

INFORME SOBRE POBLACIONES CLAVE



POBLACIONES URBANAS

Conceptos generales



A

nivel mundial, la prevalencia de TB es considerablemente mayor en las zonas urbanas que en las zonas rurales. Alrededor del 54% de la población mundial vive en ciudades, observándose las tasas más rápidas de urbanización en los países en desarrollo. En el mundo desarrollado, la urbanización ha dado lugar a la mejora generalizada de la salud, pero esta tendencia no se ha reflejado en las regiones menos desarrolladas del mundo. En estos entornos, los factores sociales y económicos clave de la TB convergen en las poblaciones más pobres. La incapacidad de los servicios de salud pública para acompañar el crecimiento masivo de la población en los centros urbanos ha dado lugar a una expansión del sector privado con fines de lucro, informal, de atención sanitaria. Estos prestadores privados están en condiciones de satisfacer las demandas de sus clientes, ofreciendo servicios que han sido ignorados por el sector formal de la salud, tales como un mayor horario de atención, opciones de pago más flexibles y ubicaciones más convenientes. Sin embargo, la falta de regulación en este sector ha llevado a la mala calidad de la atención de la TB, junto con regímenes de tratamiento y manejo insuficientes e inadecuados que contribuyen a una mayor resistencia a los medicamentos y a la falta de seguimiento. Los prestadores de servicios privados también pueden aprovechar la escasa conciencia y conocimiento del consumidor acerca de los servicios de TB gratuitos disponibles. Los factores sociales, tales como la pobreza, el estigma, el género y el hacinamiento, contribuyen a la propagación de la TB y la resistencia a la búsqueda de atención sanitaria en la población urbana empobrecida. El sector de la salud informal debería ser reconocido como un actor involucrado clave que debe participar de cualquier esfuerzo para combatir la TB en las poblaciones urbanas empobrecidas. Mejores datos de vigilancia, planes de regeneración urbana e iniciativas de protección social también son importantes. Además, al igual que con otras poblaciones estigmatizadas afectadas por la TB, las personas con TB que residen en zonas urbanas deben ser empoderadas para comprender mejor sus derechos.

El Plan Global hacia el Fin de la TB y poblaciones clave

El Plan se refiere a las personas que son vulnerables, están marginadas o están en riesgo como “poblaciones clave” de TB y proporciona modelos de paquetes de inversión que permitirán a los diferentes países alcanzar los objetivos 90-(90)-90. El Plan también sugiere que todos los países:

Llegar al

90%

DE TODAS LAS PERSONAS CON TB y administrar a todos ellos un tratamiento apropiado, ya sea de primera línea, segunda línea y terapia preventiva, según sea necesario.

Llegar al

(90)%

DE TODAS LAS POBLACIONES CLAVE, las poblaciones más vulnerables, subatendidas y en mayor situación de riesgo.

Lograr que al menos el

90%

DE LOS TRATAMIENTOS de todas las personas con diagnóstico de TB sean exitosos mediante servicios de tratamiento accesibles, adherencia a los tratamientos completos y correctos y apoyo social.

- Identifiquen sus poblaciones clave a nivel nacional y subnacional de acuerdo a las estimaciones de los riesgos que enfrentan, tamaño de la población, barreras particulares para el acceso a la atención de la TB y desafíos relacionados con el género.
- Establezcan una meta operativa de alcanzar al menos el 90% de las personas en las poblaciones clave a través de un mejor acceso a los servicios, la detección sistemática donde sea necesaria con nuevos métodos de detección de casos y proporcionar un tratamiento eficaz y asequible a las personas que lo necesiten. Para las PWUD que viven con el VIH, el suministro de una terapia preventiva con isoniazida (TPI) es el método más eficaz para la prevención de la TB (1,2). La OMS recomienda que las personas que viven con el VIH (PLVIH, por su sigla en inglés) deben recibir por lo menos seis meses de TPI como parte de la atención del VIH. A pesar de esta recomendación, menos del 25% de las personas con VIH atendidas reciben este tratamiento (1).
- Informen sobre los avances con respecto a la TB utilizando datos desagregados por población clave, sin someter a la población respectiva a un escrutinio adicional, y aplicar intervenciones basadas en la evidencia y los derechos que también sean equitativas en cuestiones de género.
- Aseguren la participación activa de las poblaciones clave en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios y la prestación de atención de la TB en entornos seguros.

Esta Guía utiliza las recomendaciones anteriores para identificar y analizar riesgos, analizar estrategias para la mejora del acceso y poner de relieve oportunidades para la participación de las PWUD en todas las etapas de desarrollo de programas, prestación de servicios y evaluación.

1 The 90-(90)-90 plan calls on NTPs to aim to reach 90% of all people with TB and start them on appropriate therapy. As part of this approach, countries should be reaching 90% of key populations. The final part of the strategy is to achieve at least 90% treatment success for all people diagnosed with TB.

¿Qué contiene esta guía?



Perfil epidemiológico



En general, las tasas de TB son mayores en las zonas urbanas que en las rurales (1). El mundo está experimentando la mayor ola de crecimiento urbano vista hasta ahora, con más de la mitad de la población mundial viviendo en pueblos y ciudades (2). La urbanización más acelerada está ocurriendo en las regiones menos desarrolladas del mundo; se espera que la población urbana del sur de Asia y del África subsahariana se duplique en las próximas dos décadas (3, 4). Los riesgos para la salud relacionados con la expansión urbana sin control son soportados de manera desproporcionada por las poblaciones urbanas empobrecidas (5). Se estima que la cuarta parte de la población urbana del mundo está residiendo actualmente en poblados chabolistas que proporcionan las condiciones ideales para la propagación de enfermedades transmisibles tales como la TB. En consecuencia, estos poblados chabolistas sirven como incubadoras y reservorios de brotes potenciales (3, 4, 6). En estas áreas, el hacinamiento, la pobreza, la malnutrición y el acceso a servicios de salud en condiciones menos que óptimas convergen para definir la exposición individual y la vulnerabilidad a la TB (3, 6–8). Desde los poblados chabolistas y otros asentamientos informales, la TB es capaz de propagarse a otras partes del entorno urbano, a las zonas rurales y a través de las fronteras nacionales (3). Esto se debe a que los habitantes de los poblados chabolistas a menudo trabajan en otras partes de la ciudad y a que la migración rural-urbana y la movilidad transfronteriza es común entre las poblaciones migrantes empobrecidas que tienden a ser una parte significativa de los poblados chabolistas urbanos (3).

Los datos sanitarios son recogidos a menudo a nivel de la ciudad en su totalidad, lo que complica los intentos de identificar las disparidades sanitarias existentes dentro de distritos específicos, tales como los poblados chabolistas, y hace que sea difícil crear un perfil epidemiológico preciso de la TB en estas áreas (9). Sin embargo, los estudios existentes han demostrado que la prevalencia de la TB es mayor en los poblados

chabolistas que en otras zonas urbanas y rurales. Un estudio de tres poblados chabolistas en el sudeste de Nigeria encontró que el 6,4% de la población estudiada tenía TB (10). Otro estudio reciente llevado a cabo en Dhaka, Bangladesh, encontró que la prevalencia de la TB era cuatro veces mayor en los poblados chabolistas que en la población urbana en general (11). En Uganda, se encontró que la prevalencia global de la TB en un poblado chabolista de Kampala era siete veces la prevalencia nacional (12).



Barreras estructurales para el tratamiento

Subutilización de los servicios públicos

En los poblados chabolistas, la utilización de los servicios de salud pública tiende a ser baja, con gente que busca atención médica de manera mayoritaria en el sector privado informal con fines de lucro, incluso si esto representa un gasto que tienen que pagar de su bolsillo (5, 13–19). En la India, por ejemplo, se cree que el 80% de los contactos primarios de asistencia sanitaria y casi el 50% de la atención de la TB se lleva a cabo a través del sector privado (20). Un patrón de conducta de tres pasos, habitual en la búsqueda de atención sanitaria, puede ser observado en poblaciones urbanas empobrecidas que presentan síntomas de TB (21). El primer paso consiste en una primera consulta con un farmacéutico, que suele ir acompañada de una compra de medicamentos para la tos o antibióticos de amplio espectro de venta libre (21). Esto es seguido por una o más consultas con un prestador privado. Después de mucho retraso, puede que la persona con TB finalmente acceda a diagnóstico y tratamiento en el sector público (21).

La infrautilización inicial de los servicios gubernamentales gratuitos podría deberse a un número de factores. A pesar de que la distancia al centro de atención sanitaria más cercano suele ser mayoritariamente citada como una barrera para las poblaciones rurales empobrecidas, los gastos de viaje a los servicios públicos todavía puede suponer un obstáculo para el acceso de los habitantes empobrecidos de las ciudades (17, 19, 22). A menudo, los servicios públicos tampoco están disponibles en los poblados chabolistas y otros entornos de asentamiento urbano informal. Por ejemplo, una encuesta realizada en tres poblados chabolistas de Nairobi, Kenia encontró que de los 503 centros de salud utilizados por los residentes de los poblados, sólo 6 (o el 1%) eran públicos, mientras que el 83% eran privados, con fines de lucro (23). La falta de conocimiento de los servicios de diagnóstico y tratamiento gratuitos, la percepción de mala calidad de la atención en los centros públicos, los horarios inconvenientes



de funcionamiento y el estigma también podría ser barreras que impidan el uso de los servicios públicos (13–15).

Falta de regulación en el sector informal privado con fines de lucro

El crecimiento del sector informal privado de atención sanitaria con fines de lucro en los entornos urbanos empobrecidos se ha producido como una respuesta a la insuficiencia de los servicios públicos en responder al aumento de la demanda (15). Los prestadores privados con fines de lucro están en condiciones de satisfacer las demandas de sus clientes ofreciendo servicios que han sido pasados por alto por el sector formal de la salud, tales como un mayor horario de atención, opciones de pago más flexibles y ubicaciones más convenientes (5, 16, 19, 24).

A pesar de la creciente importancia del sector de atención sanitaria privada, muchos países han sido incapaces de responder a este rápido crecimiento con marcos reglamentarios apropiados, lo que afecta la calidad de la atención





que reciben los consumidores (16). En los países en desarrollo, una proporción significativa del sector privado consiste en una gama de diferentes practicantes tales como comerciantes, curanderos tradicionales, farmacéuticos y médicos no acreditados, todos ellos sin formación médica formal (18).

Los tratamientos inadecuados e inapropiados prescritos por estos practicantes pueden contribuir a la transmisión y el avance de enfermedades que pueden ser prevenidas fácilmente y conllevar un mayor riesgo de infecciones resistentes a los medicamentos, tales como la TB multirresistente (MDR-TB) (9, 18). El tratamiento de la TB en el sector privado es a menudo de mala calidad y no cumple con los diagnósticos recomendados; por otra parte, los regímenes de medicamentos recetados varían de un prestador a otro (21). En un estudio realizado en Mumbai, India, se encontró que 106 prestadores habían prescrito 63 regímenes diferentes (25). La falta de sistemas adecuados de gestión del tratamiento también aumenta significativamente el riesgo de pérdida de seguimiento (21). Por otra parte, con el fin de maximizar los ingresos y mantener su base de clientes, los prestadores privados pueden aprovechar la falta de conocimiento y conciencia de los consumidores en cuanto a los servicios gratuitos disponibles y lo que constituye una atención de calidad (5, 21).

Los profesionales de la salud capacitados a menudo también se dedican a la práctica dual (21). Los salarios del sector público son generalmente bajos, por lo que médicos y farmacéuticos dividen su tiempo entre el sector público y sus prácticas privadas. Tal sistema puede significar que, si bien los médicos están trabajando en el sector público, tienen pocos incentivos para ofrecer una atención integral a causa de la necesidad de aumentar las referencias a sus prácticas privadas (21). Además, cuando el médico o farmacéutico está trabajando en el sector público, es probable que sus negocios privados sean atendidos por miembros de su familia o empleados que podrían no estar formados para dispensar medicamentos y ofre-

cer consejos médicos (21). De manera similar, la capacidad del sistema de salud pública se ve debilitada cuando los profesionales formados se dedican a su trabajo privado.

Escasa detección de casos

En muchos entornos de alta prevalencia y bajos recursos, la detección pasiva de casos constituye la base del control de la TB (6, 11, 12). La detección pasiva de casos coloca la responsabilidad de la búsqueda de tratamiento en la persona con síntomas de TB. La búsqueda de atención sanitaria de la persona con posible TB está influenciada por el estigma y la discriminación que rodean la enfermedad y otras barreras, incluyendo la distancia al centro de salud más cercano, el coste y los retrasos en la obtención de un diagnóstico (10, 11). Aunque la detección pasiva de casos ha demostrado ser exitosa en algunos entornos de bajos recursos (26), a menudo es incapaz de seguir el ritmo de la rápida propagación de la TB en las zonas urbanas. El control efectivo de la TB requiere la detección precoz y el inicio inmediato del tratamiento. Sin embargo, las personas que están en situación de desventaja y marginadas, tales como las personas empobrecidas en zonas urbanas, son más propensas a retrasar la búsqueda de atención sanitaria, lo que contribuye aún más a propagar la TB (27).

La detección activa de casos puede tener éxito en la mejora de la detección de casos en zonas urbanas empobrecidas (10–12, 28). Un estudio llevado a cabo en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, encontró que los resultados del tratamiento fueron los mismos para casos de TB detectados de manera activa y pasiva, pero que los casos detectados de forma activa experimentaron una tasa inicial más alta de pérdida del seguimiento de su tratamiento (28). Este hallazgo podría deberse a que las personas identificadas a través de la detección activa de casos tenían menos motivación para cumplir con el tratamiento debido a la ausencia de síntomas de la TB, o porque hubo retrasos en las referencias para obtener tratamiento (28).



Barreras socioculturales para el tratamiento

Pobreza

Las poblaciones empobrecidas son vulnerables a muchos factores de riesgo superpuesto asociados con la TB (29). La TB impacta desproporcionadamente en los pobres, y los costes catastróficos asociados a menudo con la enfermedad pueden agudizar la pobreza (8). Un diagnóstico positivo de TB puede conducir a la pérdida de empleo y de la vivienda y puede poner en peligro la seguridad alimentaria. La pobreza también reduce la inversión de los hogares en salud, educación y nutrición, perpetuando el ciclo de pobreza a través de generaciones. Un estudio realizado en Mumbai, India, encontró que los hogares urbanos empobrecidos perdieron entre el 30% y el 60% de sus ingresos después de un diagnóstico positivo de TB, dándose las mayores pérdidas en aquellos casos en que la persona con TB era el principal proveedor de ingresos (30).

Hacinamiento

La mala ventilación y el hacinamiento en los hogares, lugares de trabajo, medios de transporte y zonas de recreación aumentan la probabilidad de que las personas no infectadas con TB se expongan a la enfermedad (8). Las chabolas se caracterizan a menudo por constar de habitaciones multiuso donde la gente cocina, duerme y vive (9). El hacinamiento, combinado con el humo proveniente de los combustibles para cocinar, coloca a los residentes en situación de riesgo de enfermedades respiratorias, dejándolos vulnerables a la TB (9). Un estudio llevado a cabo en Manila, Filipinas, encontró que los niños que viven en asentamientos urbanos de alta densidad tenían una probabilidad nueve veces mayor de tener TB que los niños que no viven en este tipo de entornos (31).

Estigma y discriminación

El estigma de la TB impacta en la búsqueda de atención sanitaria y el cumplimiento del tratamiento, independientemente del entorno. Las creencias desactualizadas con respecto a la TB,

el miedo a la infección, las actitudes negativas del personal sanitario, la auto-estigmatización por parte de las personas con TB y culpar y avergonzar a las personas con TB, todo ello contribuye a la estigmatización y a alimentar la discriminación (32). Este estigma puede empujar a los miembros ya desfavorecidos de la sociedad, tales como los pobres urbanos, hacia una marginación aún mayor.

Género

Hay muy pocos datos desagregados por género sobre la TB en los poblados chabolistas urbanos y otros asentamientos informales. Un estudio sobre la conducta de búsqueda de atención sanitaria en Dhaka, Bangladesh, encontró que, a pesar de que la TB era más prevalente en la población masculina, las mujeres en los poblados chabolistas urbanos esperaban más tiempo para buscar atención para los síntomas de la TB (17). A pesar de que una serie de factores tales como los costes y la distancia al centro de salud más cercano redundan en una reducción de la demanda de atención sanitaria, los hombres normalmente se enfrentan a menos limitaciones que las mujeres (33). Las barreras de acceso a la atención sanitaria son mayores para las mujeres de las zonas endémicas de TB debido a varios factores que compiten entre sí, entre ellos, la falta de empoderamiento sociocultural, el estigma y la falta de recursos financieros (34). La desigualdad de género puede servir para aumentar la vulnerabilidad de las mujeres frente al estigma, lo cual, a su vez, influye en sus conductas para la búsqueda de atención sanitaria (35). Las mujeres también tienen un mayor riesgo de sufrir TB, ya que son a menudo las encargadas de cuidar a otros miembros de la familia con TB (36). Las mujeres urbanas podrían enfrentarse a desafíos adicionales en términos de viajar a los centros de salud públicos en los medios de transporte público y la crianza de los niños mientras los hombres están en el trabajo.

Acciones



Participación del sector privado informal: la promoción del modelo de la colaboración público-privada

El sector de la salud privada informal está profundamente arraigado en los sistemas de salud de muchos poblados chabolistas urbanos y no debería ser ignorado en cualquier intervención para aumentar la cobertura sanitaria en estas zonas (5). Especialmente en el diagnóstico y tratamiento de la TB, diversos actores que trabajan en la atención de la TB han reconocido la necesidad de involucrar a este sector con el fin de sustituir la baja calidad y atención inapropiada con sistemas de diagnóstico, tratamiento y monitorización más asequibles y precisos a través de una mejor formación y regulación (21, 24). El enfoque de colaboración público-privada (CPP) proporciona un marco para lograr este compromiso, en primer lugar, mediante la identificación de qué actividades pueden ser realizadas por prestadores privados, y luego por la identificación de organizaciones que pueden actuar como intermediarios entre los sectores público y privado (21). Todos los programas de CPP tienden a adoptar ciertos rasgos comunes. En primer lugar, los gobiernos establecen políticas y directrices y proporcionan financiación para el suministro de medicamentos y centros contra la TB y para cubrir otros gastos. Los prestadores privados, como primer punto de contacto, identifican posibles casos de TB y notifican a los programas nacionales de TB (PNT) o a los centros afiliados a los PNT. Los casos referidos son entonces recibidos por las instituciones de salud pública para la confirmación del diagnóstico e inicio del tratamiento. El tratamiento y la gestión después pueden proseguir ya sea a través del sector público o del privado (24). Las organizaciones intermediarias movilizan y coordinan los distintos socios del programa sanitario y, a veces, pueden estar involucradas en la gestión del tratamiento (24). Estas organizaciones intermediarias también pueden estar involucradas en esquemas de educación y capacitación enfocados a prestadores privados. Las tecnologías de salud móvil (mHealth) pueden ser utilizadas para normalizar el intercambio de información entre los distintos actores involucrados en la cooperación y para realizar un seguimiento más eficaz de los datos de tratamiento de las personas con TB. La salud móvil también podría ser desplegada para mejorar el acceso de las personas con TB.

FIGURA 1. MODELO DE UNA INICIATIVA DE CPP GENÉRICA (ADAPTADO DE LEI ET AL.)



La CPP ha demostrado mejorar la detección de casos, los resultados del tratamiento y el acceso al tratamiento de la TB (24). El gasto individual también se reduce cuando dichos mecanismos son aplicados con éxito (24). Sin embargo, la débil regulación y la gobernabilidad de los socios involucrados en la intervención y la falta de comunicación entre los distintos actores de la colaboración pueden afectar el éxito de este tipo de iniciativas (24).

Entre los ejemplos de CPP se incluye la asociación con médicos sin licencia en poblados chabolistas, proporcionándoles pequeños incentivos financieros para referir a las personas con síntomas de TB a los centros locales de TB para su diagnóstico (37). Sin embargo, los incentivos financieros no siempre son necesarios. Otras iniciativas han introducido programas de formación para que los farmacéuticos reconozcan los síntomas de la TB y dispensen medicamentos contra la TB. Ser considerado por la comunidad como un negocio respetable que es capaz de dispensar medicamentos de calidad y diagnosticar la TB mejora la reputación de los farmacéuticos y les ayuda a mantener su base de clientes existente; también les permite luchar contra la competencia de los dispensadores de medicamentos de menor reputación (16). Las intervenciones de CPP también encuentran maneras de informar y empoderar a los consumidores sobre sus derechos, los servicios a su disposición y el nivel de atención que deben exigir (18).

Iniciativas de protección social

Las iniciativas de protección social, tales como las transferencias de efectivo, han demostrado ser útiles para ayudar a las familias a salir de la pobreza al reducir el impacto de los choques económicos y permitir a los individuos y a las comunidades aumentar sus activos financieros, físicos y de capital humano (8). Los esquemas de transferencia de dinero en efectivo proporcionan dinero a las familias a cambio del cumplimiento de ciertos requisitos, tales como la garantía de que sus hijos asistan a la escuela y tengan acceso a los servicios sanitarios para los controles prenatales y la monitorización del crecimiento (8, 38). Se ha determinado que estas iniciativas de transferencia de dinero en efectivo mejoran la seguridad alimentaria, aumentan el consumo de los hogares y mejoran la conducta de búsqueda

de atención sanitaria (8, 39, 40). Las transferencias de dinero en efectivo podrían ser aplicadas para disminuir el impacto de la TB mediante la reducción de algunas de las barreras financieras para su diagnóstico y tratamiento. Las transferencias de dinero en efectivo también podrían ser proporcionadas a cambio del cumplimiento del tratamiento y proporcionadas a los contactos cercanos de las personas con TB que se presenten para la detección. Las transferencias de dinero también podrían ser proporcionadas a cambio de la participación en programas de educación sanitaria respecto de la TB (8).

Regeneración urbana

La rápida urbanización, del tipo que se presencia en Asia y África, representa uno de los obstáculos más importantes para la implementación de un control eficaz de la TB. El hacinamiento y la falta de ventilación facilitan la transmisión, y la cobertura inadecuada de atención sanitaria desalienta la búsqueda de la misma (8). Los proyectos de regeneración urbana pueden ayudar a frenar la transmisión de la TB mediante la mejora del parque de viviendas, reduciendo el hacinamiento y mejorando la ventilación. Pequeñas mejoras de infraestructura en zonas de poblados chabolistas, tales como la mejora de los suministros de servicios de electricidad y de agua potable, pueden servir para aumentar la productividad de la economía local y mejorar los resultados sanitarios. Sin embargo, los poblados chabolistas deben ser reconocidos como entidades heterogéneas, y cualquier proyecto de regeneración debe ser desarrollado en consulta con las poblaciones locales con el fin de identificar los problemas más acuciantes (9).

Mejora de los datos de vigilancia

Los datos de vigilancia sanitarios son recolectados a menudo a nivel de la ciudad en su conjunto, enmascarando así las diferencias que se producen en distintos entornos urbanos. Por lo tanto, se necesitan datos de vigilancia epidemiológica que tengan en cuenta el contexto en que se producen las enfermedades y mejores métodos de recolección de datos sobre las cargas de morbilidad de los poblados chabolistas (9). Sistemas más eficaces para informar acerca de la TB a los PNT son esenciales, y el uso de la CPP podría contribuir a ello.

Recomendaciones

Aunque estas recomendaciones proporcionan un esquema de actuación para una amplia gama de actores clave involucrados, otros, incluyendo las agencias de la ONU y los colectivos de trabajadores de la salud locales y globales, deberían tomar nota y evaluar su potencial para ser utilizados en la mejora de la prevención, el tratamiento y la atención en materia de TB para las poblaciones urbanas en situación de pobreza.

Sociedad civil	Poblaciones urbanas que viven con TB	Sistemas Nacionales de Salud	Comunidad de donantes
Trabajar con los gobiernos nacionales y las poblaciones urbanas en situación de pobreza para identificar las barreras de acceso en entornos específicos; dar a conocer los servicios que ya están disponibles y negociar colaboraciones públicas y privadas con las ONG.	Documentar las barreras a las que se enfrentan para acceder a la asistencia sanitaria.	Mejorar el acceso a la atención sanitaria en las zonas urbanas empobrecidas mediante el control de los prestadores privados de atención sanitaria y facilitar la colaboración público-privada en la atención sanitaria que también involucra a la comunidad.	Financiar intervenciones (tales como las CPP) que podrían redundar en un mejor uso y acceso a la atención sanitaria por parte de las poblaciones urbanas empobrecidas.
Aumentar la conciencia sobre los servicios disponibles y los conocimientos sobre salud generales en lo que tiene que ver con la TB. Más personas que accedan a los servicios públicos darán lugar a mejores datos.	Proporcionar información acerca de qué métodos de concienciación y transmisión de mensajes informativos de promoción de la salud son la mejor manera de impactar en las poblaciones urbanas que viven con TB.	Mejorar los datos de vigilancia sanitaria con especial énfasis en las zonas urbanas empobrecidas.	Apoyar a los gobiernos nacionales con métodos innovadores para realizar el seguimiento y control de las enfermedades en poblaciones urbanas de difícil acceso.
Realizar campañas de concienciación acerca de los servicios existentes e informar sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento.	Realizar mapeos de servicios en zonas urbanas y distribuir información de fácil acceso que pueda ayudar en el cumplimiento del tratamiento;	Trabajar con los prestadores de atención sanitaria que ya estén trabajando en entornos urbanos empobrecidos y capacitarlos para mejorar la prestación de servicios y el control de la infección.	Financiar programas que se asocien con prestadores de atención sanitaria que ya estén trabajando en las zonas urbanas empobrecidas.
Llevar a cabo campañas de difusión de derechos relacionadas con el acceso al tratamiento de la TB en las zonas urbanas y abogar por diversos esquemas que pueden proporcionar alivio a los residentes de poblados chabolistas urbanos con TB.	Trabajar con colectivos de abogados y defensores de la salud para la educación sobre los derechos de acceso al tratamiento de la TB y las protecciones en cuanto a la denegación de la atención.	Promover instituciones de salud pública y hacer que el acceso al tratamiento y el diagnóstico de la TB sea transparente; poner concesiones e incentivos a disposición de los habitantes de los poblados chabolistas urbanos con TB, tales como pases de autobús gratuitos; desarrollar otras iniciativas que puedan fomentar el cumplimiento del tratamiento.	Apoyar una programación innovadora, incluyendo la salud móvil y otros incentivos y métodos, que fomenten un mayor cumplimiento del tratamiento entre los habitantes de las ciudades con TB.
Fomentar la creación de comunidades de TB en los poblados chabolistas urbanos que pueden empoderar y apoyarse entre sí y educar a otros.	Trabajar para organizar un mejor acceso a la atención de la TB.	Trabajar con personas con TB en los poblados chabolistas urbanos para mejorar el cumplimiento del tratamiento.	Apoyar a las comunidades de personas con TB y las organizaciones que trabajan con ellas en las zonas urbanas.



Referencias

1. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Urbanization. New York: United Nations Population Fund; 2015 (<http://www.unfpa.org/urbanization>, revisado el 26 de octubre de 2015).
3. Alirol E, Getaz L, Stoll B, Chappuis F, Loutan L. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *Lancet Infect Dis.* 2011;11(2):131–41.
4. World Habitat Day: Background paper. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2014.
5. Adams AM, Islam R, Ahmed T. Who serves the urban poor? A geospatial and descriptive analysis of health services in slum settlements in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy Plan.* 2015;30(Suppl 1):i32–i45.
6. Oppong JR, Mayer J, Oren E. The global health threat of African urban slums: the example of urban tuberculosis. *African Geographical Review.* 2015;34(2):182–95.
7. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. *J Urban Health.* 2007;84(Suppl 1):16–26.
8. 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.
9. Unger A, Riley LW. Slum health: from understanding to action. *PLoS Med.* 2007;4(10):1561–6.
10. Ogbudebe CL, Chukwu JN, Nwafor CC, Meka AO, Ekeke N, Madichie NO, et al. Reaching the underserved: active tuberculosis case finding in urban slums in southeastern Nigeria. *Int J Mycobacteriol.* 2015;4(1):18–24.
11. Banu S, Rahman MT, Uddin MKM, Khatun R, Ahmed T, Rahman MM, et al. Epidemiology of tuberculosis in an urban slum of Dhaka City, Bangladesh. *PLoS One.* 2013;8(10):e77721.
12. Sekandi J, Neuhauser D, Smyth K, Whalen C. Active case finding of undetected tuberculosis among chronic coughers in a slum setting in Kampala, Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(4):508.
13. 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.
14. 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.
15. Saw S, Manderson L, Bandyopadhyay M, Sein TT, Mon MM, Maung W. Public and/or private health care: Tuberculosis patients' perspectives in Myanmar. *Health Res Policy Syst.* 2009;7(1):19.
16. Bloom G, Standing H, Lucas H, Bhuiya A, Oladepo O, Peters DH. Making health markets work better for poor people: the case of informal providers. *Health Policy Plan.* 2011;26(Suppl 1):i45–i52.
17. 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.
18. Shah NM, Brieger WR, Peters DH. Can interventions improve health services from informal private providers in low and middle-income countries? A comprehensive review of the literature. *Health Policy Plan.* 2011;26(4):275–87.
19. Jahan NA, Howlader SR, Sultana N, Ishaq F, Sikder ZH, Rahman T. Health care seeking behavior of slum-dwellers in Dhaka City. Report prepared for Health Economics Unit of MoHFW and World Health Organization; 2015.
20. Satyanarayana S, Subbaraman R, Shete P, Gore G, Das J, Cattamanchi A, et al. Quality of tuberculosis care in India: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015;19(7):751–63.
21. Wells WA, Uplekar M, Pai M. Achieving systemic and scalable private sector engagement in tuberculosis care and prevention in Asia. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001842.
22. Goli S, Arokiasamy P, Chattopadhyay A. Living and health conditions of selected cities in India: setting priorities for the National Urban Health Mission. *Cities.* 2011;28(5):461–9.
23. 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.
24. Lei X, Liu Q, Escobar E, Philogene J, Zhu H, Wang Y, et al. Public-private mix for tuberculosis care and control: a systematic review. *Int J Infect Dis.* 2015;34:20–32.
25. Udhwadia ZF, Pinto L, Uplekar M. Tuberculosis management by private practitioners in Mumbai, India: has anything changed in two decades? *PLoS One.* 2010;5:e12023.
26. Shargie EB, Lindtjørn B. DOTS improves treatment outcomes and service coverage for tuberculosis in South Ethiopia: a retrospective trend analysis. *BMC Public Health.* 2005;5(1):62.
27. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health.* 2008;8(1):15.

28. Den Boon S, Verver S, Lombard C, Bateman E, Irusen E, Enarson D, et al. Comparison of symptoms and treatment outcomes between actively and passively detected tuberculosis cases: the additional value of active case finding. *Epidemiol Infect.* 2008;136(10):1342–9.
29. Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty: why are the poor at greater risk in India? *PLoS One.* 2012;7(11):e47533.
30. Fighting TB in the slums of Mumbai. IFPMA; 2013 (<http://partnerships.ifpma.org/partnership/fighting-tb-in-the-slums-of-mumbai>, revisado el 29 de octubre de 2015).
31. Fry S, Cousins B, Olivola K. Health of children living in urban slums in Asia and the near east: Review of existing literature and data. Washington, DC: Environmental Health Project, US Agency for International Development; 2002.
32. Dodor E, Neal K, Kelly S. An exploration of the causes of tuberculosis stigma in an urban district in Ghana. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(9):1048–54.
33. Muriithi MK. The determinants of health-seeking behavior in a Nairobi Slum, Kenya. *European Scientific Journal.* 2013;9(8).
34. Marais BJ, Gupta A, Starke JR, El Sony A. Tuberculosis in women and children. *Lancet.* 2010;375(9731):2057–9.
35. Cremers AL, de Laat MM, Kapata N, Gerrets R, Klipstein-Grobusch K, Grobusch MP. Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia. *PLoS One.* 2015;10(3):e0119861.
36. Buregyeya E, Kulane A, Colebunders R, Wajja A, Kiguli J, Mayanja H, et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and health-seeking behaviour in rural Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15(7):938–42.
37. Yaccino S. Fighting tuberculosis in India's slums. Chicago: 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).
38. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009;4(4):CD008137.
39. 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.
40. Fenwick TB. Avoiding governors: the success of Bolsa Familia. *Latin American Research Review.* 2009;44(1):102–31.



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