

ОСНОВНЫЕ ЗАТРОНУТЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ. КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО.



ГОРОДСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ



Краткий обзор

Во всем мире распространенность туберкулеза гораздо выше в городских районах, чем в сельских. Около 54 % мирового населения проживает в городах, а развивающиеся страны показывают наиболее высокие темпы урбанизации. В развитых странах урбанизация привела к всеобщему улучшению здравоохранения, однако данная тенденция не нашла отражения в менее развитых регионах мира. В таких странах ключевые социальные и экономические детерминанты туберкулеза сходятся на самых бедных группах населения. Неспособность государственного здравоохранения идти в ногу с массовым ростом населения в городских центрах привела к расширению частного коммерческого сектора здравоохранения. Такие частные поставщики удовлетворяют потребности своих клиентов, предлагая услуги, которые были проигнорированы государственным сектором здравоохранения, как-то продленный график работы, более гибкие варианты оплаты и более удобное месторасположение. Однако, отсутствие законодательного регулирования в этом секторе привело к низкому качеству противотуберкулезных услуг, что в совокупности с неэффективными и неправильными схемами лечения и ведения случаев заболевания способствует росту лекарственной устойчивости и количества больных, «потерянных для дальнейшего наблюдения». Частные поставщики также могут недобросовестно пользоваться низкими осведомленностью и знаниями своих клиентов о доступе к бесплатным противотуберкулезным услугам. Такие социальные факторы, как бедность, стигма, гендерная проблематика и перенаселенность, способствуют распространению туберкулеза и нежеланию городской бедноты обращаться за медицинской помощью. Следует признать неформальный сектор здравоохранения важной заинтересованной стороной, которую необходимо привлекать в качестве партнера во всех мероприятиях по борьбе с туберкулезом среди малоимущего городского населения. Также важными являются улучшенные данные эпидемиологического надзора, программы благоустройства городов и инициативы по социальной защите. Кроме того, лица с туберкулезом, проживающие в городских районах, равно как и другие подверженные стигматизации затронутые группы населения, должны лучше понимать свои права.

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. В этом плане люди уязвимые, получающие недостаточное медицинское обслуживание, либо испытывающие повышенный риск заболевания туберкулезом, отмечены как «основные затронутые туберкулезом группы населения». Глобальный план предлагает модели инвестиционных пакетов, которые позволят странам достигнуть целевых ориентиров «90–(90)–90»¹. План также предлагает, чтобы все страны:

Охватить как минимум



В рамках этого подхода, охватить как минимум



Добиться как минимум

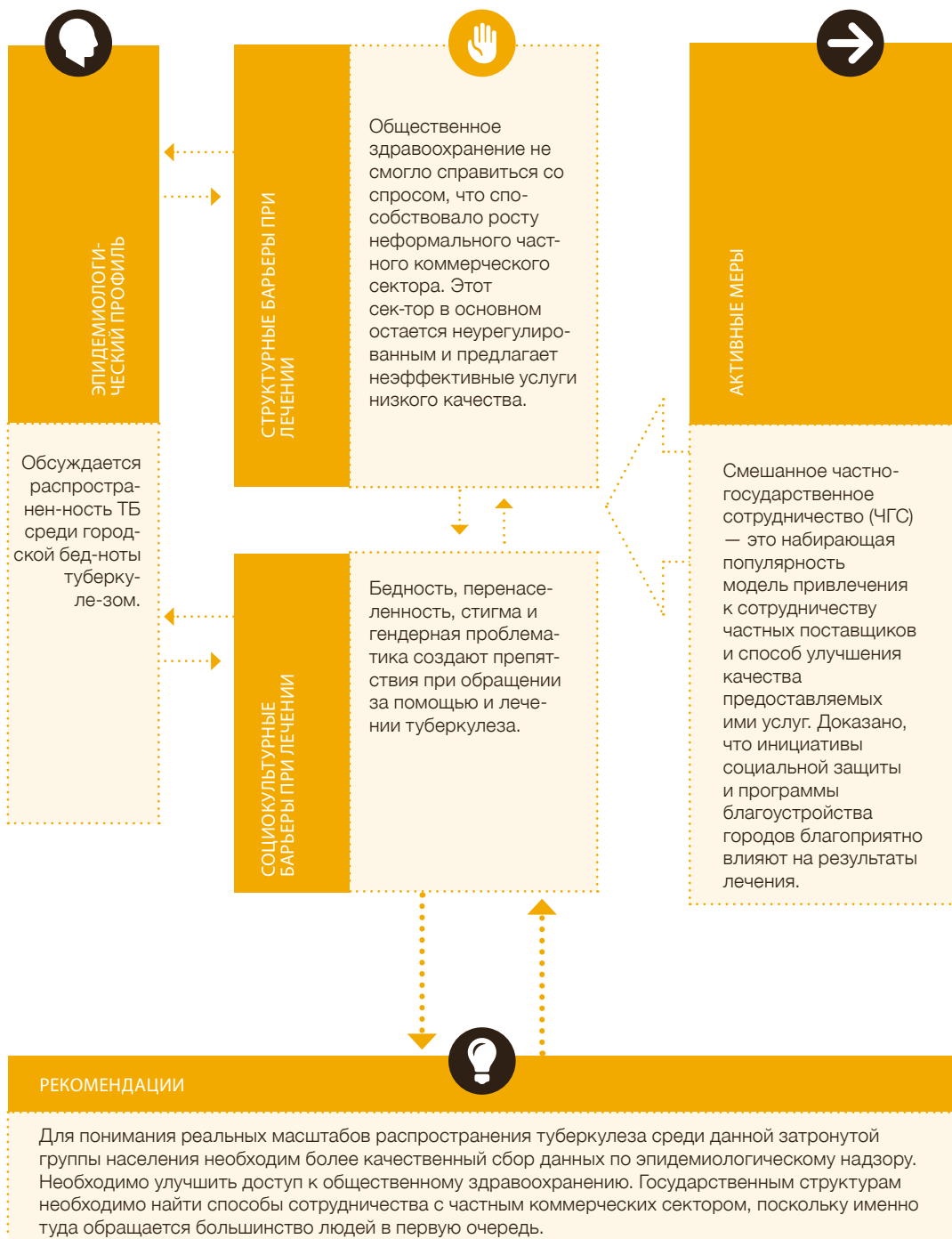


- идентифицировали свои основные затронутые группы населения на национальном и субнациональном уровнях согласно оценке потенциальных рисков, численности населения и конкретных барьеров, включая барьеры в области прав человека и гендерные барьеры, для обеспечения доступа к лечению туберкулеза;
- поставили операционную цель по охвату по крайней мере 90 % людей в основных затронутых группах посредством улучшенного доступа к услугам, при необходимости систематического скрининга, основанного на правах человека, и новых методах выявления заболевания, 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 основных 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 городской бедноты 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



В целом, показатели заболеваемости туберкулезом выше в городских районах, чем в сельских (1). Во всем мире наблюдается сильнейший виток урбанизации, а почти половина населения планеты проживает в данное время в больших и малых городах (2). Наиболее интенсивная урбанизация наблюдается в менее развитых регионах мира, а городское население Южной Азии и стран Африки с югу от Сахары, как ожидается, в течении последующих двух десятилетий увеличится вдвое (3, 4). Риски в области охраны здоровья для людей, вызванные неконтролируемым развитием городов, непропорционально затрагивают малоимущее городское население (5). По расчетам, приблизительно четверть мирового городского населения обитает в трущобах, что обеспечивает идеальные условия для распространения инфекционных заболеваний, таких как туберкулез. Следовательно, эти трущобы служат инкубаторами и рассадниками для потенциальных вспышек заболевания (3, 4, 6). В этих районах перенаселенность, нищета, недоедание и недостаточный доступ к услугам здравоохранения в совокупности влияют на незащищенность и уязвимость людей в отношении туберкулеза (3, 6–8). Туберкулез может выйти за пределы трущоб и других неофициальных поселений и распространиться на другие части города, в сельские регионы и за пределы национальных границ (3). Это объясняется тем фактом, что обитатели трущоб часто работают в других частях города, а высокая мобильность перемещения из сельских регионов в город, а также перемещение через национальные границы является привычной для групп бедных мигрантов, которые составляют значительную часть обитателей городских трущоб (3).

Данные о состоянии здравоохранения обычно собираются на уровне всего города, что усложняет попытки идентифицировать степень существующего в определенных районах, таких как городские трущобы, неравенства в области медицинского обслуживания, а это затрудняет формулирование точного эпидемиологического профиля по туберкулезу в таких районах (9). Однако, имеются исследования, демонстрирующие, что пораженность туберкулезом выше среди обитателей трущоб, чем среди жителей городских и сельских регионов. Исследование в трех трущобных районах в юго-восточной части Нигерии выявило, что 6,4 % прошедшего скрининг населения были больны

туберкулезом (10). Недавнее исследование, проведенное в Дакке, Бангладеш, обнаружило, что показатель распространенности туберкулеза в трущобных районах был в четыре раза выше общего показателя для жителей города (11). В Уганде общий показатель распространенности туберкулеза в трущобах Кампалы был в семь раз выше национального (12).



Структурные барьеры при лечении

Низкий уровень использования государственных услуг

Как правило, уровень обращений обитателей трущоб в государственный сектор здравоохранения достаточно низок, эти люди в основном обращаются за медицинской помощью к неформальным частным коммерческим поставщикам услуг, даже не смотря на то, что это сопряжено с дополнительными личными расходами (5, 13–19). Например, считается, что в Индии 80 % первых обращений за медицинской помощью и 50 % лечения и ухода по туберкулезу приходятся на частный сектор (20). Можно отметить хорошо известный трехэтапный поведенческий шаблон обращения за медицинской помощью, принятый в среде городской бедноты с симптомами туберкулеза (21). Первый шаг включает в себя начальную консультацию с аптекарем и очень часто сопровождается покупкой лекарственного средства от кашля, продающегося без рецепта врача, или антибиотиков широкого спектра действия (21). Затем следуют одна или больше консультаций с частным поставщиком медицинских услуг. В итоге, со значительным опозданием человек обращается за диагнозом и лечением от туберкулеза в государственном секторе здравоохранения (21).

Низкий уровень использования бесплатных государственных услуг на начальном этапе объясняется рядом факторов. Несмотря на то, что расстояние до ближайшего учреждения здравоохранения обычно указывается в качестве главного барьера для малоимущего городского населения, другим барьером в доступе к государственным услугам для обитателей городских трущоб может быть стоимость поездки (17, 19, 22). Сами услуги государственного здравоохранения могут быть недоступны в трущобах и других неформальных городских поселениях. Например, исследование, проведенное в трех трущобных районах Найроби, Кения, показывает, что из 503 учреждений здравоохранения для местных обитателей только 6 (или 1 %) были государственными, а 83 % — частными коммерческими учреждениями (23). Недостаточная осведомленность о бесплатном диагностировании и лечении, заблуждение относительно низкого качества услуг, предоставляемых в государственных центрах, неудобный график работы государственных центров, а также стигма служат барьерами для обращаемости за государственными услугами (13–15).



неформальном частном коммерческом секторе

Расширение неформального частного коммерческого сектора в местах проживания городской бедноты является следствием неспособности государственных услуг здравоохранения справиться с возросшим спросом (15). Частные коммерческие поставщики могут удовлетворить потребности своих клиентов, предлагая услуги, которые были проигнорированы государственным сектором здравоохранения, как-то продленный график работы, более гибкие варианты оплаты и более удобное расположение (5, 16, 19, 24).

Несмотря на растущую значимость частного сектора здравоохранения, многие страны оказались не в состоянии отреагировать на этот быстрый рост разработкой соответствующих нормативных рамок, а это влияет на качество услуг для потребителей (16). В развивающихся странах значительную часть частного сектора составляет целый ряд практиков, таких как лавочники, традиционные целители, аптекари и неаккредитованные знахари без официального медицинского образования (18).





Не отвечающие требованиям и неуместные схемы лечения, прописываемые такими практиками, могут способствовать распространению и усугублению легко предотвратимых заболеваний и несут повышенный риск появления инфекционных заболеваний с лекарственной устойчивостью, таких как туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) (9, 18). Лечение туберкулеза в частном секторе очень часто бывает низкого качества и не всегда соответствует методам диагностики; более того, прописываемые схемы лечения могут отличаться у разных поставщиков медицинских услуг (21). Одно исследование в Мумбаи, Индия, показало, что 106 поставщиков прописали 63 разных схем лечения (25). Отсутствие надлежащих систем ведения лечения также повышает риск увеличения числа больных, «потерянных для дальнейшего наблюдения» (21). Более того, для того чтобы извлечь максимальный доход и сохранить свою клиентуру, частные поставщики беззастенчиво пользуются недостатком знаний и неосведомленностью своих клиентов о доступных бесплатных услугах и о том, что представляют собой качественные услуги (5, 21).

Обученные профессионалы здравоохранения часто практикуют в двух секторах (21). Заработная плата в государственном секторе традиционно низка, поэтому врачи и фармацевты разделяют свое время между государственным сектором и частной практикой. Такая система может означать, что у работающих в государственном секторе врачей имеется слабая мотивация для предоставления комплексных услуг по лечению, поскольку им необходимо увеличить направления пациентов в свои частные практики (21). Также, во то время когда врачи или фармацевты заняты работой в государственном учреждении, в их частной практике их могут замещать кто-либо из членов семьи или наемные сотрудники, которые могут быть недостаточно квалифицированными для отпуска лекарств или оказания медицинской помощи (21). Аналогичным образом, потенциал государственной системы здравоохранения снижается, когда хорошо обученные профессионалы заняты своей частной практикой.

Слабое выявление случаев заболевания

Во многих странах с высоким бременем туберкулеза и ограниченными ресурсами пассивное выявление случаев заболевания формирует основу лечебно-профилактических мероприятий по туберкулезу (6, 11, 12). В условиях пассивного выявления случаев заболевания ответственность за поиск лечения возлагается на человека с симптомами туберкулеза. На поведенческую модель обращения за медицинской помощью человека с возможным заболеванием туберкулезом оказывают влияние окружающие болезни стигма и дискриминация, а также другие барьеры, включая расстояние до ближайшего медицинского учреждения, стоимость получения диагноза и его задержка (10, 11). Несмотря на то, что пассивное выявление случаев заболевания оказалось успешным в некоторых странах с ограниченными ресурсами (26), оно часто не в состоянии справиться с быстрыми темпами распространения туберкулеза в городских районах. Для эффективных лечебно-профилактических мероприятий по туберкулезу необходимы раннее выявление заболевания и незамедлительное начало лечения. Однако, люди из неблагополучных и маргинализированных групп населения, таких как малообеспеченное городское население, склонны откладывать обращение за лечением, что способствует дальнейшему распространению туберкулеза (27).

Активное выявление может оказаться успешным для обнаружения случаев заболевания в бедных городских районах (10–12, 28). Исследование, проведенное в Кейптауне, ЮАР, показало, что результаты лечения были одинаковыми как для активно выявленных случаев заболевания туберкулезом, так и для пассивно выявленных, но пациенты, выявленные активным способом, показывали более высокий начальный уровень больных, «потерянных для дальнейшего наблюдения» во время лечения (28). Этот факт может объясняться тем, что либо у пациентов, идентифицированных благодаря активному выявлению, отсутствовала мотивация соблюдать схему лечения, либо из-за задержек с направлением на лечение (28).

Социокультурные барьеры лечения



Бедность

Бедные слои населения уязвимы к целому ряду взаимосвязанных факторов риска, ассоциируемых с туберкулезом (29). Туберкулез оказывает непропорциональное воздействие на малоимущих, а катастрофические затраты, сопровождающие это заболевание, только усугубляют уровень бедности (8). Положительный диагноз на туберкулез может привести к потере работы и жилья, а также к ухудшению питания. Бедность уменьшает возможности семьи инвестировать в свое здоровье, образование и питание, что способствует сохранению замкнутого круга бедности из поколения в поколение. Исследование, проведенное в Мумбаи, Индия, показало, что бедные городские домохозяйства после постановки положительного диагноза на туберкулез теряли от 30 % до 60 % своего дохода, большой процент потерь приходился на те из них, где заболевшим оказывалось лицо, приносящее основную часть дохода (30).

Перенаселение

Плохая вентиляция и переполненность домов, рабочих мест, транспорта и территорий для отдыха увеличивают вероятность того, что неинфицированных туберкулезом люди подвергнутся воздействию туберкулеза (8). Обитатели трущоб чаще всего проживают в многоцелевых комнатах, где они готовят пищу, спят и проводят время (9). Переполненность помещений и чад от топлива для приготовления пищи подвергают обитателей риску респираторных заболеваний и делают их уязвимыми к туберкулезу (9). Исследование, проведенное в Маниле, Филиппины, обнаружило, что дети, проживающие в незаконно заселенных городских кварталах с большой плотностью населения, имеют в девять раз больше шансов заболеть туберкулезом, чем дети, которые проживают в других условиях (31).

Стигма и дискриминация

Вне зависимости от места проживания, стигма, окружающая туберкулез, влияет на обращаемость за медицинской помощью и приверженность лечению. Устаревшие стереотипы в отношении туберкулеза, страх перед инфекцией, негативное отношение медицинского персонала, самостигматизация больных туберкулезом, обвинения и порицания больных туберкулезом — все это приводит к стигме и дискриминации (32). Эта стигма может подтолкнуть неимущих членов общества, таких как городская беднота, еще ближе к краю пропасти.

Гендерный аспект

Имеется очень мало показателей по туберкулезу в городских трущобах и других неформальных поселениях, дезагрегированных по гендерному признаку. Исследование поведения при обращении за медицинской помощью, проведенное в Дакке, Бангладеш, показало, что несмотря на то, что показатель распространенности туберкулеза был выше среди мужчин, женщины в городских трущобах ждали дольше, прежде чем обратиться за помощью (11). Несмотря на то, что ряд факторов, таких как затраты и расстояние до ближайшего медицинского центра, могут снижать потребность в услугах здравоохранения, мужчины зачастую сталкиваются с меньшим количеством ограничений, чем женщины (33). В эндемических регионах барьеры доступа к услугам здравоохранения выше для женщин, что объясняется несколькими конкурирующими друг с другом факторами, включая социокультурное неравенство, стигму и отсутствие финансов (34). Гендерное неравенство усиливает уязвимость женщин в отношении стигмы, что в свою очередь отражается на их обращении за медицинской помощью (35). Очень часто женщины подвержены дополнительному риску, поскольку они ухаживают за другими больными туберкулезом членами семьи (36). Городские женщины могут столкнуться с дополнительными трудностями в плане поездок в учреждения общественного здравоохранения на общественном транспорте и воспитании детей в то время как мужчины находятся на работе.

Активные меры



Вовлечение неформального частного сектора: пропаганда модели смешанного частно-государственного сотрудничества

Неформальный частный сектор медицинских услуг глубоко укоренился в систему медицинской помощи многих городских трущоб и его не следует игнорировать при разработке любых мер по увеличению охвата населения услугами здравоохранения в этих регионах (5). Особенно это касается диагностики и лечения туберкулеза, а все заинтересованные стороны, работающие над проблемой туберкулеза, признают необходимость привлечения к взаимодействию этого сектора для замены низкокачественных и ненадлежащих услуг более доступными и точными системами диагностирования, лечения и мониторинга с помощью более качественного обучения и регулирования (21, 24). Модель смешанного частно-государственного сотрудничества (ЧГС) предлагает способы реализации такого взаимодействия, состоящие в, прежде всего, определении видов деятельности, которые могли бы осуществлять частные поставщики, и затем определении организаций, которые могли бы выступать в качестве посредников между государственным и частным секторами (21). Все программы по ЧГС имеют общие характеристики. Во-первых, правительства разрабатывают стратегию и руководящие принципы, финансируют обеспечение противотуберкулезными лекарственными средствами и оборудованием, а также покрывают другие расходы. Частные поставщики, выступая в качестве первого контакта, идентифицируют потенциальные случаи заболевания туберкулезом и извещают о них в НПТ или аффилированные с НПТ структуры. Затем пациенты направляются в государственные учреждения здравоохранения для подтверждения диагноза и начала лечения. Лечение и ведение пациента можно продолжить либо в государственном, либо частном секторе (24). Посреднические организации обеспечивают мобилизацию и координацию различных партнеров по оказанию медицинских услуг, а иногда могут быть привлечены к ведению случаев заболевания (24). Эти посреднические организации также могут участвовать в различных просветительских и обучающих программах для частных поставщиков. Мобильная медицинская услуга mHealth может быть использована для стандартизации обмена информацией между различными заинтересованными сторонами ЧГС и более эффективного отслеживания данных о лечении больных туберкулезом. Мобильная медицинская услуга mHealth также может быть применена для улучшения доступа людей с туберкулезом к услугам здравоохранения.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЧГС (АДАПТИРОВАНО ИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕЙ (LEI) И ДР.)



Реализация инициатив ЧГС показала улучшения в отношении выявления случаев заболевания, результатов лечения и доступа к противотуберкулезному лечению (24). В случае успешного внедрения таких схем также сокращаются личные расходы больных (24). Однако, на успех таких инициатив могут повлиять недостаточное регулирование и слабое управление партнерами, задействованных в таких мерах вмешательства, а также отсутствие обмена информацией между различными заинтересованными сторонами ЧГС (24).

Примеры ЧГС включают в себя партнерство с врачами, не имеющими лицензии, которые практикуют в городских трущобах, и предоставление им небольших финансовых стимулов за направления лиц с симптомами туберкулеза на диагностику в местные противотуберкулезные центры (37). Однако, часто можно обойтись без финансовых стимулов. Другие инициативы предлагают обучающие программы для фармацевтов по распознаванию симптомов туберкулеза и выдаче лекарственных средств против него. Если сообщество будет рассматривать бизнес аптекаря как надежный в плане распространения качественных лекарственных средств и постановки диагноза по туберкулезу, это укрепит его репутацию и поможет сохранить существующую клиентуру; это также поможет им успешно конкурировать с менее надежными продавцами лекарственных средств (16). Предпринимаемые ЧГС меры вмешательства также предусматривают действия по информированию потребителей об их правах, доступных услугах и уровне медицинских услуг, который они вправе требовать (18).

Инициативы социальной защиты

Инициативы социальной защиты, такие как денежные переводы, были внедрены для оказания помощи домохозяйствам, живущим в условиях бедности, смягчая последствия экономических потрясений и позволяя физическим лицам и сообществам наращивать свой финансовый, физический и человеческий капитал (8). Схемы денежных переводов предоставляют семьям финансовую поддержку в обмен на выполнение определенных требований, как-то гарантированное посещение школы их детьми и доступ к перинатальному осмотру и мониторингу роста детей (8, 38). Было доказано, что такие инициативы с денежными переводами позволяют домохозяйствам улучшить продовольственную безопасность, повысить потребление и

улучшить обращаемость за медицинскими услугами (8, 39, 40). Денежные переводы могут быть применимы для смягчения последствий туберкулеза путем уменьшения финансовых барьеров в диагностике и лечении. Денежные переводы также можно предлагать в обмен на приверженность лечению, а также тесным контактам лиц с туберкулезом как компенсацию за прохождения скрининга. Денежные переводы также можно предлагать в обмен на участие в просветительских программах по туберкулезу (8).

Восстановление городской среды

Быстрая урбанизация, наподобие наблюдаемой в странах Азии и Африки, является одним из самых значительных барьеров в эффективной борьбе с туберкулезом. Перенаселенность и плохая вентиляция помещений являются факторами передачи инфекции, а ненадлежащий охват обитателей трущоб услугами здравоохранения приводит к нежеланию обращаться за медико-санитарной помощью (8). Проекты восстановления городской среды могут помочь обуздать передачу туберкулеза путем модернизации жилищного фонда, что приведет к уменьшению переполненности жилищ и улучшению систем вентиляции. Небольшая инфраструктурная модернизация в трущобных районах, как-то улучшение водо- и энергоснабжения, позволит, в свою очередь, повысить производительность местной экономики и улучшить состояние здоровья. Однако, необходимо признать то, что трущобы неоднородны, и разрабатывать любой проект обновления городских районов, консультируясь с местным населением для того, чтобы определить их наиболее насущные проблемы (9).

Улучшение данных наблюдения

Данные наблюдения за состоянием здоровья обычно собираются на уровне всего города, что скрывает различия данных между различными группами городского населения. Следовательно, имеется необходимость сбора данных о состоянии здоровья, который бы принимал во внимание окружающую среду, в которой развивается заболевание, а также необходимость улучшения методов сбора информации о бремени заболевания среди обитателей городских трущоб (9). Жизненно важными являются более эффективные системы оповещения НТП о случаях заболевания туберкулезом, и внедрение модели ГЧС может в этом помочь.

Рекомендации



Эти рекомендации являют 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 малоимущего городского населения.

| Гражданское общество | Городское население, живущее с туберкулезом | Национальные системы здравоохранения | Сообщество доноров |
|--|---|--|--|
| <p>Работать с национальными правительствами и малоимущим городским населением для идентификации барьеров доступа к услугам в конкретных условиях; повысить осведомленность о доступных в настоящее время услугах и обсудить смешанное частно-государственное сотрудничество с НПО;</p> | <p>Документировать барьеры доступа к услугам здравоохранения;</p> | <p>Улучшить доступ к услугам здравоохранения в бедных городских районах путем регулирования услуг частных поставщиков и облегчения такого частно-государственного сотрудничества в области охраны здоровья, которое вовлекает сообщества;</p> | <p>Финансировать мероприятия вмешательства (такие как ЧГС), которые могли бы увеличить доступ и охват малоимущим городским населением услугами здравоохранения;</p> |
| <p>Повысить осведомленность о доступных услугах и уровень базовой грамотности в отношении туберкулеза. Чем больше людей получит доступ к государственным услугам, тем лучше будет качество информации;</p> | <p>Внести рекомендации по наиболее эффективным методам повышения осведомленности и формам просветительской деятельности в сфере здравоохранения, которые бы принесли наилучший результат при работе с городскими жителями с туберкулезом;</p> | <p>Улучшить сбор данных эпидемиологического надзора, уделяя особое внимание обитателям бедных городских районов;</p> | <p>Поддерживать национальные правительства в отношении разработки новых методов обнаружения и мониторинга заболеваний среди труднодоступных групп городского населения;</p> |
| <p>Проводить общественные кампании по повышению осведомленности о существующих услугах, а также проводить учебные мероприятия, посвященные важности приверженности лечению;</p> | <p>Осуществлять картирование услуг в городских районах и распространять легкодоступную информацию, способствующую приверженности лечению;</p> | <p>Взаимодействовать с поставщиками медицинских услуг, которые уже работают в бедных городских районах, проводить их обучение для улучшения качества услуг и инфекционного контроля;</p> | <p>Финансировать программы партнерства с поставщиками медицинских услуг, уже работающими в бедных городских районах;</p> |
| <p>Проводить кампании под лозунгом «знай свои права», связанные с доступом к лечению туберкулеза в городских районах и пропагандировать различные схемы, облегчающие положение обитателей городских трущоб, больных туберкулезом;</p> | <p>Работать с юристами и активистами в сфере здравоохранения по повышению правовой грамотности в отношении доступа к лечению туберкулеза и защитных мерах в случае отказа в лечении;</p> | <p>Рекламировать государственные медицинские учреждения и обеспечивать прозрачность доступа к лечению и диагностике туберкулеза; предлагать льготы и стимулы обитателям городских трущоб, больных туберкулезом, такие как бесплатные проездные; разрабатывать другие инициативы, стимулирующие приверженность лечению;</p> | <p>Поддерживать инновационные программы, включая мобильную медицинскую услугу mHealth и другие методы, стимулирующие приверженность лечению среди обитателей городских трущоб, больных туберкулезом;</p> |
| <p>Стимулировать образование сообществ по борьбе с туберкулезом в городских трущобах, которые могли бы усилить и поддерживать друг друга и учить других.</p> | <p>Организоваться для получения лучшего доступа к лечению от туберкулеза.</p> | <p>Работать с людьми с туберкулезом в городских трущобах по улучшению приверженности лечению.</p> | <p>Поддерживать сообщества людей с туберкулезом и работающих с ними организации в городских регионах.</p> |

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. Udawadia 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, Lindtjorn 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 Família. *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