, el 72% de los contactos finalizaron la terapia preventiva, que si bien se mantiene por debajo de la meta de la OMS, es el mayor porcentaje desde que se tienen registros.

Un aspecto preocupante es la tuberculosis resistente que muestra una tendencia creciente, registrándose en 2025, 37 casos (16 más que en 2024). Este incremento debe interpretarse en el contexto de la incorporación de técnicas de diagnóstico molecular más sensibles, aunque plantea nuevos desafíos en términos de complejidad terapéutica, costos y resultados clínicos.

La evaluación del tratamiento de la TB sensible y resistente, evidencia que persisten tasas elevadas de pérdida de seguimiento (18%) y mortalidad (13,5%), especialmente en contextos de vulnerabilidad social, lo que impacta negativamente en el éxito de tratamiento y el control de la enfermedad.

Todos estos elementos configuran un escenario donde la tuberculosis en Uruguay no puede entenderse únicamente como un problema biomédico, sino como una enfermedad profundamente determinada por factores sociales, territoriales y estructurales, lo que exige respuestas diferenciadas según perfiles poblacionales y contextos locales.

---

## 1. Introducción

La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las enfermedades infecciosas de mayor relevancia a nivel global. A pesar de la disponibilidad de tratamiento efectivo desde hace décadas, la enfermedad mantiene una elevada carga sanitaria, particularmente en contextos de desigualdad social, hacinamiento y vulnerabilidad estructural. En América Latina, si bien la incidencia global es menor que en regiones como África subsahariana o el sudeste asiático, es la única región que no ha consolidado la disminución de la incidencia e incluso varios países han observado en los últimos años una estabilización o incluso un incremento del número de casos, asociado a determinantes sociales, migraciones, urbanización y crecimiento de poblaciones vulnerables.

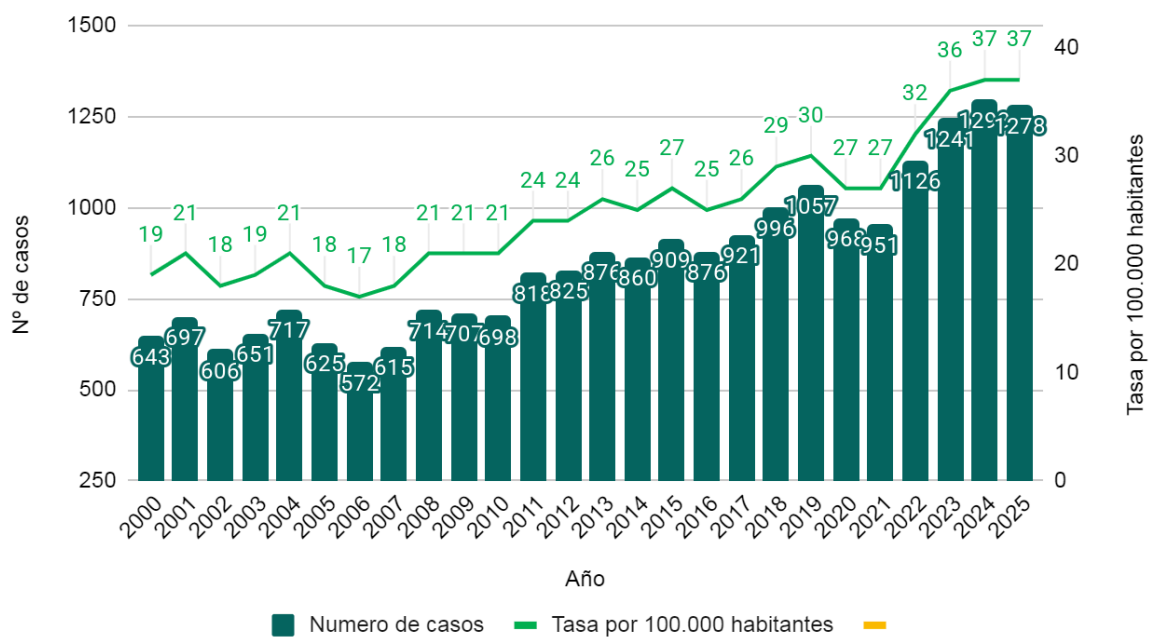
Uruguay ha sido históricamente considerado un país de incidencia intermedia en el contexto regional, con tasas inferiores a las observadas en varios países de América del Sur aunque por encima del promedio de las Américas. Sin embargo, durante las últimas dos décadas se ha observado un cambio progresivo en la dinámica epidemiológica de la enfermedad, con un aumento sostenido de los casos y una mayor concentración en determinados grupos poblacionales.

El presente informe tiene como objetivo describir la evolución de la tuberculosis en Uruguay durante el período 2000–2025, analizar las principales tendencias epidemiológicas y caracterizar en profundidad la situación observada en 2025.

## 2. Evolución de la incidencia de tuberculosis en Uruguay

El análisis de la evolución temporal de la tuberculosis en Uruguay permite identificar una tendencia general ascendente en la incidencia durante las últimas dos décadas, con algunas fluctuaciones intermedias. Gráfico 1

**Gráfico 1. Evolución de los casos nuevos de TB en Uruguay, 2000-2025**



A comienzos del siglo XXI, el país registraba niveles de incidencia relativamente estables. En el año 2000 se notificaron 643 casos, con una tasa de 19,2 por 100.000 habitantes. Durante los años siguientes las cifras oscilaron moderadamente, manteniéndose entre aproximadamente 17 y 21 casos por 100.000 habitantes. Por ejemplo, en 2006 se registraron 572 casos (17,2 por 100.000) y en 2010 698 casos (20,7 por 100.000).

---

Este período puede interpretarse como una etapa de control epidemiológico relativamente estable, en la que la transmisión comunitaria se mantenía contenida y la incidencia se encontraba dentro de rangos esperables para países con programas de control consolidados.

Sin embargo, a partir de 2011 comienza a observarse un cambio en la tendencia, con un incremento progresivo de los casos. Ese año se notificaron 818 casos (24,2 por 100.000 habitantes), lo que representó un aumento significativo respecto a los años previos. La tendencia ascendente continuó durante la década siguiente: en 2015 se registraron 909 casos, en 2018 996 casos y en 2019 1057 casos, alcanzando una incidencia de 30 por 100.000 habitantes.

Este incremento coincide temporalmente con varios fenómenos estructurales relevantes, entre ellos el aumento de la población privada de libertad, el crecimiento de la población en situación de calle y la persistencia de importantes desigualdades socioeconómicas en áreas urbanas densamente pobladas, particularmente en el área metropolitana de Montevideo.

Durante los años 2020 y 2021, en el contexto de la pandemia de COVID-19, se observó una leve disminución en el número de casos notificados, con 968 casos en 2020 y 951 en 2021. Este descenso probablemente no refleje una verdadera reducción de la transmisión, sino más bien dificultades en el acceso a los servicios de salud y retrasos diagnósticos.

Posteriormente, a partir de 2022, se observa un rebote significativo en la incidencia. Ese año se registraron 1126 casos, cifra que aumentó a 1241 en 2023 y 1293 en 2024, alcanzando una incidencia de aproximadamente 37 casos por 100.000 habitantes.

En 2025 se diagnosticaron 1278 casos incidentes, con una tasa de 36,5 por 100.000 habitantes. Si bien esto representa una leve disminución respecto al año anterior, el nivel de incidencia continúa siendo considerablemente superior al observado a comienzos del siglo.

Si se analiza la evolución de los últimos 25 años, la incidencia pasó de 19,2 a 36,5 por 100.000 habitantes, lo que representa aproximadamente un incremento del 90%. El crecimiento anual promedio de la incidencia, es cercano a 2,6% de incremento anual.

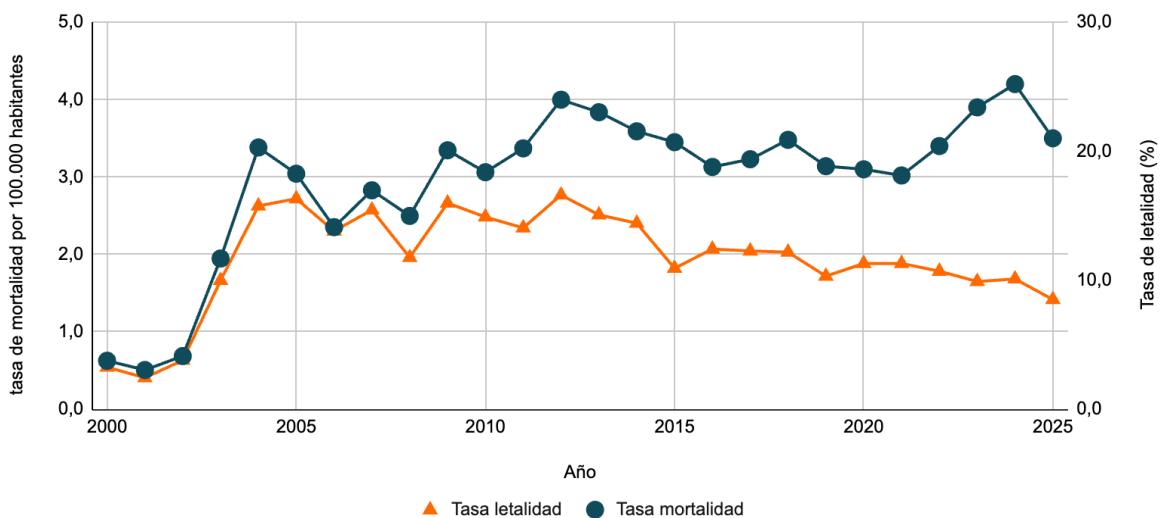
Desde una perspectiva epidemiológica, esta evolución sugiere que Uruguay ha pasado de una fase de control moderado de la enfermedad a un escenario de transmisión persistente en la comunidad, particularmente en determinados grupos poblacionales.

### 3. Evolución de las muertes por tuberculosis en Uruguay

El análisis de la mortalidad por tuberculosis en Uruguay entre 2000 y 2025 permite evaluar la evolución de la gravedad de la enfermedad y su impacto en la población. Para ello se utilizan dos indicadores complementarios:

- **Tasa de mortalidad:** número de muertes por tuberculosis en la población general. Refleja el impacto de la enfermedad a nivel poblacional.
- **Tasa de letalidad:** proporción de personas con tuberculosis que fallecen durante la enfermedad. Refleja la gravedad clínica y la eficacia del diagnóstico y tratamiento.

**Gráfico 2. Evolución de la tasa de mortalidad y tasa de letalidad. Uruguay, 2000 - 2025**



#### Evolución de la mortalidad poblacional

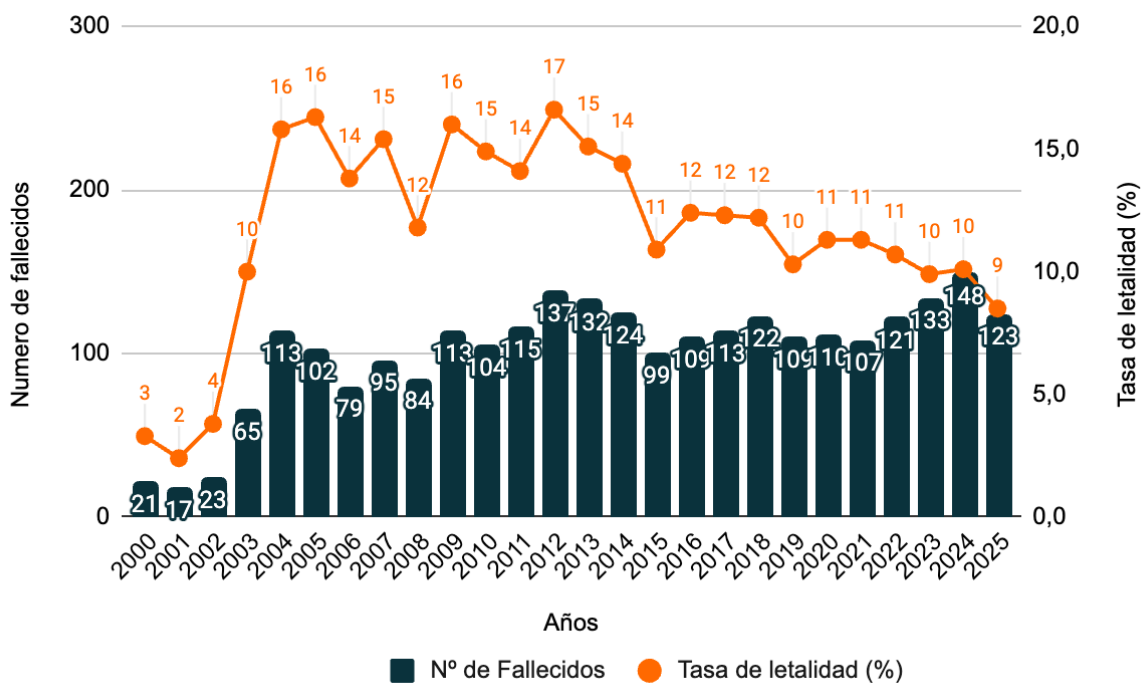
La tasa de mortalidad, ha mostrado un comportamiento más estable. Durante la mayor parte del período analizado se mantuvo entre 3 y 4 muertes por 100.000 habitantes. En los últimos años se observa un leve aumento, alcanzando 4,2 por 100.000 habitantes en 2024, asociado al incremento del número total de casos de tuberculosis en el país. En 2025 la tasa descendió a 3,5 por 100.000 habitantes.

## Evolución de la letalidad

La letalidad mostró valores bajos a comienzos de la serie. Entre 2000 y 2002 se situó entre 2% y 4%. A partir de 2003 se observa un aumento marcado, con valores cercanos o superiores a 15% durante gran parte de la década siguiente, alcanzando el máximo en 2012 (16,6%). Desde mediados de la década de 2010 se registra una tendencia gradual al descenso. En los últimos años la letalidad se ha mantenido alrededor de 10–11%, alcanzando 8,5% en 2025, el valor más bajo registrado desde mediados de los años 2000.

Este descenso sugiere una mejoría en el manejo clínico y en el acceso al tratamiento de los pacientes con tuberculosis.

**Gráfico 3. Evolución de los fallecidos y tasa de letalidad. Uruguay, 2000-2025**

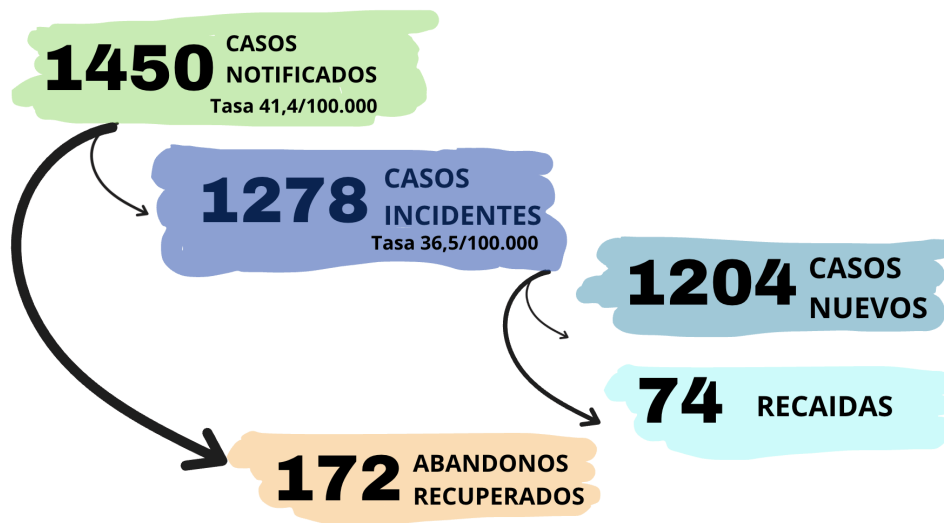


El número absoluto de fallecidos se ha mantenido relativamente elevado y con fluctuaciones, generalmente entre 100 y 150 muertes por año desde mediados de la década de 2000, por lo que, aunque la probabilidad de morir entre los casos de TB ha disminuido, el número total de muertes continúa siendo importante.

## 4. Carga de enfermedad tuberculosa en Uruguay en el año 2025.

### 4.1 Notificación de casos

En el año 2025 se notificaron 1450 casos de tuberculosis, 4 menos que en el año 2024. La tasa de notificación es de 41,4 casos por 100.000 habitantes. Corresponden a casos incidentes 1278 (Tasa de incidencia 36,5 por 100.000 habitantes) de los cuales 1204 son casos nuevos y 74 casos son recaídas de la enfermedad. Completan la notificación, 172 casos que se encontraban en pérdida de seguimiento y retomaron el tratamiento.



### 4.2 Distribución por sexo y edad

El análisis demográfico de los casos notificados en 2025 revela patrones consistentes con la epidemiología de la tuberculosis observada a nivel internacional.

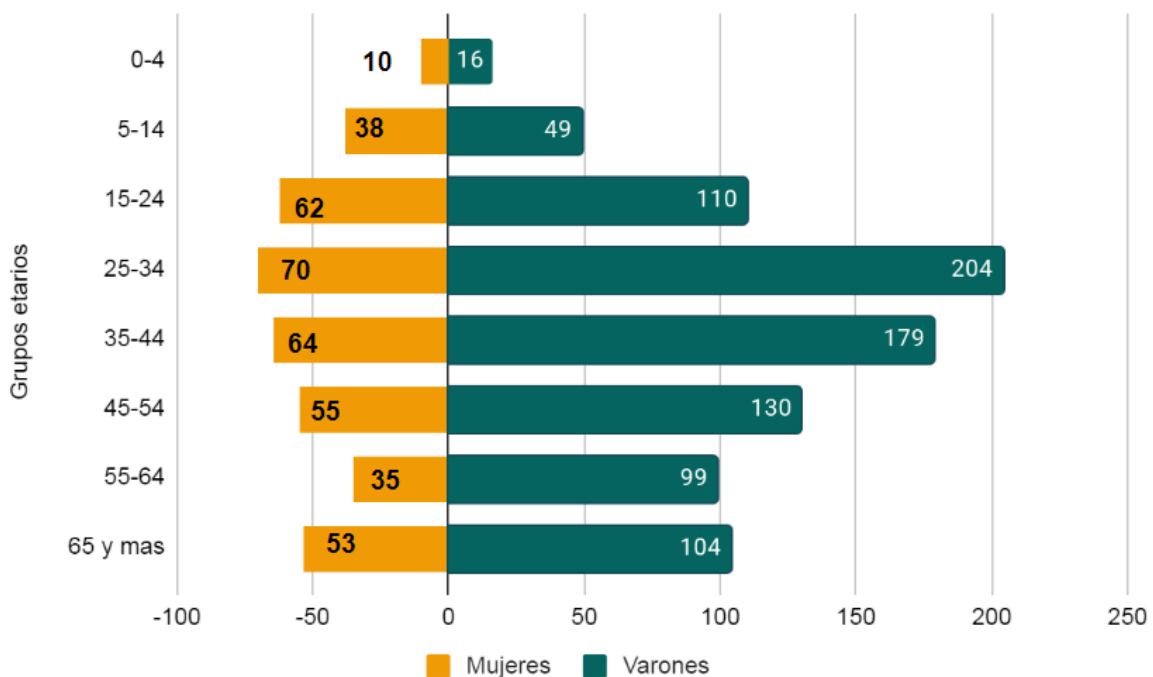
En 2025 se registraron 1021 casos en hombres (70%) frente a 428 en mujeres (30%), lo que implica una relación aproximada de 2,4 hombres por cada mujer. Esta diferencia puede explicarse por múltiples factores. Entre ellos se encuentran una mayor exposición de los hombres a determinados factores de riesgo, como el

consumo de sustancias, el tabaquismo, el alcoholismo y la mayor presencia masculina en poblaciones vulnerables como el sistema penitenciario y las personas sin hogar.

En cuanto a la distribución por edad, la mayor carga de enfermedad se concentra en adultos jóvenes y de mediana edad, particularmente entre los 25 y 44 años. En 2025 los grupos etarios con mayor número de casos fueron: 25–34 años, con 274 casos; 35–44 años, con 243 casos y el grupo de 45–54 años, con 185 casos.

En los hombres de 25 a 34 años se registran tasas cercanas a 80 casos por 100.000 habitantes, lo que constituye el valor más elevado dentro de la población general. Gráfico 4

**Gráfico 4. Distribución de los casos nuevos de tuberculosis por sexo y grupos etarios. Uruguay, 2025**



El análisis de la distribución por edad permite inferir aspectos importantes de la dinámica de transmisión de la tuberculosis.

En 2025 la mayor proporción de casos se concentra en los grupos de 25 a 44 años (40%), particularmente en hombres. Este patrón es típico de contextos donde existe transmisión activa en adultos jóvenes, lo que indica circulación reciente del bacilo en la comunidad.

Este patrón difiere del observado en países con incidencia muy baja, donde los casos suelen concentrarse en adultos mayores por reactivación de infecciones latentes.

El perfil etario de Uruguay sugiere una transmisión relativamente reciente y activa, más que una reactivación predominante de infecciones antiguas.

## La Tuberculosis pediátrica como indicador de transmisión reciente

La tuberculosis en menores de 15 años constituye uno de los indicadores epidemiológicos más sensibles de transmisión comunitaria.

En 2025 se notificaron 119 casos pediátricos, lo que representa el 8,8% del total de casos de tuberculosis. La tasa de incidencia fue de 18,4 casos por 100000 habitantes.

La mayoría de los casos correspondieron a niños de 5 a 14 años (90 casos), aunque también se registraron 29 casos en menores de cinco años, grupo particularmente vulnerable. Tabla 1

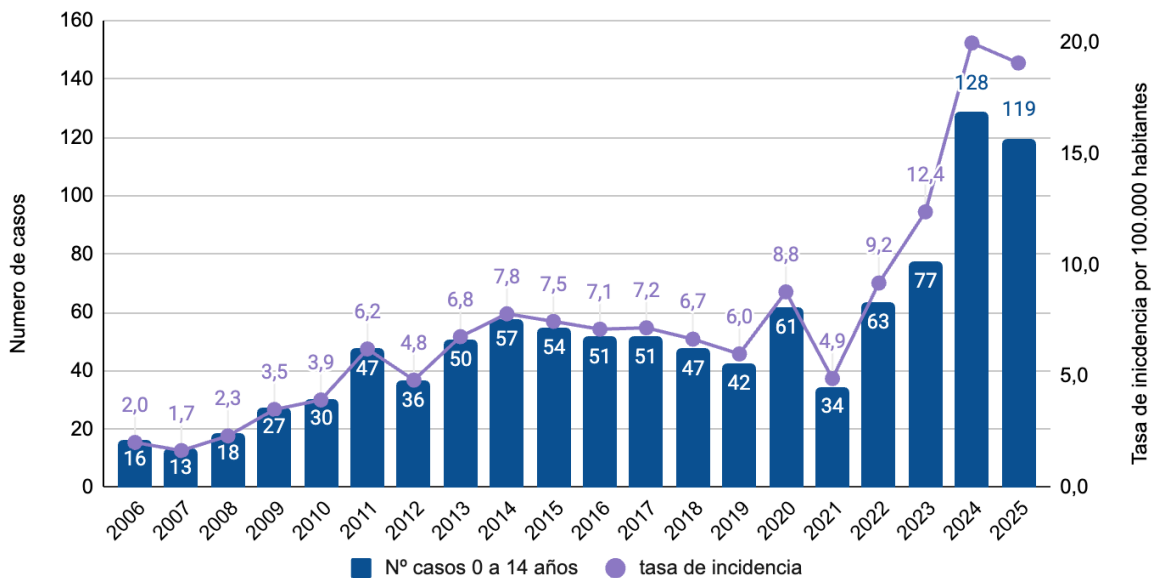
**Tabla 1 - Casos de tuberculosis en menores de 15 años por grupos etarios y sexo. Uruguay, 2025**

	0 a 4 años	5 a 14 años	0 a 14 años
Varones - número de casos	18	51	69
Mujeres - número de casos	11	39	50
Total - número de casos	29	90	119
Varones - Tasa por 100000 habitantes	19,7	21,2	20,8
Mujeres - Tasa por 100000 habitantes	12,7	17	15,9
Total - Tasa por 100000 habitantes	16,3	19,2	18,4

Desde el punto de vista epidemiológico, la presencia de tuberculosis infantil indica que existen adultos bacilíferos no diagnosticados o diagnosticados tardíamente en el entorno familiar o comunitario. A esto se suma el hecho de que el 81% de los casos pediátricos tengan contacto conocido con un caso de tuberculosis, lo que sugiere que el rastreo de contactos constituye una herramienta clave para la detección precoz.

El análisis de la evolución de los casos de TB pediátrica entre 2006 y 2025 en Uruguay muestra una tendencia claramente ascendente, aunque con fluctuaciones interanuales. Gráfico 5.

**Gráfico 5. Evolución de los casos y tasa de incidencia de TB en menores de 15 años. Uruguay 2006-2025**



En aproximadamente dos décadas el número absoluto de casos pediátricos se multiplicó por más de siete, la tasa de incidencia pediátrica se multiplicó aproximadamente por nueve y la proporción de tuberculosis pediátrica se triplicó.

Si se analiza en forma conjunta la evolución de la tuberculosis en todos los grupos etarios y la tuberculosis pediátrica se aprecia que el aumento de casos observado en Uruguay durante los últimos años está asociado principalmente a incrementos en la transmisión reciente del bacilo en la comunidad.

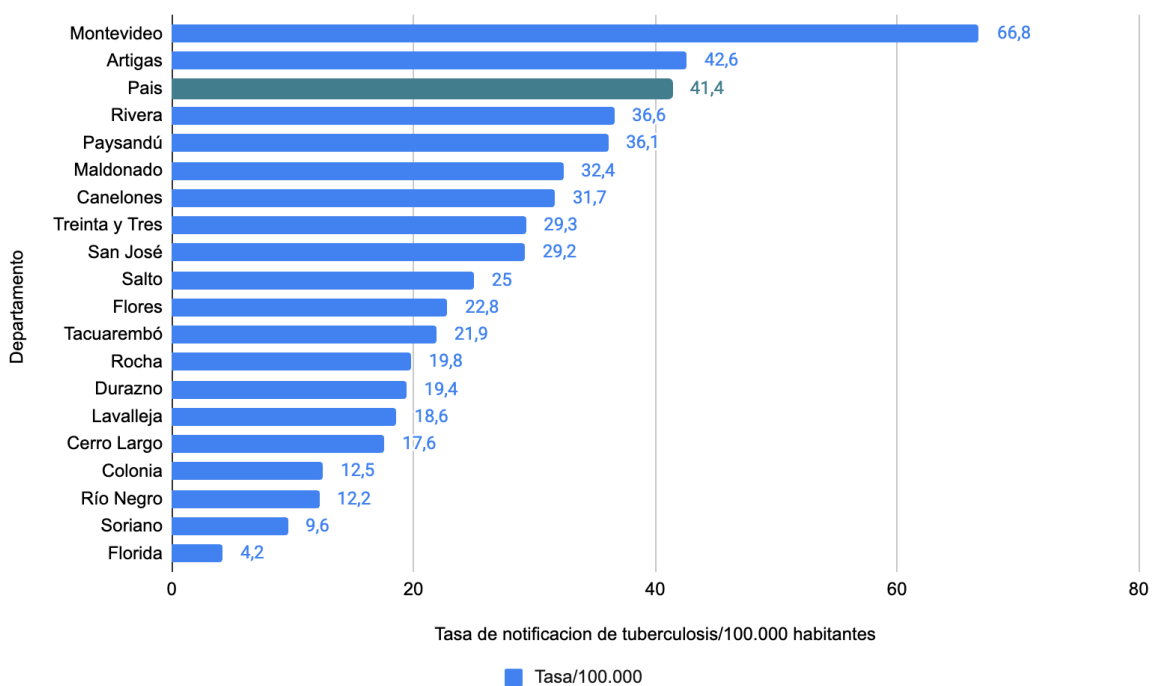
Este fenómeno se ve respaldado por varios indicadores epidemiológicos como son el aumento sostenido de la incidencia pediátrica, el incremento de la proporción de casos en menores de 15 años y la presencia creciente de casos en menores de 5 años, grupo especialmente sensible a la transmisión reciente.

La elevación de las tasas en este grupo etario en los últimos años refuerza la hipótesis de que el país atraviesa un período de intensificación de la transmisión comunitaria

### 4.3 Distribución territorial

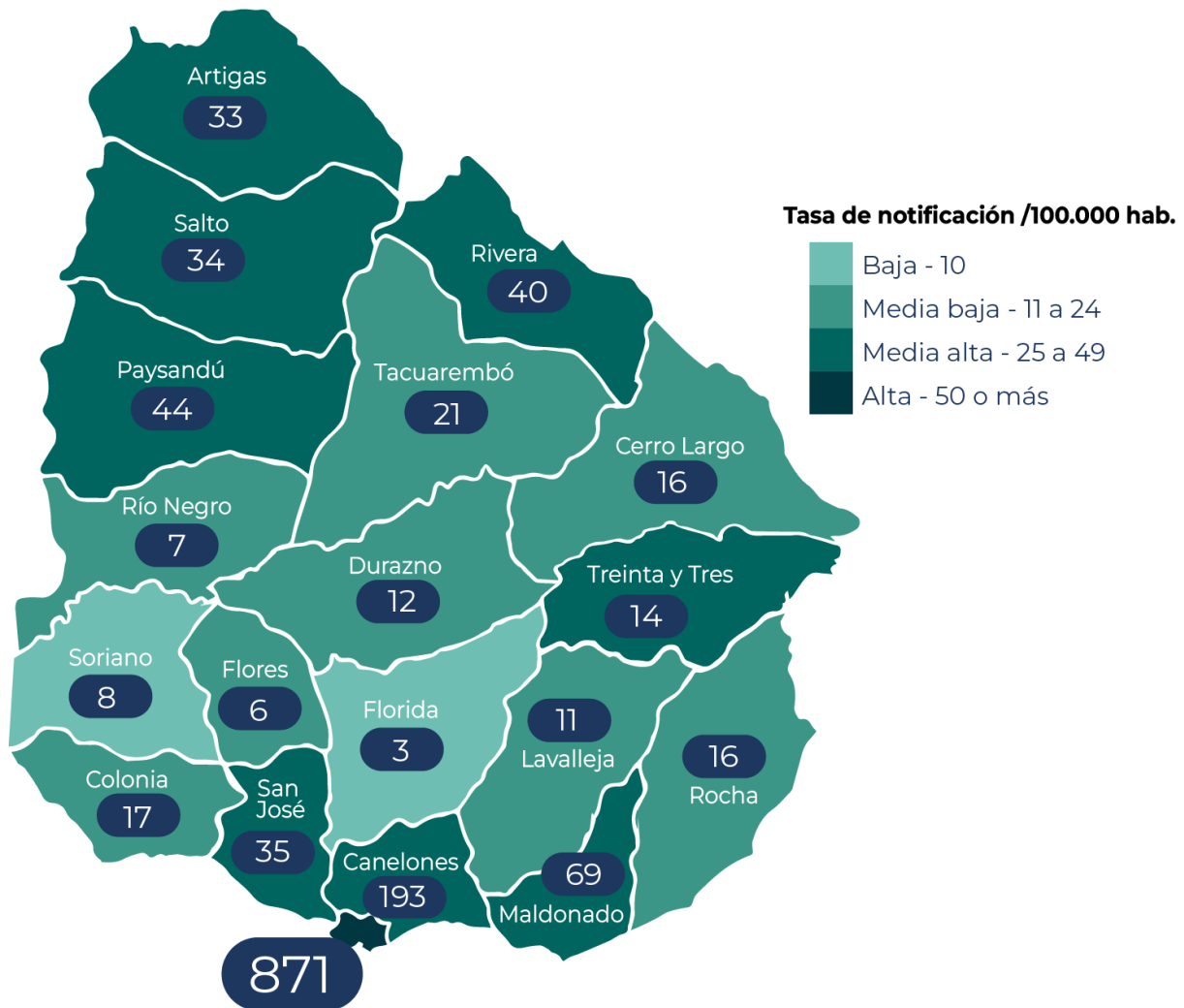
Las tasas de notificación de casos de tuberculosis por departamento muestra marcada heterogeneidad, estando Montevideo históricamente por encima de la tasa de notificación del país: 66,8/100.000 habitantes, al que se suma Artigas con 42,6 casos por 100.000 habitantes. Para el año 2025, solo 2 departamentos presentan tasas de notificación baja (menos de 10 casos/100.000 habitantes), 16 departamentos presentan tasas de notificación media (entre 10 y 49 casos por 100.000 habitantes) y Montevideo es el único departamento con tasa de notificación alta (más de 50 casos por 100.000 habitantes). Gráfico 6.

**Gráfico 6. Tasa de notificación de tuberculosis por departamento. Uruguay 2025**



La distribución de casos por departamento muestra una fuerte concentración de casos en áreas urbanas y metropolitanas.

**Distribución geográfica de los casos de tuberculosis por departamento de residencia. Uruguay, 2025**



El departamento de Montevideo notificó 871 casos, lo que representa el 60% del total nacional. Esta concentración es consistente con la estructura demográfica del país, ya que Montevideo alberga cerca del 40% de la población, pero aun considerando este factor, el número absoluto de casos indica que la capital constituye el principal núcleo epidemiológico de tuberculosis del país.

El segundo departamento con mayor número de casos es Canelones, con 193 casos, seguido por Maldonado con 69 casos, Paysandú con 44, y Rivera con 40 casos.

Este patrón sugiere una estructura territorial de transmisión caracterizada por tres grandes áreas epidemiológicas:

---

## 1. Área metropolitana de alta transmisión

Incluye fundamentalmente Montevideo, Canelones y Maldonado. En conjunto concentran 1133 casos, lo que equivale aproximadamente al 78% de los casos del país. Este fenómeno refleja la combinación de varios factores epidemiológicos: mayor densidad poblacional, mayor circulación social, mayor precariedad habitacional, mayor concentración de población privada de libertad y mayor presencia de población en situación de calle.

Desde el punto de vista epidemiológico, esta área funciona como el principal reservorio urbano de tuberculosis en Uruguay.

## 2. Corredor litoral y frontera norte

Un segundo grupo de departamentos con carga moderada incluye:

- **Salto** (34 casos)
- **Paysandú** (44 casos)
- **Artigas** (33 casos)
- **Rivera** (40 casos)

Estos territorios presentan características epidemiológicas particulares. En el caso de Rivera y Artigas, la dinámica fronteriza con Brasil puede favorecer la circulación poblacional y la interacción entre sistemas sanitarios, lo que puede influir en la transmisión de tuberculosis.

En Salto y Paysandú, el patrón observado probablemente se relaciona con centros urbanos regionales que concentran servicios de salud y población vulnerable.

## 3. Departamentos de baja carga relativa

Un tercer grupo corresponde a departamentos con menor número absoluto de casos, como:

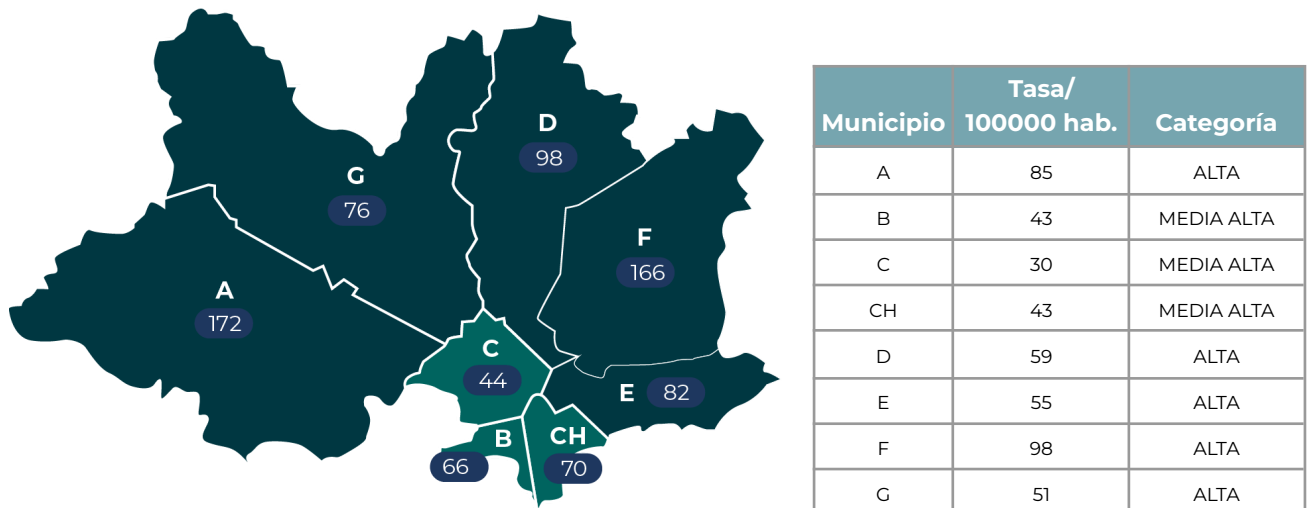
- **Flores** (6 casos)
- **Florida** (3 casos)
- **Río Negro** (7 casos)
- **Soriano** (8 casos)

Estos territorios presentan características demográficas diferentes, con menor densidad poblacional y menor presencia de factores sociales asociados a la transmisión de tuberculosis.

## Tuberculosis en Montevideo

Montevideo continúa siendo el departamento con mayor número de casos de TB y mayor tasa de incidencia, históricamente superior a la media nacional. El análisis por municipios de Montevideo evidencia una marcada heterogeneidad epidemiológica de la tuberculosis, con diferencias relevantes en carga de enfermedad, perfil poblacional y resultados sanitarios. A diferencia de años anteriores, en el 2025, es la primera vez que 5 municipios tienen tasas de incidencia alta (más de 50 casos/100.000 hab.)

### *Distribución de los casos de tuberculosis por municipios de Montevideo, 2025*



En términos de volumen de casos, los municipios A (172 casos) y F (166 casos) concentran la mayor carga, seguidos por D (98) y E (82), lo que confirma su rol como principales territorios de transmisión dentro del departamento. Entre los 4 municipios se concentran el 59% de los casos del departamento y el 36% del total de casos del país. En contraste, municipios como el C (44 casos) y el B (66 casos) presentan menor número absoluto de casos. Este patrón es consistente con la distribución de los hogares más pobres, en donde los municipios con mayor carga de TB coinciden con contextos de mayor vulnerabilidad social.

**Tabla 2. Características socio-demográficas de los casos de TB por municipio, 2025**

MUNICIPIOS	A	B	C	CH	D	E	F	G
Nº casos	172	66	44	70	98	82	166	76
Abandonos recuperados	7%	6%	9%	3%	7%	10%	11%	3%
Sexo Femenino	25%	41%	23%	40%	32%	28%	25%	37%
Sexo Masculino	75%	59%	77%	60%	68%	72%	75%	63%
Menores 15 años	9%	15%	7%	0	7%	4%	12%	17%
15-54 años	75%	67%	59%	57%	64%	70%	75%	71%
Mayores 55 años	16%	18%	34%	43%	29%	27%	13%	12%
VIH+	6%	21%	9%	14%	7%	16%	6%	9%
TARV	45%	50%	0	30%	29%	38%	50%	71%
VIH -	81%	74%	82%	74%	79%	70%	78%	78%
No conoce estado VIH	13%	5%	9%	11%	14%	15%	16%	13%
Fallecidos	6%	12%	16%	14%	12%	15%	5%	3%
Pérdida de seguimiento	13%	11%	14%	11%	20%	17%	11%	17%
Prestador privado	19%	24%	30%	61%	28%	18%	14%	22%
Prestador público	81%	76%	70%	39%	71%	82%	86%	78%

En todos los municipios predomina el sexo masculino, aunque con variabilidad (desde 59% en B hasta 77% en C). En cuanto a la edad, los municipios centrales como CH y C presentan un perfil más envejecido (hasta 43% de mayores de 55 años en CH y sin casos en menores de 15 años), mientras que A, F y G concentran mayor proporción de población joven y en edad productiva (15–54 años ~70–75%). Los menores de 15 años muestran mayor peso relativo en G (17%) y F (12%), lo que puede sugerir transmisión reciente en estos territorios.

Respecto a comorbilidades, la prevalencia de VIH presenta diferencias significativas: es más elevada en municipios como B (21%) y E (16%), mientras que en A y F se mantiene en valores más bajos (6%). Sin embargo, la cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) es variable y en algunos casos muy baja (por ejemplo, 0% en C y 29–38% en D y E), lo que constituye una brecha crítica en la atención. Asimismo, se observa un porcentaje no despreciable de casos que desconoce su estado serológico de VIH (hasta 16% en F), lo que indica oportunidades de mejora en el testeo universal.

En relación a los resultados de tratamiento, los municipios muestran diferencias importantes. La mortalidad es más elevada en C (16%), E (15%) y CH (14%), superando el promedio general del país, mientras que A (6%), F (5%) y

---

especialmente G (3%) presentan mejores resultados, que requieren un análisis más profundo para su correcta interpretación. Por otro lado, la pérdida de seguimiento alcanza valores preocupantes en D (20%), E (17%) y G (17%), lo que impacta directamente en el control de la enfermedad.

El análisis del subsector de atención muestra un claro predominio del sector público en todos los municipios, especialmente en aquellos de mayor carga (A, F, E), donde supera el 80%, mientras que CH presenta mayor participación del sector privado (61%), reflejando diferencias socioeconómicas entre territorios.

En conjunto, estos datos confirman que la tuberculosis en Montevideo no solo se distribuye de forma desigual, sino que adopta perfiles diferenciados según el territorio. Los municipios con mayor carga (A, D, F, E) combinan alta incidencia, población joven, mayor vulnerabilidad social y peores resultados en seguimiento, mientras que municipios como CH muestran menor carga, población más envejecida y mayor participación del subsector privado. Este escenario refuerza la necesidad de estrategias de control territorializadas, con intervenciones intensivas en los municipios de mayor riesgo, integrando abordajes clínicos, sociales y de acceso a servicios de salud.

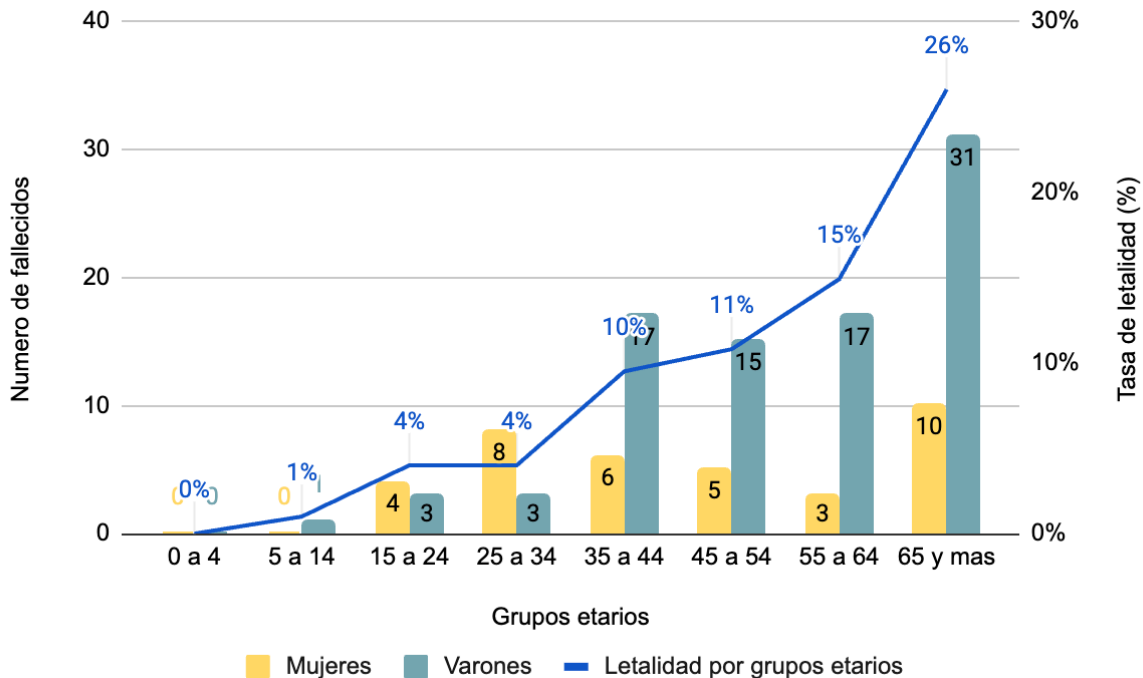
#### 4.4 Mortalidad

En 2025 se registraron 123 fallecimientos por tuberculosis, 25 menos que en 2024 (descenso de 17%).

##### **Mortalidad según edad y sexo**

La mortalidad muestra un marcado gradiente con la edad, con tasas crecientes a medida que aumenta el grupo etario. Gráfico 7

**Gráfico 7. Mortalidad por sexo y grupos etarios. Uruguay, 2025**



En menores de 15 años se registró un solo fallecimiento en el grupo de 5 a 14 años, mientras que el mayor impacto se observa en personas de 65 años y más, con 41 fallecimientos y una tasa de letalidad de 26%, concentrando aproximadamente un tercio de todas las muertes por tuberculosis del año.

La mortalidad fue mayor en varones, con 87 fallecidos, frente a 36 en mujeres.

Sin embargo, al analizar la letalidad dentro de cada sexo se observa una proporción similar de fallecimientos respecto al total de casos, siendo en Varones: 8,5% de los casos notificados y en Mujeres 8,4%. Por lo que, la mayor cantidad de muertes en varones se explica principalmente por la mayor incidencia de tuberculosis en este sexo, más que por una mayor probabilidad de morir una vez diagnosticada la enfermedad.

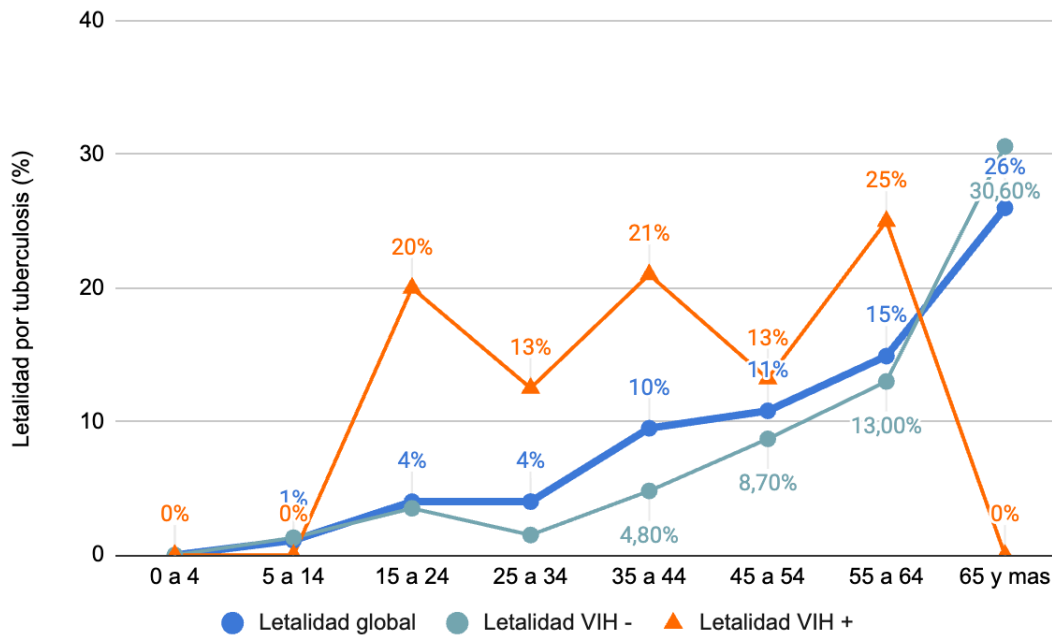
### Mortalidad según condición VIH

Del total de fallecidos en el año 2025, 28 corresponden a personas con coinfección TB/VIH, lo que representa el 23% de todas las muertes.

La mortalidad asociada a VIH se concentra principalmente en adultos entre 25 y 54 años, especialmente en los grupos de 35–44 años (11 fallecidos) y 45–54 años (7 fallecidos). No se registraron fallecimientos con coinfección TB/VIH en personas de

65 años o más, donde todas las muertes ocurrieron en pacientes VIH negativos.  
Gráfico 8.

**Gráfico 8. Letalidad según condición VIH. Uruguay, 2025**

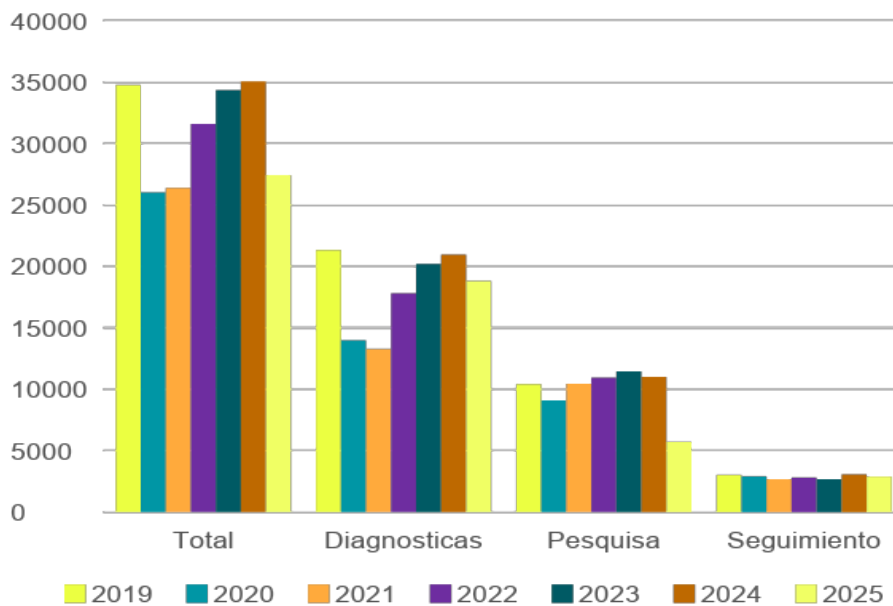


Estos resultados reflejan dos perfiles epidemiológicos diferentes de mortalidad por tuberculosis; por un lado, las personas mayores, en quienes la mortalidad ocurre predominantemente sin coinfección VIH, probablemente asociada a comorbilidades y mayor fragilidad; y por otro lado, los adultos de mediana edad, donde la coinfección TB/VIH continúa siendo un determinante importante de mortalidad.

## 5. Diagnóstico bacteriológico y vigilancia de la tuberculosis drogo-resistente

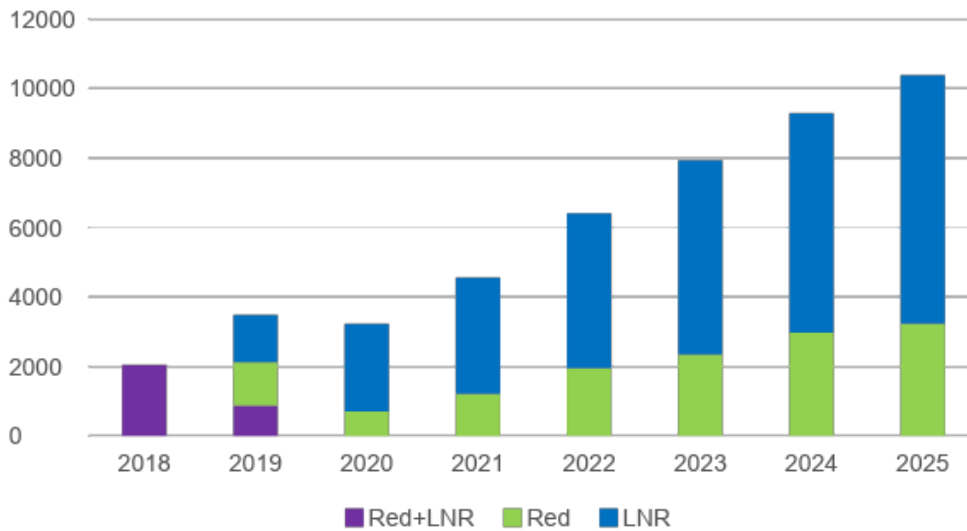
Según datos del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de la CHLA EP, en 2025 se observó una disminución en el número total de muestras ingresadas en el sistema de vigilancia - TB Soft® - (7609 muestras menos que en 2024). Este descenso se debe principalmente a las muestras de pesquisa, lo que se asocia a cambios en la estrategia de pesquisa en población privada de libertad. El 90% de las muestras son diagnósticas, lo que indica el mantenimiento del enfoque clínico en la detección de casos. Gráfico 9

**Gráfico 9. Muestras ingresadas TB en TBSOft por año. Uruguay, enero-diciembre 2019 - 2025**



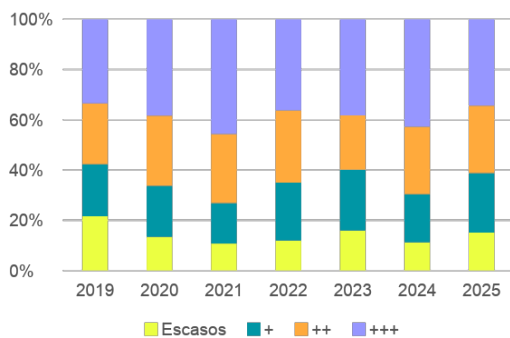
Se evidencia un fortalecimiento sostenido del diagnóstico por pruebas moleculares rápidas (PMR) en toda la Red Nacional de Laboratorios de Tuberculosis, que incluye 69 laboratorios. En 2025, el 31% de las pruebas realizadas corresponden a GeneXpert, con un aumento de 9% respecto a 2024. El LNR procesó 7150 PMR, representando un incremento del 13% interanual. Gráfico 10

**Gráfico 10. GeneXpert MTB/RIF y MTB/RIF Ultra realizados por año. Uruguay, 2018 - 2025**

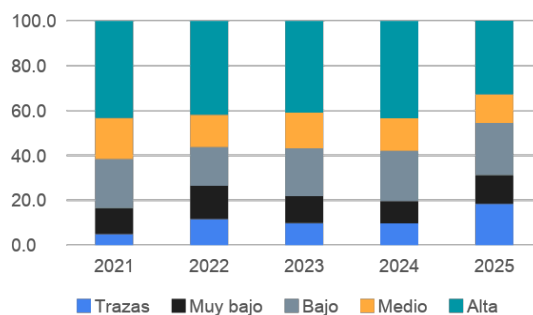


Los indicadores de carga bacilar muestran una disminución tanto en las baciloscopías positivas (++/+++) como en resultados de GeneXpert positivos (carga media y alta), con descensos de 9% y 13% respectivamente en comparación con 2024. Este hallazgo sugiere una tendencia hacia el diagnóstico en etapas más precoces de la enfermedad, con menor proporción de casos avanzados al momento de la detección. Gráficos 11 y 12

**Gráfico 11. Carga bacilar en baciloscopías positivas de expectoraciones diagnósticas. Uruguay, 2019 - 2025.**



**Gráfico 12. Carga bacilar en Xpert MTB/RIF Ultra positivos de expectoraciones diagnósticas. Uruguay, 2019 - 2025**



## Localización de la enfermedad

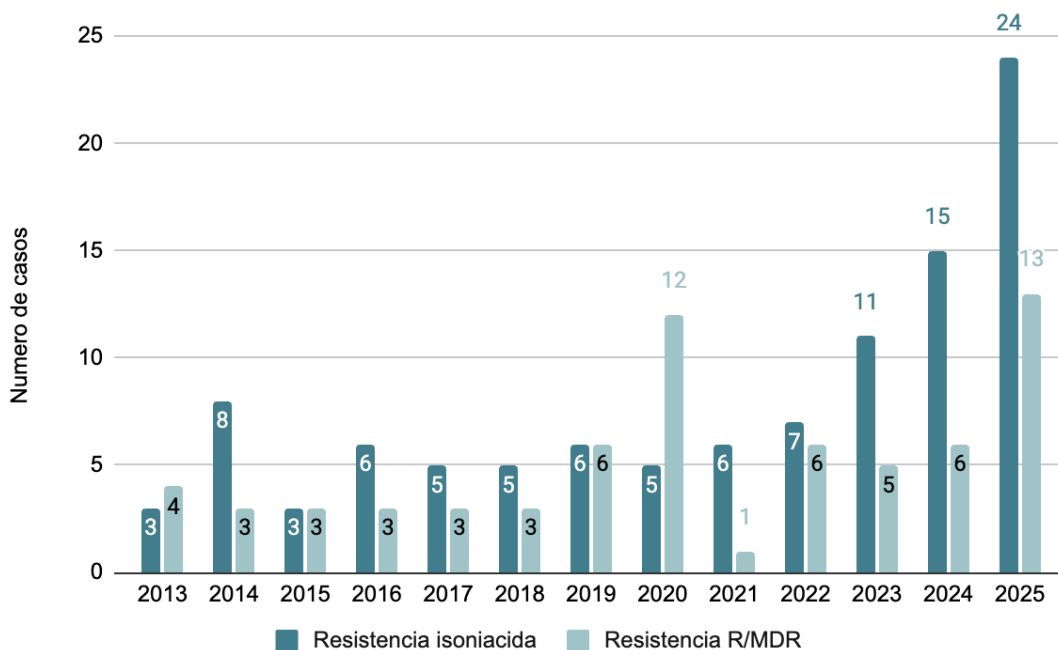
En el año 2025, las formas pulmonares de la enfermedad se diagnosticaron en 1210 pacientes (83%), de los cuales se confirmaron bacteriológicamente el 85%.

Se realizó una prueba molecular rápida (PMR) como prueba inicial al 66% de los casos. Este porcentaje tiene un aumento sostenido en los últimos años (59% en 2024), encontrándose por encima del promedio de la Región de las Américas, aunque aún por debajo de la meta de la OMS de 100%.

## Tuberculosis drogo-resistente (TB-DR)

La TB-DR en Uruguay plantea un problema de salud pública creciente en los últimos años. El análisis de la evolución de casos muestra un comportamiento diferencial según el tipo de resistencia, así como un cambio relevante a partir de la incorporación, en 2023, de técnicas de diagnóstico molecular con mayor sensibilidad para la detección de mutaciones asociadas a resistencia. Gráfico 13.

**Gráfico 13. Evolución de la tuberculosis resistente a drogas. Uruguay, 2013-2025**



En relación a la **resistencia a isoniacida (TB-RH)**, se observa una fase inicial de estabilidad entre 2013 y 2022, con valores relativamente bajos y fluctuantes (entre 3 y 8 casos anuales). A partir de 2023, se evidencia un incremento sostenido y

---

marcado, pasando de 7 casos en 2022 a 11 en 2023, 15 en 2024 y alcanzando 24 casos en 2025. Este aumento coincide temporalmente con la implementación de pruebas moleculares más sensibles, lo que sugiere que parte del incremento podría explicarse por una mejor capacidad diagnóstica, con identificación de resistencias que previamente no eran detectadas. No obstante, la magnitud del aumento también plantea la posibilidad de una expansión real de cepas resistentes en la comunidad, especialmente considerando el predominio de casos primarios observados (18 casos en 2025 - 75%).

La **resistencia a rifampicina y la multidrogo resistencia (TB-RR/MDR)** presenta un comportamiento más irregular a lo largo de la serie. Entre 2013 y 2018 se mantiene estable (3–4 casos anuales), con un aumento puntual en 2019 (6 casos) y un pico en 2020 (12 casos - brote familiar), seguido de un descenso marcado en 2021 (1 caso) y posterior estabilización en 2022–2024 (5–6 casos). Sin embargo, en 2025 se observa un nuevo incremento significativo (13 casos), lo que representa el valor más alto de toda la serie. A diferencia de la isoniacida, en este grupo el aumento no puede atribuirse exclusivamente a la mejora diagnóstica, ya que la detección de resistencia a rifampicina históricamente ha sido más robusta. Por lo tanto, este incremento puede responder, en parte, a un aumento real de casos de TB resistente de mayor gravedad, con implicancias clínicas y epidemiológicas relevantes, y por otro lado, al elevado porcentaje de pacientes previamente tratados con mayor riesgo de resistencia adquirida.

En conjunto, la serie evidencia un cambio de escenario a partir de 2023, determinado por la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas que aumentan la sensibilidad del sistema de vigilancia. Este cambio genera un “punto de quiebre” en la interpretación de la tendencia, particularmente para la resistencia a isoniacida, donde el incremento observado debe analizarse considerando el efecto de la mejor detección. Sin embargo, el aumento observado en 2025, especialmente en TB-MDR/RR, constituye una señal de alerta que sugiere una potencial intensificación del problema, requiriendo fortalecer las estrategias de diagnóstico temprano, testeo universal de sensibilidad y adherencia al tratamiento, con el objetivo de limitar la propagación de cepas resistentes en la comunidad.

---

## Situación de la Tuberculosis resistente en 2025

En el año 2025 se registraron 37 casos de tuberculosis resistente en Uruguay, lo que representa un aumento respecto a años previos. Del total, 13 casos correspondieron a resistencia a rifampicina (con o sin resistencia asociada a isoniacida, es decir TB-MDR/RR) y 24 casos a monorresistencia a isoniacida, configurando esta última la forma más frecuente. Si bien la magnitud absoluta sigue siendo baja en relación al total de casos de tuberculosis, la TB resistente se caracteriza por su mayor complejidad clínica, terapéutica y programática.

En cuanto al perfil de los casos, se observa que la resistencia a rifampicina y la TB-MDR se concentran en pacientes con antecedentes de tratamiento previo (46%), particularmente en situaciones de recaída y recuperación de abandono. El 54% de los casos son primarios lo que evidencia también la transmisión comunitaria de cepas resistentes, lo cual constituye una señal de alerta epidemiológica.

Desde el punto de vista territorial, los casos se concentran principalmente en Montevideo (13 casos de TB-RH y 6 casos de TB-RR/MDR) y Paysandú (6 casos de TB-RR/MDR: 46%), aunque se identifican también en varios departamentos del interior (Canelones, Rivera, Colonia, Maldonado, San José y Cerro Largo). Este patrón acompaña, en términos generales, la distribución de la tuberculosis en el país, con mayor carga en áreas urbanas, pero pone de manifiesto la situación de Paysandú donde se concentra la TB RR/MDR en los últimos años, con el riesgo de convertirse en endémica.

Los resultados de tratamiento muestran un escenario preocupante, especialmente en los casos de TB-RR/MDR. En este grupo, la mortalidad alcanza aproximadamente un tercio de los casos (4/13 - letalidad 31%), acompañada de una elevada proporción de pérdida de seguimiento (3/13), lo que determina un bajo éxito terapéutico global. En los casos con monorresistencia a isoniacida, si bien los resultados son relativamente mejores, se observa igualmente una mortalidad relevante (4/24 - letalidad 17%) y una proporción significativa de abandono (17%), lo que evidencia que incluso las formas menos complejas de resistencia presentan desafíos importantes en la gestión clínica.

En conclusión, la tuberculosis resistente en Uruguay, aunque de baja frecuencia, constituye un problema de alta gravedad y creciente complejidad, lo que requiere un fortalecimiento del diagnóstico oportuno, la mejora en la adherencia terapéutica y el seguimiento intensivo de los pacientes, con el objetivo de reducir tanto la generación como la transmisión de nuevas resistencias.

## 6. Poblaciones vulnerables y tuberculosis

Uno de los hallazgos más relevantes del análisis epidemiológico es la marcada concentración de la tuberculosis en grupos sociales vulnerables, demostrado a través de la desigualdad en el riesgo de tuberculosis entre los distintos grupos poblacionales. La tasa de incidencia en la población general es de 36,5/100000 habitantes, mientras que varios grupos poblacionales presentan tasas muy superiores. Tabla 3

**Tabla 3. Tasa de incidencia de tuberculosis en diferentes grupos poblacionales. Uruguay, 2025**

Grupo poblacional	Tasa de incidencia (por 100.000)	Riesgo relativo aproximado
Población general	36,5	1
Personas con VIH	959	26 veces mayor
Personas privadas de libertad	1160	32 veces mayor
Personas sin hogar	4253	116 veces mayor
Contactos de casos de TB	7817	>200 veces mayor

Estos datos muestran que la tuberculosis en Uruguay presenta un patrón de concentración extrema en poblaciones vulnerables.

En términos epidemiológicos, esto se describe como epidemia focalizada en subpoblaciones de alto riesgo, lo que tiene implicancias importantes:

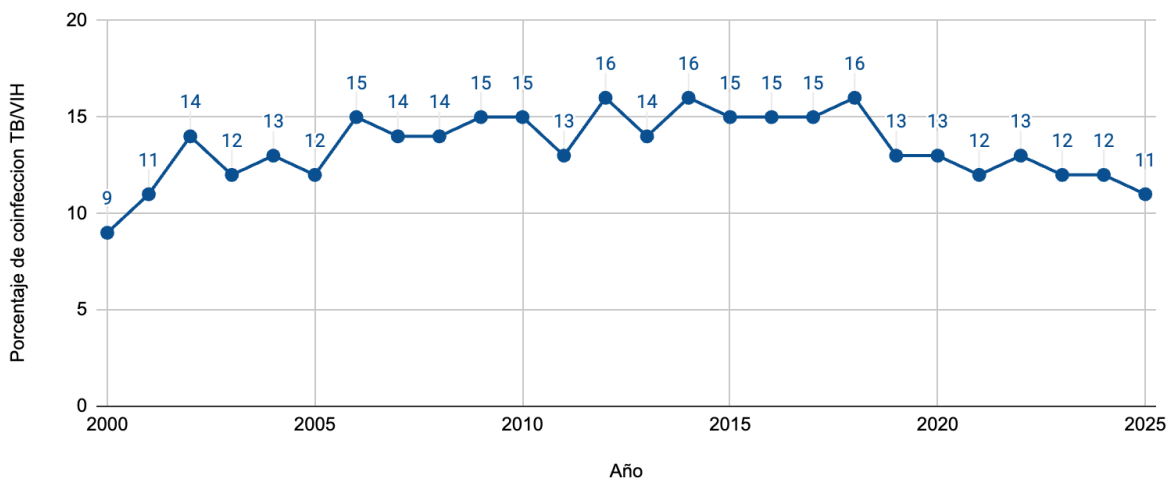
1. La transmisión no ocurre de forma homogénea en la población.
2. La mayor parte de la carga de enfermedad se concentra en contextos sociales con condiciones desfavorables, como:
  - cárceles
  - refugios
  - viviendas precarias o situación de calle
  - circuitos de consumo problemático de sustancias.
3. Las intervenciones dirigidas a la población general pueden tener un impacto limitado si no se focalizan en estos grupos.

Este fenómeno también explica por qué la incidencia nacional se mantiene elevada incluso cuando el país cuenta con diagnóstico y tratamiento accesibles.

## 6.1 Tuberculosis en personas que viven con VIH

El análisis de la evolución de la coinfección TB-VIH en Uruguay entre 2000 y 2025 muestra una relativa estabilidad entre 2016 y 2018, con un posterior descenso en los últimos años hasta alcanzar el 11% en el 2025. Gráfico 14.

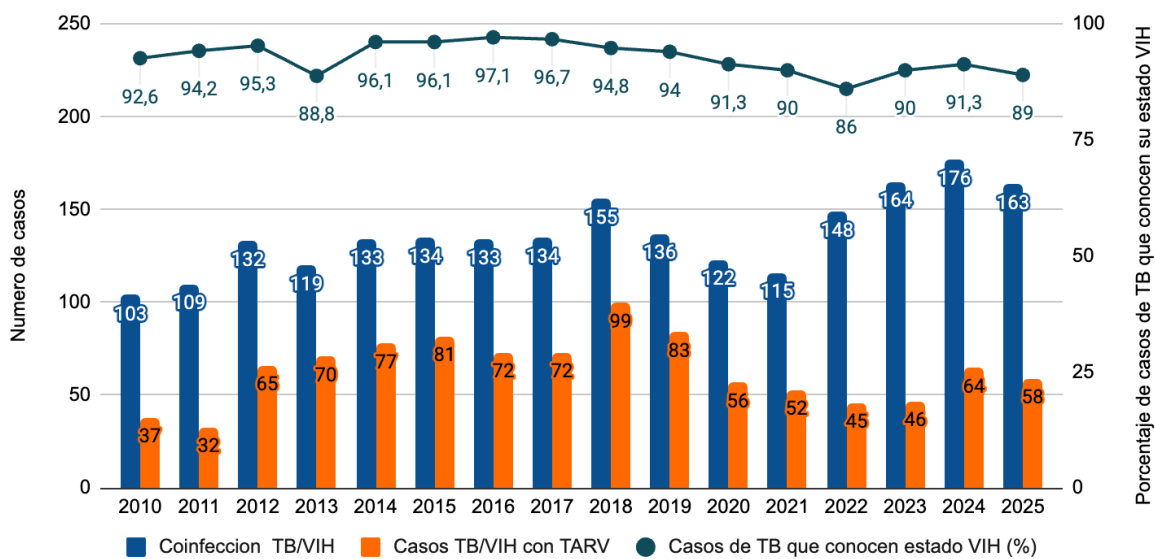
**Gráfico 14. Porcentaje de coinfección TB/VIH. Uruguay, 2000-2025**



El número anual de casos de coinfección TB/VIH, se ha mantenido relativamente estable con valores que oscilaron entre 103 casos en 2010 y 176 casos en 2024, registrándose 163 casos en 2025. Este comportamiento indica que, a pesar de las fluctuaciones interanuales, la coinfección continúa representando una proporción significativa de los casos de tuberculosis en el país.

Se mantiene el porcentaje de pacientes con tuberculosis que conocen su estado serológico para VIH. Durante la mayor parte del período analizado, este indicador se mantuvo por encima de 90%, aunque sin alcanzar la meta de la OMS del 100%. En los últimos años se observa una ligera disminución en este indicador, situándose en 89% en 2025. Gráfico 15

**Gráfico 15. Coinfección TB/VIH. Uruguay, 2010-2025**



En relación con el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV), los datos muestran variaciones importantes a lo largo del período. En los últimos años se observa una disminución relativa en la proporción de pacientes coinfectados que reciben TARV. En 2022, 2023 y 2025 esta proporción se sitúa alrededor de 30-35%, muy por debajo de la cobertura de TARV en el país (83% para el 2024 según el informe del MSP)

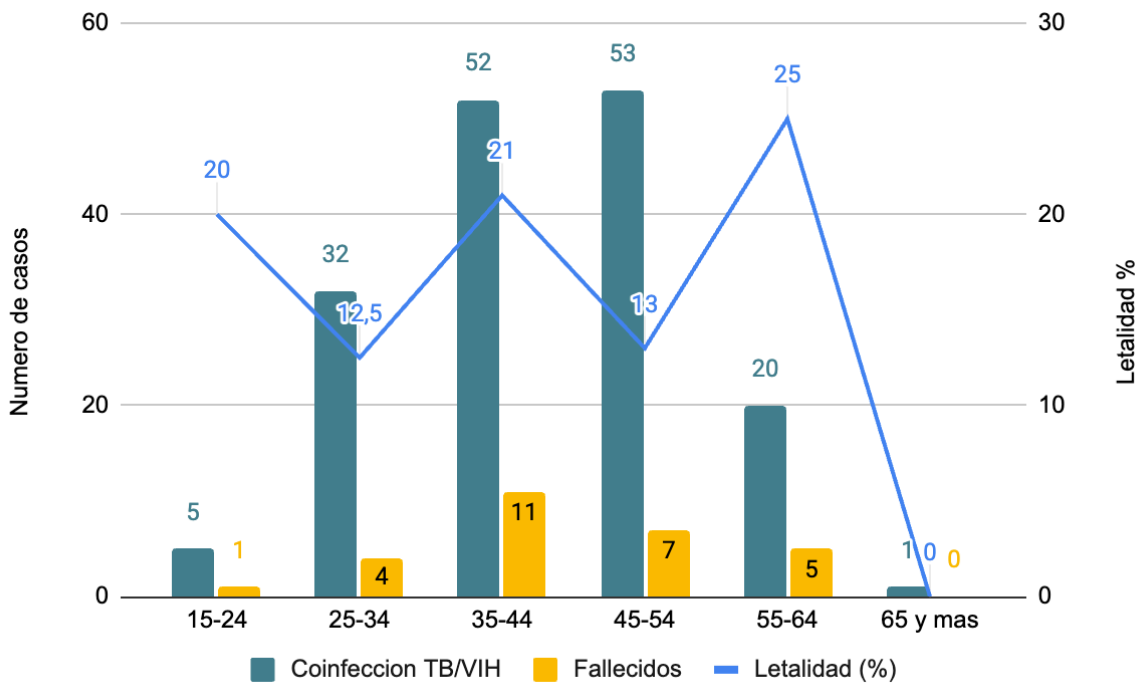
### Coinfección TB/VIH en el 2025

De los 163 casos de coinfección del 2025, 115 corresponden a hombres (70,6%), y 48 corresponden a mujeres (29,4%). No se registraron casos de TB/VIH en menores de 15 años. La coinfección se concentra principalmente en adultos entre 25 y 54 años, con un pico de impacto en los grupos de 35 a 44 años y 45 a 54 años (52 y 53 casos respectivamente).

El análisis de la mortalidad entre los pacientes con coinfección TB/VIH muestra que esta condición continúa asociándose a una elevada carga de mortalidad. Ocurrieron 28 fallecimientos, lo que corresponde a una letalidad global de 17% - muy superior a la de la población general, aunque continúa disminuyendo en

comparación con años anteriores-. Para el año 2025, la letalidad en los pacientes con coinfección TB/VIH mostró tres picos, el primero en el grupo de 15-24 años, el segundo de 35-44 y el tercero de 55-64 años. Gráfico 16

**Gráfico 16. Letalidad en coinfección TB/VIH por grupos etarios. Uruguay, 2025**

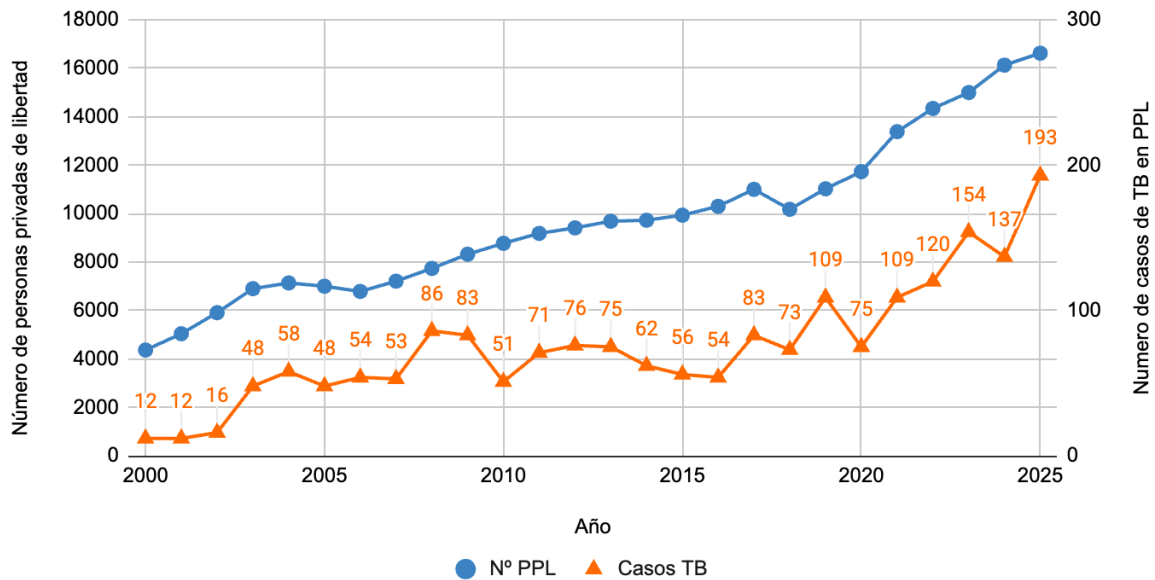


Se evidenció una asociación significativa entre la ausencia de tratamiento antirretroviral y un mayor riesgo de fallecimiento ( $p 0,0026$ ). La letalidad en pacientes con TARV fue de 7% y en los pacientes sin TARV fue 25%. Este hallazgo demuestra la importancia de garantizar el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral en todos los pacientes con tuberculosis y coinfección por VIH.

## 6.2 Tuberculosis en personas privadas de libertad

Las personas privadas de libertad constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad frente a la tuberculosis, debido a factores estructurales que favorecen la transmisión de la enfermedad, como el hacinamiento, la ventilación limitada en los espacios cerrados, la alta rotación de la población penitenciaria y la elevada prevalencia de factores de riesgo como consumo problemático de sustancias, comorbilidades y coinfección con VIH.

**Gráfico 17. Tendencia del número de PPL y casos de TB en PPL. Uruguay, 2000-2025**



El análisis de la evolución de la TB en la población penitenciaria de Uruguay entre 2000 y 2025 muestra tasas de incidencia considerablemente superiores a las observadas en la población general, confirmando que los establecimientos penitenciarios constituyen entornos de alto riesgo para la transmisión de la enfermedad (Gráfico 17). Durante los primeros años del período analizado (2000–2002), las tasas de tuberculosis en personas privadas de libertad se situaban entre 238 y 275 casos por 100.000 PPL, con un número relativamente bajo de casos absolutos. Sin embargo, a partir de 2003 se observa un incremento abrupto de la incidencia, alcanzando 695 casos por 100.000 PPL, tendencia que continuó en los años siguientes con tasas superiores a 700 casos por 100.000. Durante el período 2021–2024 la incidencia continúa aumentando progresivamente, acompañando además el crecimiento sostenido de la población penitenciaria en el país, que pasó de 13.384 personas en 2021 a 16.132 en 2024. En estos años las tasas se mantuvieron entre 814 y 1027 casos por 100.000 PPL, confirmando una carga persistente de enfermedad en este entorno.

El valor más alto de toda la serie se observa en 2025, cuando se registraron 193 casos (56 más que en 2024 - aumento del 40%), lo que corresponde a una tasa de 1160 casos por 100.000 PPL. Este aumento es independiente del incremento de las PPL en el sistema penitenciario y se relaciona con el cambio en la estrategia de tamizaje o búsqueda activa de casos.

---

## **Nueva estrategia de pesquisa de TB al ingreso del sistema penitenciario**

Durante 2025 se implementó una nueva estrategia de pesquisa de tuberculosis en personas privadas de libertad basada en radiografía de tórax como método de tamizaje seguida de confirmación mediante prueba molecular Xpert en los casos con hallazgos radiológicos compatibles con tuberculosis. Esta estrategia se aplicó en el centro de ingreso, diagnóstico y derivación del sistema penitenciario.

De acuerdo a los datos preliminares, entre mayo y octubre de 2025, 2848 personas privadas de libertad fueron evaluadas en el proceso de ingreso, realizándose 2846 radiografías de tórax, lo que representa una cobertura de pesquisa muy elevada dentro de esta población.

De las radiografías realizadas, 359 (13%) presentaron hallazgos patológicos a los que se realizaron pruebas moleculares (GeneXpert®), identificando 29 resultados positivos, lo que corresponde a una positividad del 8% dentro de este grupo de sospecha radiológica. El análisis del número necesario a pesquisar (NNS) muestra que fue necesario evaluar aproximadamente 90 personas para detectar un caso de tuberculosis, mientras que con la estrategia basada en baciloscopia el NNS estimado era de 127 personas. Esto indica que la nueva estrategia presenta mayor rendimiento diagnóstico, permitiendo detectar un mayor número de casos por cada grupo de personas evaluadas.

En este contexto, el incremento de la tasa de tuberculosis registrado en el sistema penitenciario durante 2025 debe interpretarse principalmente como consecuencia de una mayor capacidad de detección de casos, sin desestimar el impacto de las condiciones de vida de las personas privadas de libertad, las cuales favorecen la transmisión de la enfermedad.

### **Características de las PPL con TB en el 2025**

En el año 2025 se notificaron 193 casos de tuberculosis en PPL, lo que corresponde a una tasa de 1160 casos por 100.000 PPL. El 84% (163 casos) fueron casos nuevos, es decir, pacientes sin antecedentes previos de tratamiento para tuberculosis, mientras que se identificaron 20 casos que se encontraban en abandono de tratamiento (10%) - lo que corresponde al 12% del total de pacientes en abandono de tratamiento recuperados-.

La media de edad de los casos de TB en PPL es de 33 años. La distribución por sexo muestra un predominio casi absoluto de casos en varones. Del total de casos diagnosticados en 2025, 182 corresponden a hombres (94%), mientras que 11

corresponden a mujeres (6%). Este patrón refleja la composición demográfica del sistema penitenciario del país, caracterizado por una marcada mayoría de población masculina, aunque con un incremento progresivo de casos en mujeres.

El 88% de los pacientes conoce su estado serológico en relación al VIH, constatando la coinfección en 13 casos (7%), de los cuales, el 38% presenta TARV. El análisis de los factores de riesgo muestra además la presencia de condiciones de vulnerabilidad relevantes entre las personas afectadas, incluyendo consumo problemático de drogas (20%) y alcoholismo (5%).

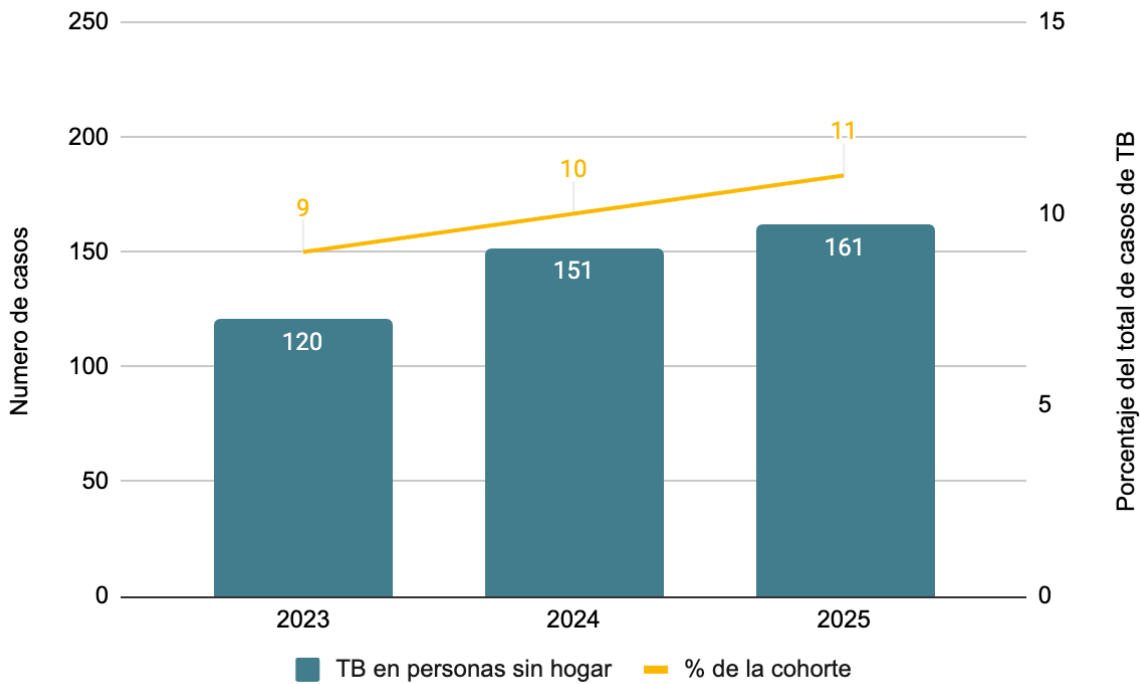
Hubo un fallecimiento, lo que determina una letalidad del 0,5%, mientras que el 7% de los casos se encuentra en pérdida de seguimiento (todos al egreso del sistema penitenciario).

### **6.3 Tuberculosis en personas sin hogar**

Las personas sin hogar, incluidas las personas en situación de calle y en refugios, constituyen una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad frente a la tuberculosis, debido a la interacción de múltiples determinantes sociales y sanitarios que favorecen tanto la transmisión de la enfermedad como la progresión desde infección latente a enfermedad activa.

En Uruguay, los datos recientes muestran un aumento progresivo de la participación de esta población dentro del total de casos de tuberculosis notificados. En 2023 se registraron 120 casos de tuberculosis en personas en situación de calle, lo que representó aproximadamente 9% del total de casos del país. En 2024 esta cifra aumentó a 151 casos (10%), y en 2025 alcanzó 161 casos, lo que corresponde a aproximadamente 11% del total de casos notificados. Gráfico 18. Este incremento refleja una mayor concentración de la enfermedad en esta población vulnerable.

**Gráfico 18. Casos de TB en personas sin hogar y porcentaje del total de casos. Uruguay, 2023-2025**



La incidencia estimada de TB en esta población en el 2025 es de 4595 casos por 100.000 habitantes de calle, una tasa extremadamente elevada en comparación con la población general. De los 161 casos notificados, se identificó que 14 se encontraban en refugios al momento del diagnóstico, lo que sugiere que los dispositivos de alojamiento colectivo pueden representar espacios relevantes para la pesquisa activa de casos y la implementación de estrategias de prevención y control.

### Características demográficas

En 2025, el 77% de los casos correspondieron a varones, siendo este patrón consistente con la distribución por sexo observada tanto en la población en situación de calle como en la epidemiología general de la tuberculosis.

La mayor carga de enfermedad se concentra en adultos jóvenes y de mediana edad. La media de edad fue de 39 años, con predominio en el grupo de 35 a 44 años (40% de los casos), seguido por el grupo de 25 a 34 años (26%) y el de 45 a 54 años (22%).

---

La mitad de los casos corresponden a casos nuevos (51%), mientras que 49% presentaban antecedentes de tratamiento previo. Dentro de este último grupo, 42% corresponden a retratamiento por pérdida de seguimiento y 7% a recaídas.

La elevada proporción de retratamientos por pérdida de seguimiento refleja las dificultades que existen para garantizar la continuidad del tratamiento en esta población. La inestabilidad habitacional, las barreras de acceso a los servicios de salud y la coexistencia de problemas sociales y de salud mental pueden dificultar la adherencia terapéutica, aumentando el riesgo de recaídas y de persistencia de la transmisión.

La coinfección con VIH se observa con una frecuencia considerable en esta población. En 2025, el 27% de los casos presentaban infección por VIH, mientras que 68% eran VIH negativos y 5% desconocían su estado serológico.

Entre las personas con coinfección TB/VIH, 12 pacientes (27%) se encontraban con TARV, lo que sugiere importantes brechas en el acceso o la continuidad del tratamiento para el VIH en esta población.

Se registraron 20 fallecimientos entre los 161 casos, lo que corresponde a una letalidad de 12%. Al finalizar el 2025, 57 casos (35%) se encontraban en pérdida de seguimiento; siendo este porcentaje muy superior al de la población general.

### **Factores de riesgo asociados a tuberculosis en personas sin hogar**

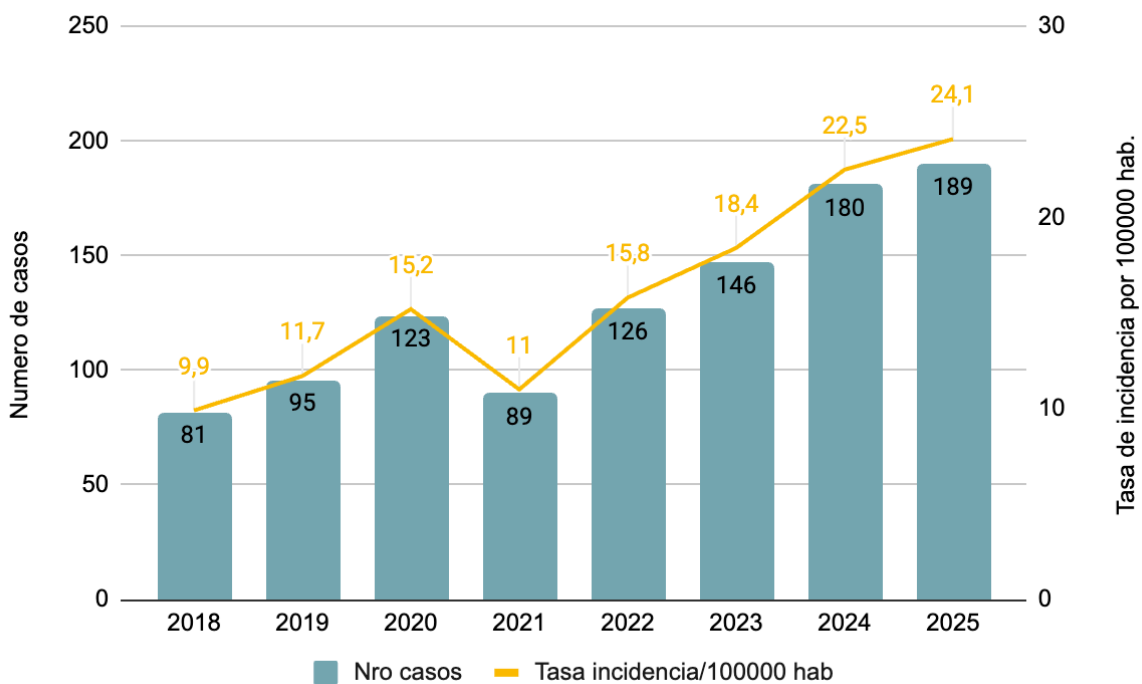
Entre los 161 casos registrados, el factor de riesgo más frecuente fue el consumo problemático de drogas, identificado en 127 personas (79%). El consumo problemático de alcohol se registró en 55 casos (34%). Por otra parte, 12 personas (7%) tenían antecedente de privación de libertad, lo que pone de manifiesto la interrelación existente entre distintas poblaciones vulnerables afectadas por la tuberculosis. La movilidad entre el sistema penitenciario, los refugios y la situación de calle puede favorecer la persistencia de cadenas de transmisión en entornos de alta vulnerabilidad social.

## **6.4 Tuberculosis en niños y adolescentes**

Entre 2018 y 2025 se observa un incremento sostenido de la tuberculosis en menores de 20 años, con un aumento de la tasa de incidencia de 9,9 a 24,1 por 100.000 habitantes. Gráfico 19

Este aumento ocurre en un contexto de descenso de la población en este grupo etario, lo que refuerza que se trata de un incremento real del riesgo de enfermarse y no de un fenómeno demográfico.

**Gráfico 19. Evolución de los casos de TB en menores de 20 años y tasa de incidencia por 100000 habitantes. Uruguay, 2018-2025**



### Características de la TB en niños y adolescentes en 2025

En 2025 se registraron 189 casos, representando 13% del total de la cohorte, con una tasa de 24,1 por 100.000. La distribución etaria fue 29 casos de 0 a 4 años; 90 casos de 5 a 14 años y 70 casos de 15 a 19 años. Este último grupo fue el único que aumentó con respecto al 2024. El predominio es masculino (61%) aunque en menor proporción que en otros grupos etarios

Se observan diferencias claras entre niños y adolescentes en el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis. En los niños de 0 a 14 años, predomina un perfil caracterizado por una alta proporción de contacto identificado (81%); escasa presencia de factores sociales y baja necesidad de internación (17% - promedio 8 días), lo que es consistente con casos vinculados a transmisión intradomiciliar reciente y diagnóstico relativamente oportuno. En contraste, los adolescentes de 15 a 19 años presentan un patrón diferenciado, con menor proporción de contacto identificado (34%), mayor frecuencia de internación (53% - promedio 8 días),

---

mayor pérdida de seguimiento (11%) y la presencia de factores conductuales como el consumo de sustancias (11%), configurando un perfil epidemiológico más cercano al observado en la población adulta.

No se registraron casos de tuberculosis asociados a VIH en menores de 20 años, lo que marca una diferencia estructural con el perfil epidemiológico de los adultos. Sin embargo, el 11% de los casos no cuenta con testeo de VIH lo que señala una oportunidad de mejora en la implementación del testeo universal.

En el 2025 hubo 3 fallecidos, siendo la tasa de letalidad de 1,6%, cifra claramente inferior a la observada en la población adulta. Uno de los fallecidos presentaba comorbilidad (neoplasia), y otro fallecido presentaba una tuberculosis del sistema nervioso central. Este hallazgo confirma que la tuberculosis pediátrica presenta, en general, un buen pronóstico en términos de supervivencia, aunque puede asociarse a complicaciones y requerir internación.

La tuberculosis en menores de 20 años constituye un indicador sensible de la dinámica de transmisión en la comunidad. El aumento observado en los últimos años, en un contexto de descenso poblacional, confirma una intensificación de la transmisión, con dos perfiles diferenciados; uno en niños con transmisión intradomiciliaria y otro en adolescentes con transición hacia un patrón de tipo adulto.

## 7. Determinantes sociales y perfil asistencial de los casos de tuberculosis en Uruguay, 2025

El análisis de los casos de tuberculosis en 2025 evidencia una fuerte asociación con determinantes sociales de la salud, los cuales desempeñan un rol central tanto en la ocurrencia de la enfermedad como en su evolución clínica. Entre los factores de riesgo más frecuentes se destacan:

- Desocupación (32%)
- Consumo problemático de drogas (28%)
- Alcoholismo (14%)
- Tabaquismo (13%)

Estos factores no actúan de manera aislada, sino que se combinan generando contextos de vulnerabilidad que favorecen la transmisión, dificultan el acceso oportuno al diagnóstico y condicionan la adherencia al tratamiento.

Desde el punto de vista asistencial, la mayoría de los casos se concentran en el subsector público del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que atiende aproximadamente el 78% de los pacientes, tanto en Montevideo como en el interior del país. De estos, el 98% pertenece a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

**Tabla 4. Porcentaje de casos de TB por prestadores de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay, 2025**

	Prestadores Públicos	Prestadores Privados
País	78%	22%
Montevideo	78%	22%
Interior	77%	23%

### **Diferencias entre los pacientes usuarios de los prestadores públicos y privados.**

Los pacientes atendidos en el sector público presentan menor edad promedio (37 vs 45 años) y una mayor prevalencia de factores de riesgo sociales y clínicos, incluyendo mayor coinfección TB/VIH (12% vs 8%), mayor proporción de desocupación (39% vs 8%), drogadicción (33% vs 11%) y alcoholismo (16% vs 8%)

---

Asimismo, se observan diferencias en condiciones clínicas relevantes, como mayor frecuencia en el sector privado de inmunodepresión por neoplasias y por tratamientos farmacológicos (11% vs 2%) y diabetes mellitus (7% vs 3%), mientras que en el sector público predominan los factores sociales estructurales. Estas diferencias configuran perfiles epidemiológicos distintos entre subsectores, con implicancias en la planificación de estrategias de control.

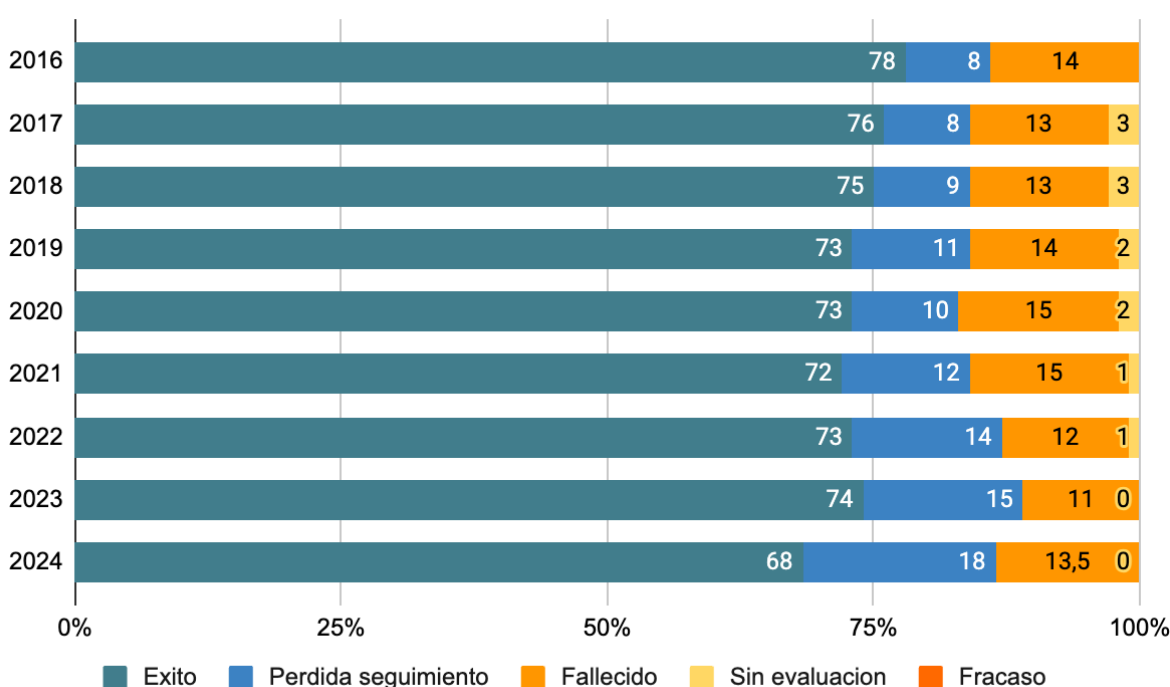
Finalmente, la letalidad es mayor en el subsector público (8% vs 4%), lo que podría estar vinculado a diagnósticos más tardíos, mayor carga de determinantes sociales y dificultades en la continuidad de la atención

Estos hallazgos refuerzan que la tuberculosis en Uruguay no solo es un problema biomédico, sino también un fenómeno profundamente influido por las inequidades, lo que exige intervenciones integrales que combinen estrategias sanitarias con abordajes sobre los determinantes sociales de la salud.

## 8. Evaluación de resultados de tratamiento

El análisis de la evolución de los resultados del tratamiento en Uruguay entre 2016 y 2024 muestra una tendencia progresiva al descenso del éxito terapéutico, acompañado de un aumento sostenido de la pérdida de seguimiento y la mortalidad. Gráfico 20.

**Gráfico 20. Evaluación de resultados de tratamiento. Uruguay, 2016-2024**



En 2016, el éxito del tratamiento alcanzaba el 78% de los casos, valor que se mantuvo relativamente estable hasta 2018 (75%) y posteriormente comenzó a descender gradualmente. A partir de 2019 se observa una disminución sostenida, con valores de 73% en 2019 y 2020, 72% en 2021 y una leve recuperación en 2022 y 2023 (73% y 74%, respectivamente). Sin embargo, en 2024 se registra una caída más marcada, con 68% de éxito terapéutico, el valor más bajo de toda la serie analizada.

Este nivel de éxito terapéutico se sitúa por debajo de las metas internacionales propuestas por la World Health Organization, que recomiendan alcanzar al menos 90% de éxito en el tratamiento de los casos de tuberculosis sensible. La brecha observada sugiere la existencia de desafíos importantes para asegurar la finalización del tratamiento en una proporción significativa de pacientes.

## Evolución de las pérdidas de seguimiento y fallecidos

El indicador que muestra la evolución más desfavorable es la pérdida de seguimiento, que pasó de 8% en 2016 y 2017 a 9% en 2018, aumentando progresivamente en los años siguientes hasta alcanzar a 18% en el año 2024, el valor más alto de la serie. Este aumento progresivo constituye uno de los principales factores que explican la disminución del éxito terapéutico observada en los últimos años.

La elevada proporción de pérdidas de seguimiento probablemente se relaciona con la creciente concentración de casos de tuberculosis en poblaciones socialmente vulnerables, destacando la pobreza como fenómeno multidimensional, situaciones de violencia familiar, consumo problemático de sustancias, situación de calle e inaccesibilidad a servicios de salud como grupos en los que las barreras sociales y sanitarias dificultan la adherencia a tratamientos prolongados.

La mortalidad entre los pacientes en tratamiento muestra una relativa estabilidad a lo largo del período analizado. Entre 2016 y 2021 se registraron valores entre 13% y 15%, con un leve descenso posterior a 12% en 2022 y 11% en 2023, seguido de un aumento a 13,5% en 2024.

### 8.1 Resultados del tratamiento según grupos poblacionales en la cohorte 2024

La última cohorte disponible para realizar la evaluación de tratamiento es la del año 2024 donde se notificaron 1454 casos de TB. El análisis de los resultados del tratamiento de esta cohorte evidencia importantes diferencias entre distintos grupos poblacionales, lo que refleja desigualdades en el acceso, la continuidad del tratamiento y la evolución clínica de la enfermedad.

**Tabla 5. Evaluación de resultados de tratamiento según poblaciones. Uruguay, 2024**

Cohorte 2024	Población general	VIH+	PPL	Personas sin hogar	Menores de 15
Éxito	68%	50%	75%	41%	95%
Pérdida de seguimiento	18%	24%	20%	35%	5%
Fallecido	13,5%	27%	4%	24%	0%
Sin evaluación	0,1%	0%	1%	0%	0%
Emigrado	0,3%	0%	1%	0%	0%

---

### 8.1.1 Coinfección tuberculosis/VIH

Entre las personas con coinfección TB/VIH los resultados del tratamiento fueron considerablemente más desfavorables. El éxito terapéutico fue de 50%, significativamente menor que en la cohorte general (68%). El 24% de los pacientes presentaron pérdida de seguimiento, diferencia estadísticamente significativa respecto al total de casos ( $p=0,002$ ).

La mortalidad durante el tratamiento alcanzó 27%, valor significativamente superior al observado en la población general ( $p$  extremadamente significativo - 0,0000001). Este hallazgo confirma el fuerte impacto de la coinfección en el pronóstico de los pacientes con tuberculosis, particularmente cuando existen dificultades en el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral o cuando el diagnóstico ocurre en etapas avanzadas de inmunosupresión.

### 8.1.2 Personas privadas de libertad

En las personas privadas de libertad, los resultados del tratamiento fueron relativamente más favorables. El éxito terapéutico alcanzó 75%, valor superior al observado en la cohorte general. La pérdida de seguimiento fue de 20%, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a la población general y corresponde a las personas con TB liberadas durante el tratamiento.

### 8.1.3 Personas en situación de calle

Las personas en situación de calle presentaron los resultados más desfavorables entre los grupos analizados. El éxito terapéutico fue de 41%, significativamente inferior al observado en la población general ( $p$  extremadamente significativo).

La pérdida de seguimiento alcanzó 35%, casi el doble de la observada en el total de casos ( $p$  0,0001). A su vez, la mortalidad fue de 24%, también significativamente superior.

### 8.1.4 Tuberculosis pediátrica

En contraste con los grupos anteriores, los menores de 15 años presentaron los resultados más favorables. El éxito terapéutico alcanzó 95%, con solo 5% de pérdida de seguimiento y ausencia de fallecimientos.

### 8.1.5 Resultados según antecedente de tratamiento

Entre los casos nuevos, el éxito terapéutico fue de 72%, con 14% de pérdida de seguimiento y 13% de mortalidad. En cambio, entre los casos previamente

---

tratados, el éxito terapéutico fue considerablemente menor (49%), 36% de los pacientes presentaron pérdida de seguimiento, diferencia altamente significativa respecto a los casos nuevos ( $p < 0,000001$ ).

La mortalidad también fue ligeramente superior en los pacientes previamente tratados (14%), diferencia que también resultó estadísticamente significativa.

En resumen, la evaluación de los resultados del tratamiento de la cohorte 2024 muestran que las principales dificultades en Uruguay se concentran en grupos socialmente vulnerables, particularmente las personas en situación de calle y las personas con coinfección TB/VIH, siendo poblaciones con mayor exclusión social que presentan mayores tasas de abandono y mortalidad.

Mientras que algunos contextos institucionales, como el sistema penitenciario, permiten mantener niveles relativamente adecuados de seguimiento terapéutico. Se destaca el alto porcentaje de éxito del tratamiento en la población privada de libertad, donde, pese a las dificultades estructurales y a la sobrepoblación del sistema penitenciario, se consigue mantener la continuidad asistencial y la adecuada finalización de los tratamientos.

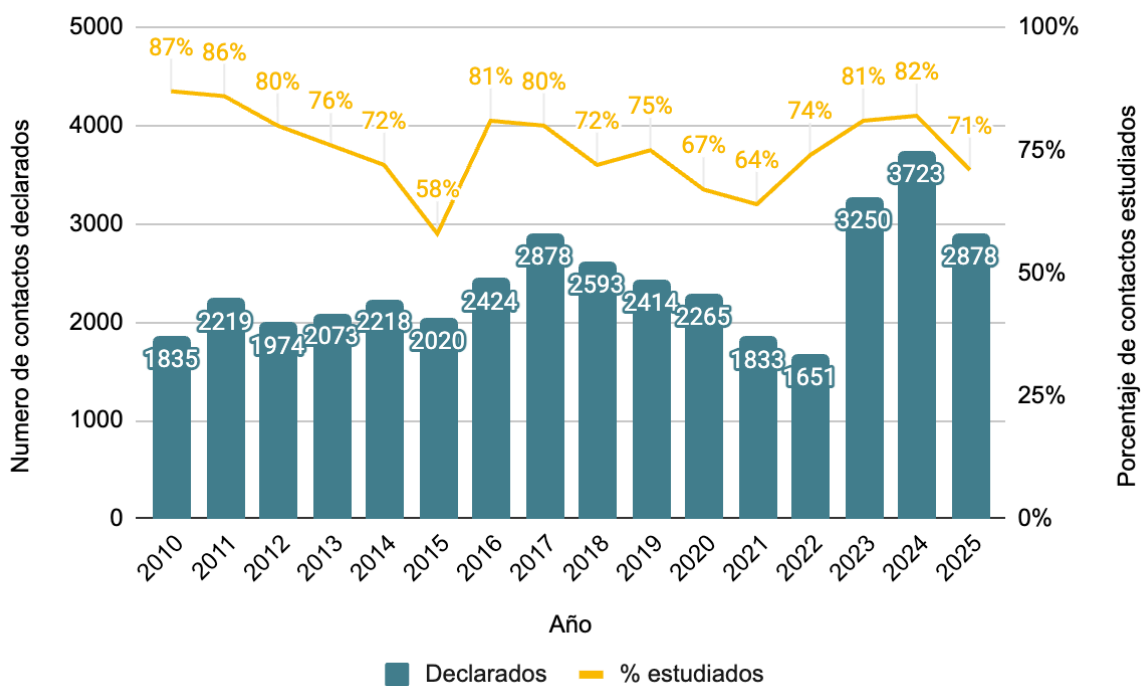
Desde una perspectiva epidemiológica, estos hallazgos sugieren que la mejora de los resultados del tratamiento requerirá estrategias diferenciadas dirigidas específicamente a los grupos de mayor vulnerabilidad, incluyendo intervenciones de apoyo social, integración con programas de reducción de daños y fortalecimiento de la coordinación entre los servicios de salud y los dispositivos sociales.

El abordaje de estas brechas es fundamental no solo para mejorar los resultados individuales de los pacientes, sino también para reducir la transmisión de la tuberculosis y fortalecer el control de la enfermedad a nivel poblacional.

## 9. Prevención de la tuberculosis

El análisis de la tendencia en la declaración y estudio de contactos de tuberculosis en Uruguay entre 2010 y 2025 muestra una evolución heterogénea, con períodos de porcentajes de contactos estudiados superiores al 85%, hasta el mayor descenso en el año 2020 (58% de contactos estudiados). A partir del año 2022 hay un aumento importante en la declaración de contactos y en el porcentaje de estudio que no se mantuvo en el 2025. Gráfico 21

**Gráfico 21. Tendencia en la declaración y estudio de contactos de tuberculosis. Uruguay, 2010-2025**



La relación de contactos por caso índice se ha mantenido en general entre 2 y 3 contactos, aunque con una caída marcada en los años recientes, particularmente en 2021 y 2022, y nuevamente en 2025.

**Tabla 6. Control de contactos de tuberculosis en Uruguay 2010-2025**

Año	Total de casos TB	Contactos declarados	Relación contactos/caso índice	Contactos que estaban enfermos	Porcentaje de enfermos
2010	698	1835	2,63	40	2,51
2011	818	2219	2,71	61	3,20
2012	825	1974	2,39	59	3,72
2013	876	2073	2,37	55	3,49
2014	860	2218	2,58	66	4,15
2015	909	2020	2,22	51	4,32
2016	878	2424	2,76	63	3,20
2017	921	2878	3,12	61	2,64
2018	1002	2593	2,59	71	3,78
2019	1057	2414	2,28	61	3,37
2020	968	2265	2,34	56	3,69
2021	951	1833	1,91	41	3,52
2022	1126	1651	1,47	68	5,59
2023	1350	3250	2,4	176	7
2024	1451	3723	2,6	253	8,3
2025	1450	2878	2	228	11,1

El indicador más relevante desde el punto de vista epidemiológico es la proporción de contactos que resultan enfermos, la cual ha mostrado un incremento sostenido en los últimos años. Mientras que entre 2009 y 2019 se mantenía en valores cercanos al 2,5%–4%, a partir de 2022 se observa un aumento significativo, alcanzando 5,6% en 2022, 7% en 2023, 8,3% en 2024 y 11,1% en 2025. Este incremento implica que más de uno de cada diez contactos estudiados en 2025 fue diagnosticado con tuberculosis. La tasa de incidencia de tuberculosis entre los contactos fue de 7817/100.000, por lo que continúa siendo el principal grupo de riesgo para enfermar.

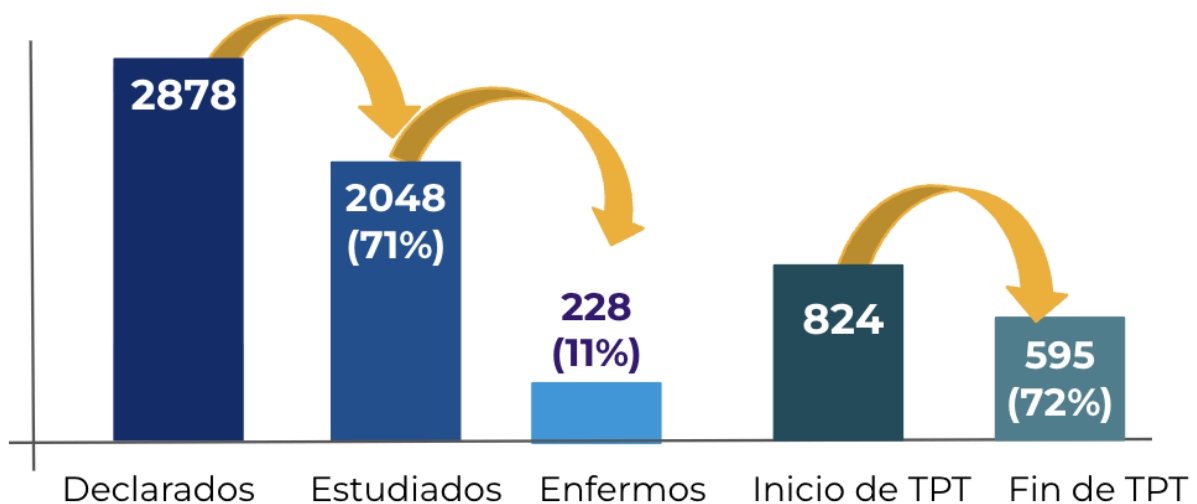
Estos hallazgos evidencian una situación compleja. Por un lado, persisten brechas en la captación y estudio de contactos, reflejadas en la disminución del número

de contactos identificados por caso y en la proporción de contactos estudiados. Por otro lado, el aumento sostenido en la proporción de contactos enfermos constituye un indicador claro de transmisión reciente en la comunidad y sugiere posibles retrasos en el diagnóstico de los casos índice. Esto debe interpretarse como una señal de alerta epidemiológica que refleja una mayor circulación del bacilo. Todo esto refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de búsqueda activa, mejorar la cobertura y oportunidad del estudio de contactos y optimizar la detección precoz de los casos para interrumpir la cadena de transmisión.

## Tratamiento preventivo de la tuberculosis

En el año 2025, 824 contactos tenían indicación de tratamiento de la infección tuberculosa de acuerdo con la normativa nacional. De estos, el 72% lo finalizaron. Este es el porcentaje más alto desde que se tiene registro ( 64% en 2023, 61% en 2024).

### Cascada de atención del control de contactos 2025



---

## 10. Reflexiones finales, desafíos y propuestas de acción

A partir del análisis epidemiológico de los datos disponibles es posible proponer un modelo conceptual de transmisión de tuberculosis en el país.

Este tipo de modelos se utilizan en epidemiología para comprender cómo interactúan los distintos determinantes de la enfermedad y así proponer intervenciones de salud pública efectivas.

### Núcleo central de transmisión

En Uruguay, el núcleo de transmisión parece estar conformado por tres entornos principales:

1. Sistema penitenciario
2. Población en situación de calle
3. Territorios urbanos de alta vulnerabilidad social

Estos contextos están atravesados por la condición de pobreza y condiciones de vida derivadas o resultantes de la misma y comparten varias características como son el hacinamiento, la ventilación deficiente, la alta prevalencia de consumo de sustancias, el acceso irregular a servicios de salud y la movilidad social entre instituciones y comunidad.

### Conexión entre reservorios epidemiológicos

Los distintos grupos de riesgo referidos anteriormente no están aislados, sino que forman redes epidemiológicas interconectadas: personas privadas de libertad que egresan del sistema penitenciario; personas en situación de calle que ingresan y egresan de refugios e individuos con consumo problemático que circulan entre distintos contextos sociales.

Este fenómeno genera lo que se denomina “puentes de transmisión”, que permiten que la tuberculosis circule entre poblaciones vulnerables y la comunidad general.

---

## La TB en Uruguay como una enfermedad socialmente determinada

La evidencia del incremento sostenido de la incidencia en las últimas dos décadas, la transmisión activa en adultos jóvenes, la presencia significativa de tuberculosis pediátrica, la fuerte concentración en poblaciones vulnerables y la persistencia de determinantes sociales estructurales, muestran que la TB en Uruguay se comporta cada vez más como una enfermedad socialmente determinada, concentrada en grupos con mayores niveles de exclusión social y vulnerabilidad.

### Propuestas de acciones:

#### **1. Desarrollo de acciones enfocadas en los determinantes sociales de la enfermedad.**

Se requiere un trabajo interinstitucional: CHLA-EP, ASSE-RAP, MIDES, Intendencias, Direcciones Departamentales de Salud, CAIF, escuelas, organizaciones civiles, etc para desarrollar acciones centradas en el paciente, su familia y su contexto. Las mismas implican una mayor coordinación entre el Programa de TB a nivel territorial con otras instituciones que asisten socialmente a las personas enfermas. La asistencia integral socio-sanitaria y coordinada es fundamental para abordar los determinantes sociales de la enfermedad en forma eficiente y sostenida.

#### **2. Posicionar la atención de la TB en el conjunto de respuestas asistenciales destinadas a las poblaciones vulnerables.**

Es necesario que las estrategias de atención en salud que tienen como objetivo las principales problemáticas de los grupos con vulnerabilidad social a nivel comunitario y de instituciones de convivencia colectiva y cárceles incluyan en forma explícita la atención a la TB como un componente a atender.

Recordar que la TB es una enfermedad infecciosa de atención limitada en el tiempo, que presenta: por un lado, intervenciones terapéuticas conocidas, efectivas, respaldada por un programa nacional y por lo tanto con posibilidad de lograr la curación de la persona afectada y cortar la cadena de transmisibilidad y por otro lado, favorece la identificación y abordaje de otras problemáticas de salud a partir del modelo de atención longitudinal en el que se basa la atención de la TB.

---

### **3. Mitigar la transmisibilidad de la infección a partir de estrategias de búsqueda activa, tamizaje en grupos con alto riesgo e intensificación del control de contactos**

La estrategia de tamizaje implementada en el centro de ingreso al sistema penitenciario ha mostrado resultados favorables por lo que debe extenderse a otros establecimientos carcelarios, siguiendo las pautas contenidas en el nuevo protocolo “*Atención de la tuberculosis en Personas Privadas de Libertad, MSP-CHLA EP, 2025*” que aborda específicamente este aspecto además de los relacionados al diagnóstico, tratamiento y medidas de control de la transmisión.

El tamizaje en los centros de convivencia del MIDES implica profundizar las acciones con los equipos de la RAP que desarrollan sus tareas en dichos centros. Para ello, resulta imprescindible el involucramiento del MIDES para adecuar la respuesta a los diferentes dispositivos que atienden a las personas en situación de calle..

El control de contactos, que comprende la identificación, el estudio y tratamiento preventivo, requiere fortalecer la coordinación con los equipos de salud de las policlínicas de la RAP-ASSE, con prioridad en los municipios con mayor carga de TB.

### **4. Sensibilizar y capacitar en TB a los trabajadores que se desempeñan en contextos de atención de personas con vulnerabilidad social.**

El cambio epidemiológico de la TB con concentración de casos en contextos de alta vulnerabilidad social requiere mejorar las prácticas sanitarias en relación al diagnóstico oportuno, el abordaje conjunto de la coinfección TB/VIH y la adherencia al tratamiento. A su vez, es importante colocar el estigma asociado a la enfermedad como un problema a abordar en la medida que puede constituir una barrera más para el acceso a la atención y la continuidad del tratamiento.

Es necesaria la sensibilización y capacitación de los equipos que trabajan con estas poblaciones, con el propósito de fortalecer sus conocimientos y promover actitudes y prácticas asistenciales que favorezcan una mejor atención de las personas afectadas.

---

Ante todo lo expuesto, podemos decir que el país enfrenta un escenario epidemiológico complejo, caracterizado por un aumento sostenido de la incidencia, discreto descenso de la mortalidad, persistencia de la transmisión activa y una marcada desigualdad en la distribución de la enfermedad con concentración de casos en poblaciones vulnerables.

Este escenario exige priorizar la tuberculosis como problema de salud pública, fortaleciendo estrategias focalizadas, mejorando la captación y seguimiento de contactos, asegurando la adherencia terapéutica y profundizando el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la enfermedad.

El control efectivo de la tuberculosis en Uruguay requiere avanzar hacia un modelo de intervención integral, focalizado y territorializado, que combine acciones de salud pública con estrategias sociales, priorizando los grupos de mayor riesgo y fortaleciendo la articulación interinstitucional.

Solo mediante este enfoque será posible reducir la transmisión, mejorar los resultados en salud y avanzar hacia el control sostenible de la enfermedad.