

ОСНОВНЫЕ ЗАТРОНУТЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ. КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО.



МИГРАНТЫ



Краткий обзор

Н

есмотря на многочисленные международные договоры и обязательства по защите прав мигрантов в области здравоохранения, эта ключевая затронутая группа населения по-прежнему испытывает серьезные затруднения в доступе к лечению от туберкулеза. Миграция вызвана рядом сложных экономических, социальных, политических и экологических факторов и является определяющим элементом плохого здоровья, а результаты лечения мигрантов находятся под воздействием различных измерений миграционного процесса. Мигранты часто прибывают в место своего назначения с низким социально-экономическим статусом, что делает их особенно уязвимыми к таким заболеваниям, как туберкулез. При обращении за медицинской помощью мигранты вынужденно сталкиваются с политикой и практикой дискриминации, ограничением доступа к услугам, негативным отношением сотрудников системы здравоохранения, языковыми барьерами и стигмой. Туберкулез не останавливается на национальных границах, следовательно, политика борьбы с заболеванием в этой затронутой группе населения не должна быть ограничена местными политическими интересами. Существует необходимость более интенсивного сотрудничества на международном уровне для улучшения эпидемиологического надзора по туберкулезу, направления в медицинские учреждения и лечения в рамках национальных систем здравоохранения.

Глобальный план по ликвидации туберкулеза и основные затронутые группы населения

В Глобальном плане по ликвидации туберкулеза сформулирован ряд ключевых целевых ориентиров, которые необходимо достигнуть к 2020 г. или не позже 2025 г. Этот план ориентирован на уязвимых людей, людей, получающих недостаточное медицинское обслуживание либо находящихся в зоне риска, такой как «основные затронутые туберкулезом группы населения», и предлагает модели инвестиционных пакетов, которые позволят странам достигнуть целевых ориентиров «90–(90)–90»¹. План также предлагает, чтобы все страны:

Охватить как минимум

90%

ЛЮДЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ,
и обеспечить их надлежащим лечением и лекарственными средствами первого и второго ряда, а также, по мере надобности, профилактическим лечением.

В рамках этого подхода, охватить как минимум

(90)%

ОСНОВНЫХ ЗАТРОНУТЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ,
наиболее незащищенных, не получающих услуги здравоохранения в полном объеме и входящих в группы риска.

Добиться как минимум

90%

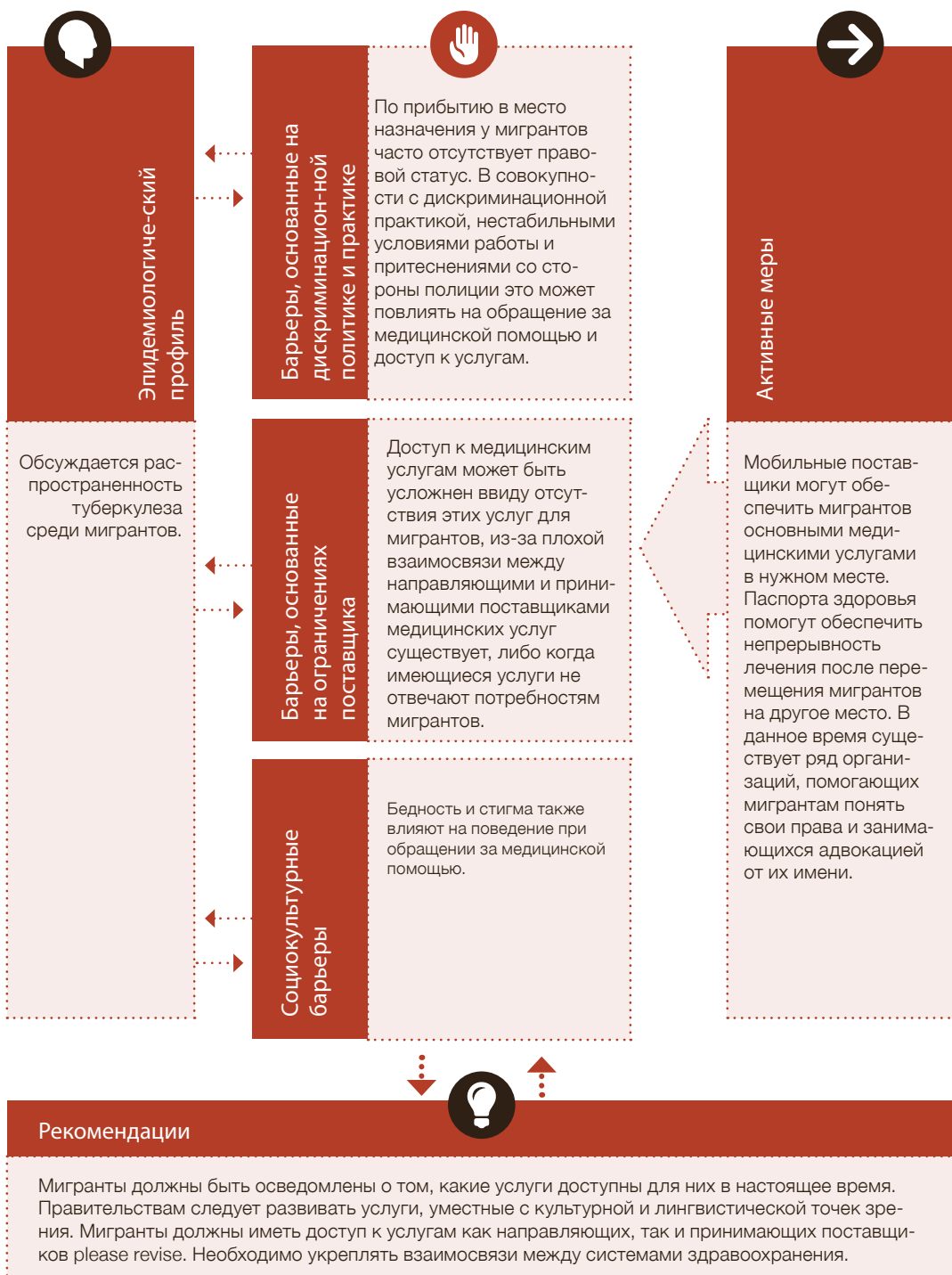
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
всех людей с диагностированным ТБ посредством доступных медицинских услуг, соблюдению полноценного и правильного лечения и социальной поддержки.

- идентифицировали свои ключевые затронутые группы населения на национальном и субнациональном уровнях согласно оценке потенциальных рисков, численности населения и конкретных барьеров, включая барьеры по правам человека и гендерные барьеры, для обеспечения доступа к лечению туберкулеза;
- поставили операционную цель по охвату по крайней мере 90 % людей в ключевых затронутых группах посредством улучшенного доступа к услугам, при необходимости основанного на правах человека, систематического скрининга и новых методах выявления заболеваний, обеспечив таким образом всех нуждающихся людей эффективным и доступным лечением;
- подавали отчетность о прогрессе в борьбе с туберкулезом, используя данные с разбивкой по основным затронутым группам населения;
- обеспечивали активную вовлеченность ключевых затронутых групп населения в разработку и оказания услуг, а также обеспечение медицинской помощи по туберкулезу в безопасной и уважительной среде.

Данные рекомендации были использованы при составлении этого руководства для определения рисков и препятствий в доступе, обсуждения стратегий улучшенного доступа и выявления возможностей вовлеченности мигрантов на всех стадиях развития программ и оказания услуг.

¹ План «90–(90)–90» призывает НТП стремиться охватить 90 % от общего числа больных туберкулезом и начать их лечение с помощью соответствующей терапии. В рамках данного подхода страны должны охватить 90 % ключевых групп населения. Финальная часть стратегии заключается в том, чтобы достичь по меньшей мере 90 % успешного лечения для всех людей с диагнозом туберкулеза.

Что содержит данное руководство?



Эпидемиологический профиль



5

Население мира становится все более мобильным и на сегодняшний день в мире насчитывается 1 миллиард мигрантов. Примерно три четверти из них это внутренние мигранты, которые перемещаются в рамках национальных границ, в основном из сельских регионов в города (1, 2). Мигранты могут перемещаться добровольно в поисках лучших социальных и экономических возможностей либо же вынужденно по причине таких факторов, как война или голод в местах их происхождения (3). Социальное и экономическое неравенство, дискриминационные иммиграционная и трудовая политики являются причинами усиления уязвимости небогатых мигрантов к туберкулезу и подпитывают эпидемию в этой ключевой затронутой группе населения (4, 5). Сам процесс миграции часто оказывает чрезмерный стресс на мигрантов, а проблемы, с которыми они сталкиваются во время транзита и по прибытию в место назначения (такие как потеря поддержки социальных структур, дискриминация и языковые барьеры) зачастую усугубляются наличием туберкулеза, стигмой в отношении положительного диагноза на туберкулез и возможным изменением образа

жизни, что обусловлено необходимостью лечения от туберкулеза (6).

Мигранты — это неоднородная группа людей, включающая в себя лица с различными социальными, юридическими, экономическими статусами и мотивациями к перемещению, что усложняет формирование достоверной картины о бремени туберкулеза среди этой затронутой группы населения (7, 8). Данные эпидемиологического надзора также различаются по качеству и достоверности, во многих странах мигранты без документов зачастую вообще не включаются в официальную отчетность по туберкулезу (9). Большинство исследований по эпидемиологии туберкулеза сфокусированы на перемещении людей из стран с низким уровнем доходов в страны с высоким уровнем доходов, а миграции между странами с низкими доходами и внутри таких стран уделяется недостаточно внимания (10). Исследование, проведенное в Сан-Паулу, Бразилия, показало, что случаи заболевания среди боливийских мигрантов увеличились с 10 % в 1998 г. до почти 55 % в 2008 г., и это доказывает, что миграция из районов с высокой заболеваемостью туберкулезом может оказывать серьезное воздействие в странах, где заболеваемость туберкулезом и так высока (9).

Миграция — это комплексный процесс, который имеет много форм. Некоторые группы мигрантов, например кочевые скотоводы, более мобильны, чем внутренние мигранты, которые обычно переезжают из сельских регионов в городские в поисках возможностей трудоустройства и остаются в местных общинах на длительный период времени. Многие из барьеров, с которыми сталкиваются мигранты в доступе к услугам здравоохранения, являются общими для всего населения. Однако, некоторые барьеры ощущаются более остро для одной группы, чем для другой. Это руководство использует имеющиеся исследования для формирования широкой картины воздействия миграционных процессов на доступ к лечению туберкулеза и определяет проблемы, с которыми сталкиваются конкретные группы, если информация об этих проблемах и группах имеется в наличии.





Барьеры, основанные на дискриминационной политике и практике

Правовой статус мигранта в месте прибытия

Правовой статус мигрантов в местах их прибытия оказывает существенное воздействие на характер их поведения при обращении за медицинской помощью. Многочисленные исследования, проведенные среди не имеющих документов мигрантов латиноамериканцев в США, демонстрируют, что страх обнаружения их правительственными должностными лицами снижает вероятность их обращения за медицинской помощью в случаях целого ряда заболеваний, включая туберкулез (11–13). Во многих странах доступ к медицинским услугам обычно связан со статусом проживания. Например, предоставление медицинских услуг в Индии традиционно зависит от возможности предоставить доказательство гражданства, обычно свидетельства

о рождении (14). Однако, сезонные мигранты из сельскохозяйственных штатов, где уровень регистрации рождаемости низок, вообще могут не иметь свидетельств о рождении, что затрудняет для них доступ к медицинским услугам в местах их прибытия (14). Несмотря на то, что лечение от туберкулеза в Индии доступно бесплатно в правительственных учреждениях здравоохранения, отсутствие надлежащих документов, сопровождаемое вероятным отсутствием осведомленности о доступных услугах, может служить барьером в обращении за медицинской помощью (14). Правила регистрации, такие как *hukou* в Китае или прописка в России, которые связывают доступ людей к медицинским услугам с доказательством их проживания в конкретном регионе, также могут оказывать серьезное воздействие на обращения за медицинской помощью мигрантов и результаты лечения (15, 16).

Основные характеристики страны: Китай

Введенная в 1950-х годах в Китае система регистрации домохозяйств *Hukou* связывает доступ людей к правительственным услугам с их резидентным статусом. По мере того, как население Китая становится все более мобильным, использование этой системы означает, что миллионы внутренних мигрантов из сел в города не имеют права на государственную медицинскую страховку и программы социальной помощи в местах их прибытия. Вместо этого они вынуждены оплачивать медицинские услуги из своего кармана. Несмотря на то, что больные туберкулезом получают от государства бесплатную помощь, прямые и косвенные расходы по диагностированию туберкулеза оплачиваются лично. Такие расходы могут либо привести к решению мигранта отложить обращение за помощью, либо заставить его вернуться в свой сельский регион, где он сможет получить доступ к государственному медицинскому обслуживанию (с такими же высокими сопутствующими расходами) и программам социальной помощи. Возвращающиеся мигранты также могут принести туберкулез из города в бедные сельскохозяйственные регионы. Несмотря на то, что предпринимаются попытки реформировать *Hukou*, критики предупреждают, что миллионы мигрантов будут «потеряны для дальнейшего наблюдения».

Дискриминационная политика

Многие правительства, особенно в странах с низким бременем и высоким уровнем доходов, продолжают такую практику, как содержание под арестом, депортации, ограничения на передвижение и занятость для мигрантов с поддающимися лечению заболеваниями, такими как туберкулез (17). Такая политика подрывает доверие между поставщиками медицинских услуг и людьми с туберкулезом или с еще не диагностированным туберкулезом и может быть причиной того, что мигрант может отложить или вовсе отказаться от обращения за медицинской помощью (7). Страх депортации мигрантов с неподтвержденным диагнозом туберкулеза и их семей может привести к тому, что обращающийся за помощью либо воздержится от указания своего адреса, либо предоставит неправдивый адрес, что сделает процесс выявления контактов (ключевой компонент контроля туберкулеза) фактически нереализуемым (18–20). Депортация также увеличивает риск прерывания лечения, что, в свою очередь, усиливает вероятность развития туберкулеза с лекарственной устойчивостью (7). В таблице ниже приведены некоторые дополнительные риски, ассоциируемые с депортацией и туберкулезом.

Депортация и туберкулез:

РИСКИ (ХЕЛДАЛ, КУЙВЕНХОВЕН И ДР., 2008 Г., ВОЗ 2014 Г.)

- Сложно обеспечить непрерывность лечения в стране, куда депортировали человека с туберкулезом. Вряд ли органы здравоохранения принимающей страны признают что их противотуберкулезная программа не полностью отвечает стандартам, и даже в странах с хорошо функционирующими программами такое лицо может столкнуться с барьерами.
- Лекарственные средства против туберкулеза, которыми обеспечат депортируемого человека, могут приниматься без надлежащего контроля, а это значит, что нет никакой гарантии успешного завершения лечения.
- Законы о неразглашении информации могут помешать передаче медицинских данных о человеке, проходящем лечение от туберкулеза, между различными системами здравоохранения.
- Перелет самолетом может быть отложен из-за международных правил.
- В ожидании депортации мигранты могут содержаться в антисанитарных условиях плохо проветриваемых, переполненных центров задержания, где легко распространяются болезни, подобные туберкулезу. В таких центрах задержания лечение туберкулеза может быть недоступно.
- Позднее депортируемые лица могут нелегально вернуться в ту же страну. Незавершенное лечение будет означать, что они вернутся с туберкулезом или даже с туберкулезом в более устойчивых формах.

Неформальная трудовая занятость

В странах с низким уровнем доходов основной причиной внутренней миграции являются экономические факторы (10). По месту прибытия мигранты, будь то международные или внутренние, зачастую находят работу в неофициальном городском секторе (21). Эта низкоквалифицированная, плохо оплачиваемая работа, как правило, характеризуется отсутствием письменных контрактов и обладающих исковой силой соглашений о таких обязательствах, как медицинское страхование (14). В этом секторе предложения работы часто нерегулярны и ненадежны (14). Поскольку по месту прибытия мигранты очень часто не могут воспользоваться какой-либо формой правовой защиты и могут не иметь никакого правового статуса, они могут стать жертвами «хищных» работодателей (10, 22). Все эти факторы оказывают серьезное воздействие на обращение за медицинской помощью и приверженность лечению среди малообеспеченных мигрантов.

Отложенное обращение за медицинской помощью тесно взаимосвязано с низкими доходами (23). Неустойчивые договоренности мигрантов с работодателями также влияют на обращение за медицинской помощью и приверженность лечению, а положительный диагноз на туберкулез обычно означает автоматическую потерю рабочего места

(24). Даже если больной туберкулезом продолжает работать, то лечению очень часто может помешать непредсказуемый рабочий график (24). Потеря дохода вследствие положительного диагноза на туберкулез усугубляется дополнительными расходами для человека, такими как транспортные затраты на проезд к лечебному учреждению (24). Работающие в неофициальном секторе мигранты, которые смогли получить доступ к лечению от туберкулеза, становятся особенно уязвимы на предмет отказа от лечения, поскольку при первых же признаках улучшения здоровья они могут под давлением вернуться к работе (25).

Притеснения со стороны полиции

Во многих странах с низким уровнем доходов миграция из сельской местности в города привела к перегруженности городов и нехватке жилищного фонда (14). Это часто приводит к конфликтам между местным населением и группами мигрантов, когда первые считают последних бременем для общественных услуг и местной инфраструктуры, а также рассматривают их в качестве конкурентов на местном рынке труда (14). Несмотря на то, что миграция может принести значительные экономические выгоды как для принимающих, так и для отправ-





ляющих общин, она часто рассматривается местными властями и полицией в качестве серьезной проблемы (14). Из-за своего низкого социально-экономического статуса и отсутствия правового статуса в принимающем обществе, мигранты особенно

уязвимы в плане притеснений со стороны полиции (14). Доступ к основным услугам часто зависит от местной полиции, и мигрантам приходится давать взятки коррумпированным чиновникам для получения лечения и жилья (14).

Барьеры, основанные на ограничениях поставщика

Доступность услуг здравоохранения

Доступ к услугам здравоохранения, включая диагностику туберкулеза и лечение, для мигрантов обычно бывает хуже, чем для принимающего их населения (26). В странах с низким уровнем доходов мигранты, которые сменили место проживания по экономическим причинам, обычно живут в городских трущобах и других неофициальных поселениях. Уровень доступности услуг общественного здравоохранения в таких местах традиционно низок (27). Отсутствие осведомленности о бесплатном диагностировании и лечении, предположения о низком качестве услуг в государственных центрах, затраты на поездки, потерянные доходы, языковые проблемы и стигма — все эти факторы формируют барьеры для обращаемости за предоставляемыми государством услугами (28, 29). Мигранты также могут чувствовать себя чужаками в общественной системе здравоохранения принимающей общины, что может оказаться еще одним барьером при обращении за доступными услугами (30). Большинство обитателей трущоб, имеющих симптомы туберкулеза, прежде всего обращаются в неофициальный частный коммерческий сектор (28, 29, 31). Очень часто этот сектор предоставляет недостаточно качественные услуги по диагностике туберкулеза, лечению и уходу, что увеличивает риск инфекций с лекарственной устой-

чивостью, таких как туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) (32).

Зачастую комплекс профилактических мероприятий по туберкулезу не охватывает такую важную группу населения, как кочевые народы. Такие взаимосвязанные факторы, как скотоводство, потребление непастеризованного молока, недоедание и плохо проветриваемые перенаселенные жилища, увеличивают риск передачи туберкулеза среди кочевых скотоводов (33, 34). Обращаемость за медицинской помощью в этой затронутой группе населения крайне низка, а лица с симптомами туберкулеза в первую очередь обращаются к традиционным народным целителям, прежде чем обратиться за помощью в государственные лечебные учреждения (34, 35). Исследование, проведенное среди кочевых скотоводов Эфиопии, обнаружило, что обращения за медицинской помощью лиц с симптомами туберкулеза в этой группе могут быть отложены на срок доходящий до двух лет (35). Основными барьерами к доступу и обращению за медицинскими услугами у этой затронутой группы населения являются ограниченные знания о туберкулезе и расстояния до ближайших учреждений здравоохранения (35, 36).

ОХВАТ КОЧЕВНИКОВ В ШТАТЕ АДАМАВА, НИГЕРИЯ

В программе, ориентированной на кочевых скотоводов в Нигерии, были задействованы мероприятия по увеличению информированности о туберкулезе (например, рекламные ролики по радио) и активному выявлению случаев заболевания, в результате чего был достигнут рост на 112 % числа людей, прошедших диагностику на туберкулез, а количество новых зарегистрированных случаев с положительным результатом мазка мокроты увеличилось почти на 50 % (34).



Непрерывность оказания медицинской помощи

В отношении высокоподвижных групп населения особенно проблематичной является непрерывность лечения, поскольку оно может начаться в одном месте, а продолжиться где угодно. Сезонная миграция, когда мигрант уезжает на короткое время из дома на заработки и затем возвращается, ухудшает приверженность к лечению, что приводит к развитию МЛУ-ТБ и, как следствие, распространению заболевания в сельскохозяйственных регионах, поставляющих рабочую силу (22). Считается, что в Индии миграция несет ответственность за четверть от всех больных «потерянных для дальнейшего наблюдения» (22). Скорее всего, еще более катастрофична ситуация с мигрирующими шахтерами в южной части Африки. В Южной Африке самый высокий в мире уровень заболеваемости туберкулезом среди шахтеров (37). Несмотря на то, что на крупных шахтах шахтеры могут иметь доступ к лечению от туберкулеза, по возвращении домой в свои бедные сельскохозяйственные регионы возможность соблюдать схемы лечения и доступ к диагностическим услугам могут стать для них недоступными (38). Шахтерам также часто по нескольку раз назначают неправильные курсы лечения, которые они полностью не заканчивают, что может стать причиной усиления устойчивости к лекарственным средствам (38). Слабые взаимосвязи и недостаточный обмен информацией между службами здравоохранения из различных регионов также влияют на приверженность (7).

Непрерывность лечения является особенно проблематичной для таких подвижных групп населения, как беженцы и внутренне перемещенные лица (ВПЦ), которые вынужденно сменили места проживания из-за экологических бедствий, политической нестабильности и вооруженных конфликтов (39). Большинство

беженцев и ВПЦ бегут из стран с высоким бременем туберкулеза и оседают в странах с таким же высоким бременем (40). На распространение туберкулеза среди этой затронутой группы населения может влиять ряд таких факторов риска, как недоедание, переполненность лагерей беженцев и других поселений, а также прерывание лечения и отсутствие доступа к медицинским услугам (39, 40). Прерывание лечения от туберкулеза беженцами и ВПЦ может повысить риск устойчивости к лекарственным средствам и развития МЛУ-ТБ (40). Принятые международными донорскими организациями ограничения финансирования могут привести к тому, что принимающие стороны не смогут обеспечить противотуберкулезным лечением пересекающих национальные границы беженцев без ущерба для своих будущих национальных бюджетов, выделенных на борьбу с туберкулезом (39).

Отношение сотрудников здравоохранения

Доказано, что стереотипные представления и предубеждения работников здравоохранения в отношении мигрантов влияют на поведенческие модели во время общения с пациентом и при принятии врачебного решения, особенно, когда речь идет о диагнозе и вариантах лечения (20, 41). Мигранты, имеющие доступ к медицинским услугам, ощущают это негативное отношение, что может повлиять на уровень их удовлетворения от получаемых услуг. Это может привести к неудовлетворительному соблюдению схемы лечения и отложенному обращению за медицинской помощью (41). Положительные взаимоотношения с профессионалами системы здравоохранения являются важным компонентом успешного лечения от туберкулеза (42).

Языковые и культурные барьеры в медицинских учреждениях

Уровень владения местным языком также может оказать воздействие на вероятность обращения мигрантов за медицинской помощью, а также на качество лечения, приверженность лечению и его успех (43, 44). Мигрантам, не владеющим в достаточной мере местным языком, бывает сложно полностью объяснить медикам свои проблемы со здоровьем (44). В свою очередь, вследствие таких языковых барьеров сами медики иногда составляют менее подробные медицинские карты, игнорируя сложные основные заболевания (45, 46).





Исследование, проведенное в Канаде показало, что мигранты, которые не владели английским языком, испытывали дискомфорт при пользовании общественным транспортом, что уменьшало вероятность их обращения за медицинской помощью, если для этого были необходимы поездки на транспорте (44). Отмечается, что мигранты недостаточно владеющие местным языком часто испытывают более низкое удовлетворение от получаемой помощи и меньше понимают состояние своего здоровья (43). Языковые барьеры также влияют на приверженность лечению, поскольку инструкции по дози-

ровке, времени приема лекарственного средства и побочным эффектам могут быть непонятны (43). В странах менее ограниченных в средствах, медики могут позволить себе прибегнуть к услугам переводчиков, но даже эта услуга может оказаться проблематичной из-за сопутствующих заболеванию деликатности и стигмы (19). Культурные убеждения отличаются между различными группами мигрантов, что может влиять на поведенческие модели при обращении за медицинской помощью и на предпочтения по взаимодействию с сотрудниками здравоохранения (47).

Социокультурные барьеры лечения

Бедность

«Гипотеза о здоровом мигранте» утверждает, что мигранты прибывают в место назначения более здоровыми, чем местное население (48). В случаях, когда миграция невынужденная, она действительно самоселективна, поскольку мигранты должны быть достаточно здоровы, чтобы справиться с различными стрессами и физическими нагрузками в поездке (48). Иногда в качестве обязательного условия получения правового статуса по месту прибытия мигранты обязаны пройти обследование на предмет выявления различных инфекционных заболеваний (48). Тем не менее, считается, что здоровье мигрантов ухудшается в частности по прибытии в бедные городские условия (49, 50) Социально-экономические детерминанты туберкулеза не обязательно встречаются только в городах, но бедность и перенаселенность, присущие быстрому росту городов во многих странах мира, действительно оказывают влияние на заболеваемость туберкулезом (51). Состояние здоровья мигрантов в городах вызывает особую озабоченность, поскольку условия их проживания, передвижения и занятости делают их уязвимыми к таким заболеваниям, как туберкулез (1). Как уже упоминалось, ключевыми характеристиками бедности в городах являются низкие и непостоянные доходы, что влияет на поведение при обращении за медицинской помощью и соблюдение схем лечения, особенно если за прямые и косвенные расходы на лечение приходится платить из собственного кар-

мана (52–54). Положительный диагноз на туберкулез имеет далеко идущие последствия, такие как потеря дохода и выселение, что в свою очередь приводит к дальнейшей социально-экономической маргинализации (55, 56).

Стигма

Мигрантов, особенно переехавших из стран с низким уровнем доходов в страны с высоким уровнем доходов, часто изображают как «источник заразы для других людей», распространяющий инфекцию среди местного населения и являющийся тяжким бременем для местных систем здравоохранения (57). Это политически удобное, но несколько некорректное, представление. Туберкулез непропорционально поражает такие уязвимые группы населения, как иммигранты из стран с высокой заболеваемостью туберкулезом, а уровень заболеваемости среди населения, родившегося за границей, значительно выше, чем среди местного населения (6, 51, 58, 59). В странах с низким бременем туберкулеза передача заболевания из сообщества иммигрантов местному населению достаточно редка (6, 57). Стигматизация, ксенофобия и расизм в отношении многих мигрантов могут привести к их маргинализации и снизить вероятность обращения мигрантов за доступной медицинской помощью (18).

Активные меры



В 2013 г. Всемирная ассамблея здравоохранения определила четыре ключевые приоритетные задачи, призывая страны-члены мобилизовать свои усилия для их решения (8, 17): качественный мониторинг состояния здоровья мигрантов путем улучшения сбора данных эпидемиологического надзора; разработка политической и правовой базы, включающей немедицинские сектора; разработка систем здравоохранения с учетом нужд и потребностей мигрантов; и развитие трансграничных инфраструктурных сетей и партнерств. Достижение этих целевых ориентиров является критически важным для улучшения состояния здоровья мигрантов во всем мире, однако имеется также целый ряд заслуживающих внимания инициатив на местном уровне.

Мобильные медико-санитарные услуги

Мобильные клиники могут служить эффективным средством оказания противотуберкулезной медицинской помощи для мобильных групп населения, которые часто лишены доступа к услугам здравоохранения. Мобильные клиники можно использовать для охвата таких труднодоступных групп населения, как беженцы, кочевники-скотоводы и обитатели городских трущоб (60). Мобильные пункты для диагностики туберкулеза могли бы сократить время между скринингом и постановкой диагноза, что будет означать скорейшее начало лечения для уязвимых групп населения. Мобильные клиники вакцинации и операторы, предоставляющие пре- и постнатальные услуги также представляют собой прекрасные возможности для охвата женщин и детей, являющихся уязвимой группой, проживающей в уже уязвимой группе населения (61).

Паспорта здоровья

Высокомобильные группы населения, такие как кочевники и сезонные рабочие, в случаях если они не могут получить доступ к медицинским услугам в местах происхождения или прибытия, очень часто становятся потерянными для наблюдения пациентами. Плохая взаимосвязь и недостаточный обмен информацией между различными медицинскими

учреждениями даже в рамках одной страны могут влиять на соблюдение схемы лечения. Для лучшего обмена информацией можно использовать мобильную медицинскую услугу mHealth (62). Однако, такие технологии могут быть попросту недоступны в ограниченных ресурсами медицинских учреждениях, в которые электричество подается с перебоями, а покупка альтернативного источника электропитания может быть очень дорогой (62). Например, некоторые медицинские учреждения, где люди с туберкулезом, как-то кочевники скотоводы, получают медицинскую помощь, не имеют ни доступа к Интернету, ни покрытия мобильной связью (62). Физические паспорта здоровья позволяют мигранту иметь информацию о лечении при себе, и это помогает принимающим клиницистам продолжить надлежащую схему лечения. Паспорта здоровья для собирающихся переезжать людей с туберкулезом также могут быть выписаны как часть консультативной программы, информирующей о том, где больные могут получить помощь по месту прибытия и как могут измениться схемы их лечения. Программа выписки паспортов здоровья была успешно применена для мигрантов с ВИЧ/СПИД, проходящих антиретровирусную терапию (АРТ), и может быть адаптирована для людей с туберкулезом (63).

Программы социального обеспечения и социальной защиты для мигрантов

Часто мигранты прибывают в место назначения социально незащищенными. Aajeevika, неправительственная организация (НПО) в Индии, управляет внебольничными медицинскими центрами, предоставляющими базовую поддержку мигрантам как в отправляющих, так и принимающих общинах. Например, мигранты получают помощь по оформлению нужных документов, необходимых для получения доступа к медицинским услугам по месту прибытия.





Объединение мигрантов в профсоюзы

PRAYAS, НПО в сфере трудовых отношений в Индии, сотрудничает с различными группами рабочих мигрантов (такими как строители и каменщики) и помогает им создавать профсоюзы и добиваться от работодателей повышения заработной платы. Объединение мигрантов в профсоюзы может способствовать их более активным действиям, направленным на расширение доступа к медицинским услугам, получение выходных дней для лечения и других льгот. Объединение по Правам Рабочих Мигрантов (MWRN) — правозащитная группа, работающая с мигрантами из Мьянмы в Таиланде. Эта группа выступает за расширение доступа мигрантов к правосудию, повышение информированности о правах мигрантов, а также оказывает мигрантам поддержку в трудовых спорах и пропагандирует изменения политики на национальном уровне.

Обусловленные денежные переводы и финансовые стимулы для обращаемости за лечением

Туберкулез это болезнь бедных, а положительный диагноз только усугубляет последствия нищеты. Обусловленные денежные переводы могут облегчить

экономическое потрясение, вызванное положительным диагнозом, улучшив таким образом обращаемость за лечением и соблюдение схемы лечения (64–67). Исследование, проведенное в Китае, отмечает положительное влияние финансовых стимулов на соблюдение схемы лечения туберкулеза среди мигрантов из сел в города (67).

Образование и адвокация против политики репрессий

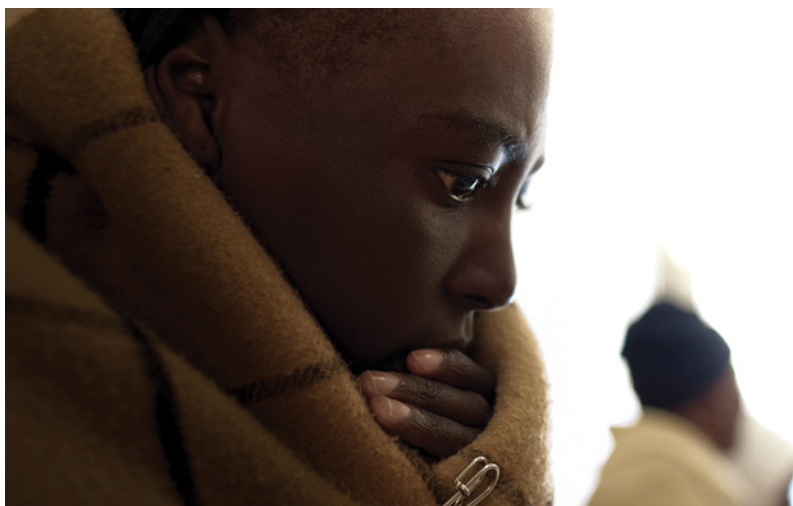
Гражданское общество и организации по защите прав мигрантов могут заниматься пропагандистской и информационной работой, направленной на расширение доступа мигрантов к необходимым медицинским услугам, проводить среди мигрантов обучающие кампании по туберкулезу, а также организовывать кампании по отмене пагубных практик, как-то задержание перед депортацией без доступа к лечению. Необходимо обучение принимающих сообществ относительно выгод, которые могут принести мигранты местной экономике.



Рекомендации

Эти рекомендации представляют собой краткий обзор действий для целого ряда ключевых заинтересованных сторон, однако все другие, включая структуры ООН, локальные и глобальные коллективы работников здравоохранения должны проанализировать и использовать свой потенциал для улучшения профилактики и лечения туберкулеза у мигрирующего населения.

Гражданское общество	Мигранты, живущие с туберкулезом	Национальные/ региональные правительства	Сообщество доноров
Помогать повышать осведомленность о доступных для мигрантов услугах; контролировать правительства и различные государственные органы, внедряющих эту систему (иммиграция, трудовые отношения) на предмет сохранения конфиденциальности совместно используемых данных и недопущения использования таких данных для дискриминации мигрантов;	Документировать примеры дискриминационной практики и добиваться справедливости при помощи правозащитных групп гражданского общества;	Создать единые системы информирования для мигрантов для улучшения отслеживания контактов и непрерывности медицинского обслуживания;	Содействовать диалогу между национальными и региональными правительствами; внедрять стандарты и руководящие принципы для единой системы;
Помогать при разработке необходимых услуг посредством проведения консультаций с группами мигрантов; помогать повышать осведомленность о доступных мигрантам услугах;	Предоставлять информацию о потребностях в услугах и помогать определить нуждающиеся в улучшении системы оказания медицинской помощи мигрантам с туберкулезом;	Обеспечить предоставление медицинских услуг, приемлемых в культурном и языковом отношении;	Оказывать давление на национальные правительства с целью обеспечения услуг, приемлемых в культурном и языковом отношении;
Помогать национальным правительствам идентифицировать группы мигрантов и взаимодействовать с организациями в других странах по улучшению трансграничного сотрудничества по мигрантам;	Проводить картографию услуг и помогать в сборе и распространении информации о доступных услугах;	Улучшать данные эпидемиологического надзора за туберкулезом среди мигрантов; обеспечивать предоставление этих данных другим национальным правительствам;	Содействовать координации между национальными правительствами; выделить финансирование, чтобы обеспечить сбор данных на всех уровнях национальных систем здравоохранения;



Гражданское общество	Мигранты, живущие с туберкулезом	Национальные/ региональные правительства	Сообщество доноров
<p>Оказывать давление на правительства для отмены политики дискриминации посредством целенаправленной адвокации и документирования случаев дискриминации мигрантов и негативного воздействия такой политики на состояние здоровья мигрантов и последствия для общественной системы здравоохранения;</p>	<p>Документировать примеры дискриминационной практики и добиваться справедливости при помощи правозащитных групп гражданского общества;</p>	<p>Ликвидировать дискриминационную практику и барьеры, препятствующие обращению мигрантов за медицинскими услугами, как-то требования проходить лечение только в родном регионе или стране; пересмотреть правила депортации и задержания при обнаружении нелегального статуса и/или туберкулеза;</p>	<p>Оказывать давление на правительства по ликвидации дискриминационных практик; финансировать документирование состояния здоровья мигрантов и целенаправленную адвокатию;</p>
<p>Помогать расширять осведомленность о доступных мигрантам услугах; оказывать давление на международные донорские организации для пересмотра моделей финансирования;</p>	<p>Лоббировать донорские организации на предмет изменения существующих моделей финансирования;</p>	<p>Обеспечивать лечение туберкулеза для всех, независимо от правового статуса;</p>	<p>Разработать более гибкие механизмы финансирования, позволяющие НТП охватить мигрантов и беженцев без неблагоприятной нагрузки на национальные противотуберкулезные бюджеты;</p>
<p>Оказывать давление на правительства на предмет более качественного сбора данных по различным группам мигрантов.</p>	<p>Работать с правительствами и помогать идентифицировать различные группы мигрантов и мобильные группы населения.</p>	<p>Улучшать данные по различным группам мигрантов и мобильным группам населения; улучшать эпидемиологический надзор за туберкулезом в рамках этих групп.</p>	<p>Оказывать давление на правительства с целью лучшего сбора данных о различных группах мигрантов; финансировать мероприятия по сбору данных.</p>

1. Schultz C. Migration, health and urbanization: interrelated challenges. Geneva: International Organization for Migration; 2014 (https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/MPR/WMR-2015-Background-Paper-CSchultz.pdf, revisado el 28 de octubre de 2015).
2. Tuberculosis prevention and care for migrants. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf, revisado el 28 de octubre de 2015).
3. Chowdhury IA, Haque N, Kamal MM, Islam T, Khan MM, Islam MN, et al. Internal migration and socio-economic status of migrants: a study in Sylhet City, Bangladesh. *American Journal of Human Ecology*. 2012;1(4):123–33.
4. Long Q, Li Y, Wang Y, Yue Y, Tang C, Tang S, et al. Barriers to accessing TB diagnosis for rural-to-urban migrants with chronic cough in Chongqing, China: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):202.
5. Migration and tuberculosis: a pressing issue. Geneva: International Organization for Migration; 2013 (<http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/What-We-Do/docs/Migration-Tuberculosis-A-Pressing-Issue.pdf> 2013b, revisado el 29 de octubre de 2015).
6. Abarca Tomás B, Pell C, Bueno Cavanillas A, Guillén Solvas J, Pool R, Roura M. Tuberculosis in migrant populations: a systematic review of the qualitative literature. *PLoS One*. 2013;8(12):e82440.
7. Heldal E, Kuyvenhoven J, Wares F, Migliori G, Ditiu L, Fernandez De La Hoz K, et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low-or intermediate-incidence countries [Workshop report]. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(8):878–8.
8. Dhavan P, Mosca D. Tuberculosis and migration: a post-2015 call for action. *Migration Policy Practice*. 2014;4(1):17–23.
9. Martinez VN, Komatsu NK, De Figueredo SM, Waldman EA. Equity in health: tuberculosis in the Bolivian immigrant community of São Paulo, Brazil. *Trop Med Int Health*. 2012;17(11):1417–24.
10. Schaaf HS, Zumla A. Tuberculosis: a comprehensive clinical reference. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2009.
11. Asch S, Leake B, Gelberg L. Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? *West J Med*. 1994;161(4):373–6.
12. Berk ML, Schur CL. The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *J Immigr Health*. 2001;3(3):151–6.
13. Nandi A, Galea S, Lopez G, Nandi V, Strongarone S, Ompad DC. Access to and use of health services among undocumented Mexican immigrants in a US urban area. *Am J Public Health*. 2008;98(11):2011.
14. Abbas R, Varma D. Internal labor migration in India raises integration challenges for migrants. Washington, DC: Migration Policy Institute (MPI); 2014.
15. Hu X, Cook S, Salazar MA. Internal migration and health in China. *Lancet*. 2008;372(9651):1717–9.
16. Bovt G. The Propiska sends russia back to the U.S.S.R. The *Moscow Times*. 17 de Enero de 2013.
17. Mosca D, Rikks B, Schultz C. Health in the post-2015 development agenda: the importance of migrants' health for sustainable and equitable development. In: Laczko FL, Lars Johan, editors. *Migration and the United Nations Post-2015 Development Agenda*. Geneva: International Organization for Migration; 2013.
18. Coreil J, Lauzardo M, Heurtelou M. Cultural feasibility assessment of tuberculosis prevention among persons of Haitian origin in South Florida. *J Immigr Health*. 2004;6(2):63–9.
19. Kulane A, Ahlberg BM, Berggren I. "It is more than the issue of taking tablets": the interplay between migration policies and TB control in Sweden. *Health Policy*. 2010;97(1):26–31.
20. Huffman SA, Veen J, Hennink MM, McFarland DA. Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):864–72.
21. Mishra P, Agrawal P. Urban poverty as a spillover of rural poverty: an empirical study with special reference to migration and job opportunities. *Int J Multidiscipl Res*. 2012;2(3):105–32.
22. Borhade A. Migrants' (denied) access to health care in India. *Human Development in India*; 2012.
23. Cai J, Wang X, Ma A, Wang Q, Han X, Li Y. Factors associated with patient and provider delays for tuberculosis diagnosis and treatment in Asia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120088.
24. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2008;8:11.
25. Yaccino S. Fighting tuberculosis in India's slums. Chicago: The University of Chicago; 2014 (<http://harris.uchicago.edu/news-and-events/features/alumni-profile/fighting-tuberculosis-indias-slums>, revisado el 29 de octubre de 2015).

26. Zammarchi L, Bartalesi F, Bartoloni A. Tuberculosis in tropical areas and immigrants. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2014;6(1):e2014043.
27. Fotso JC, Mukiira C. Perceived quality of and access to care among poor urban women in Kenya and their utilization of delivery care: harnessing the potential of private clinics? *Health Policy Plan.* 2012;27(6):505–15.
28. Sharma N, Taneja D, Pagare D, Saha R, Vashist R, Ingle G. The impact of an IEC campaign on tuberculosis awareness and health seeking behaviour in Delhi, India. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9(11):1259–65.
29. Suganthi P, Chadha V, Ahmed J, Umadevi G, Kumar P, Srivastava R, et al. Health seeking and knowledge about tuberculosis among persons with pulmonary symptoms and tuberculosis cases in Bangalore slums. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(11):1268–73.
30. Borhade A. Health of internal labour migrants in India: some reflections on the current situation and way forward. *Asia Europe Journal.* 2011;8(4):457–60.
31. Mili D. Migration and healthcare: access to healthcare services by migrants settled in Shivaji Nagar Slum of Mumbai, India. *The Health.* 2011;2(3):82–5.
32. TB in India 2014. TB-Facts.org; 2014 (<http://www.tbfacts.org/tb-india/>, revisado el 30 de octubre de 2015, revisado el 28 de octubre de 2015).
33. TB REACH spotlight: Nomadic tribe in Nigeria makes significant gains in TB case detection. Geneva: Stop TB; 2014 (http://www.stoptb.org/news/stories/2014/ns14_056.asp, revisado el 30 de octubre de 2015).
34. John S, Gidado M, Dahiru T, Fanning A, Codlin A, Creswell J. Tuberculosis among nomads in Adamawa, Nigeria: outcomes from two years of active case finding. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015;19(4):463–8.
35. Gele AA, Bjune G, Abebe F. Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia. *BMC Public Health.* 2009;9(1):5.
36. Legesse M, Ameni G, Mamo G, Medhin G, Shawel D, Bjune G, et al. Knowledge and perception of pulmonary tuberculosis in pastoral communities in the middle and Lower Awash Valley of Afar region, Ethiopia. *BMC Public Health.* 2010;10(1):187.
37. Tuberculosis in South Africa's gold mines: a united call to action. London: Results; 2013.
38. Stuckler D, Basu S, McKee M, Lurie M. Mining and risk of tuberculosis in Sub-Saharan Africa. *Am J Public Health.* 2011;101(3):524.
39. Cain KP, Marano N, Kamene M, Sitienei J, Mukherjee S, Galev A, et al. The movement of multidrug-resistant tuberculosis across borders in East Africa needs a regional and global solution. *PLoS Med.* 2015;12(2):e1001791-e.
40. Kimbrough W, Saliba V, Dahab M, Haskew C, Checchi F. The burden of tuberculosis in crisis-affected populations: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(12):950–65.
41. Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins MO. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Hum Resour Health.* 2012;10(14).
42. McEwen MM. Mexican immigrants' explanatory model of latent tuberculosis infection. *J Transcult Nurs.* 2005;16(4):347–55.
43. Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs.* 2007;26(5):1258–68.
44. Asanin J, Wilson K. "I spent nine years looking for a doctor": exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Soc Sci Med.* 2008;66(6):1271–83.
45. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Francoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med.* 2003;57(3):503–12.
46. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research.* 2015;15(1):390.
47. van der Oest C, Chenhall R, Hood D, Kelly P. Talking about TB: multicultural diversity and tuberculosis services in Waikato, New Zealand. *NZ Med J.* 2005;118:1216.
48. Lu Y. Test of the 'healthy migrant hypothesis': a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Soc Sci Med.* 2008;67(8):1331–9.
49. Experiences of Gomda in Sweden: exclusion from health care for immigrants living without legal status. Stockholm: Médecins Sans Frontières; 2005.
50. Hesketh T, Jun YX, Lu L, Mei WH. Health status and access to health care of migrant workers in China. *Public Health Reports.* 2008;123(2):189.
51. Van Hest N, Aldridge R, De Vries G, Sandgren A, Hauer B, Hayward A, et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. *Euro Surveill.* 2014;19(9):pii=20728.

52. Hong Y, Li X, Stanton B, Lin D, Fang X, Rong M, et al. Too costly to be ill: health care access and health seeking behaviors among rural-to-urban migrants in China. *World Health Popul.* 2006;8(2):22–34.
53. Zuñiga JA. Medication adherence in Hispanics to latent tuberculosis treatment: a literature review. *J Immigr Minor Health.* 2012;14(1):23–9.
54. Tacoli C, McGranahan G, Satterthwaite D. Urbanisation, rural-urban migration and urban poverty. International Institute for Environment and Development; 2014 (<http://pubs.iied.org/107251IIED.html>, revisado el 29 de octubre de 2015).
55. Ho M-J. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. *Soc Sci Med.* 2004;59(4):753–62.
56. Kirwan DE, Nicholson BD, Baral SC, Newell JN. The social reality of migrant men with tuberculosis in Kathmandu: implications for DOT in practice. *Trop Med Int Health.* 2009;14(12):1442–7.
57. Littleton J, Park J, Thornley C, Anderson A, Lawrence J. Migrants and tuberculosis: analysing epidemiological data with ethnography. *Aust NZ J Public Health.* 2008;32(2):142–9.
58. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, De Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J.* 2015;45(4):928–52.
59. Odone A, Tillmann T, Sandgren A, Williams G, Rechel B, Ingleby D, et al. Tuberculosis among migrant populations in the European Union and the European Economic Area. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):506–12.
60. Mobile clinics to extend the reach of tuberculosis care. Geneva: The Global Fund; 2013.
61. Outside the hospital walls: mobile clinics in Kabul, Afghanistan. Geneva: Médecins Sans Frontières; 2013.
62. mHealth to improve TB care. Geneva: Stop TB; 2012.
63. Providing antiretroviral therapy for mobile populations: lessons learned from a cross border ARV program in Musina, South Africa. Cape Town. Geneva: Médecins Sans Frontières; 2012.
64. Attanasio O, Gómez LC, Heredia P, Vera-Hernandez M. The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. Report summary: *Familias.* 2005;3.
65. Fenwick TB. Avoiding governors: the success of Bolsa Familia. *Latin American Research Review.* 2009;44(1):102–31.
66. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter J. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health.* 2011;101(4):654–62.
67. Wei X, Zou G, Yin J, Walley J, Yang H, Klinner M, et al. Providing financial incentives to rural-to-urban tuberculosis migrants in Shanghai: an intervention study. *Infect Dis Poverty.* 2012;1:9.

Благодарность

Партнерство «Остановить Туберкулез» благодарит всех за их вклад. Мы благодарим всех за восторженные отзывы и поддержку, и мы надеемся реализовать это вместе.

Основные авторы	FG Consulting Group	
Партнерство «Остановить Туберкулез»	Colleen Daniels Caoimhe Smyth Farihah Malik	Jacob Creswell James Ayre Lucica Ditiu
Внесшие вклад - участники семинара «Ключевые группы населения в области туберкулеза», ноябрь 2015	Ailed Bencomo Alern Alberto Colorado Arnold Mafukidze Ashvini Vyas Austin Obiefuna Bishwa Rai Blessi Kumar Brianna Harrison Chu Thái Sơn Cristina Brigaste Dean Lewis Deepti Chavan Duncan Moeketse Elchin Mukhtarli Endalkachew Fekaduer Eva Limachi Harry Hausler Herve Isambert Imran Zafar James Malar John Duncan Karabo Rafube Kate Thomson Kevork Kara –Agopian Kibibi Mbwavi Liesl PageShipp Lisa Leenhouts-Martin Loyce Maturu	Maggy Gama Manita Pandey Marciel Buen Marina Smelyanskaya Melecio Mayta Ccota Mo Barry Moises Uamusse Nduru Gichamba Nonna Turusbekova Patricia Odolo Paul Moses Ndegwa Mutiga Pilar Ustero Prabha Mahesh Shankar Ramya Ananthakrishnan Rhonda Marama Safar Naimov Samuel Boy Kunene Sophie Dilmitis Stacie Stender Steph Topp Steven John Thato Mosidi Timur Abdullaev Valeriu Istrati Vũ Manh Trí Yana Morenets Yuki Takemoto
Макет и дизайн Cover	Miguel Bernal Nina Saouter	

Stop TB Partnership

The Stop TB Partnership
acknowledges with gratitude the financial
and technical support received from
the Global Fund to Fight AIDS, TB & Malaria.

hosted by
 **UNOPS**

 **END
TB**

Chemin de Blandonnet 2,
1241 Vernier
Geneva, Switzerland
www.stoptb.org