

INFORME SOBRE POBLACIONES CLAVE



POBLACIONES RURALES

EN SITUACIÓN DE POBREZA

Conceptos generales



L

as estadísticas globales indican que la carga de TB es mayor en las zonas urbanas. Sin embargo, en los países donde una gran parte de la población reside en zonas rurales, en condiciones de pobreza extrema, la TB es dominante entre los habitantes de las zonas rurales. La pobreza y el acceso limitado a los centros de salud y al personal de sanidad disminuyen significativamente la capacidad de las personas con TB residentes en las zonas rurales de obtener diagnóstico y tratamiento oportuno. El estigma y la falta generalizada de conocimientos acerca de la TB también son más comunes en las comunidades rurales. Existen múltiples estrategias para superar estas barreras, y deberían ser implementadas a gran escala. Esta guía proporciona un resumen de los desafíos específicos a los que se enfrentan los habitantes de las zonas rurales y la manera en que estos desafíos pueden ser abordados.

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



Llegar al



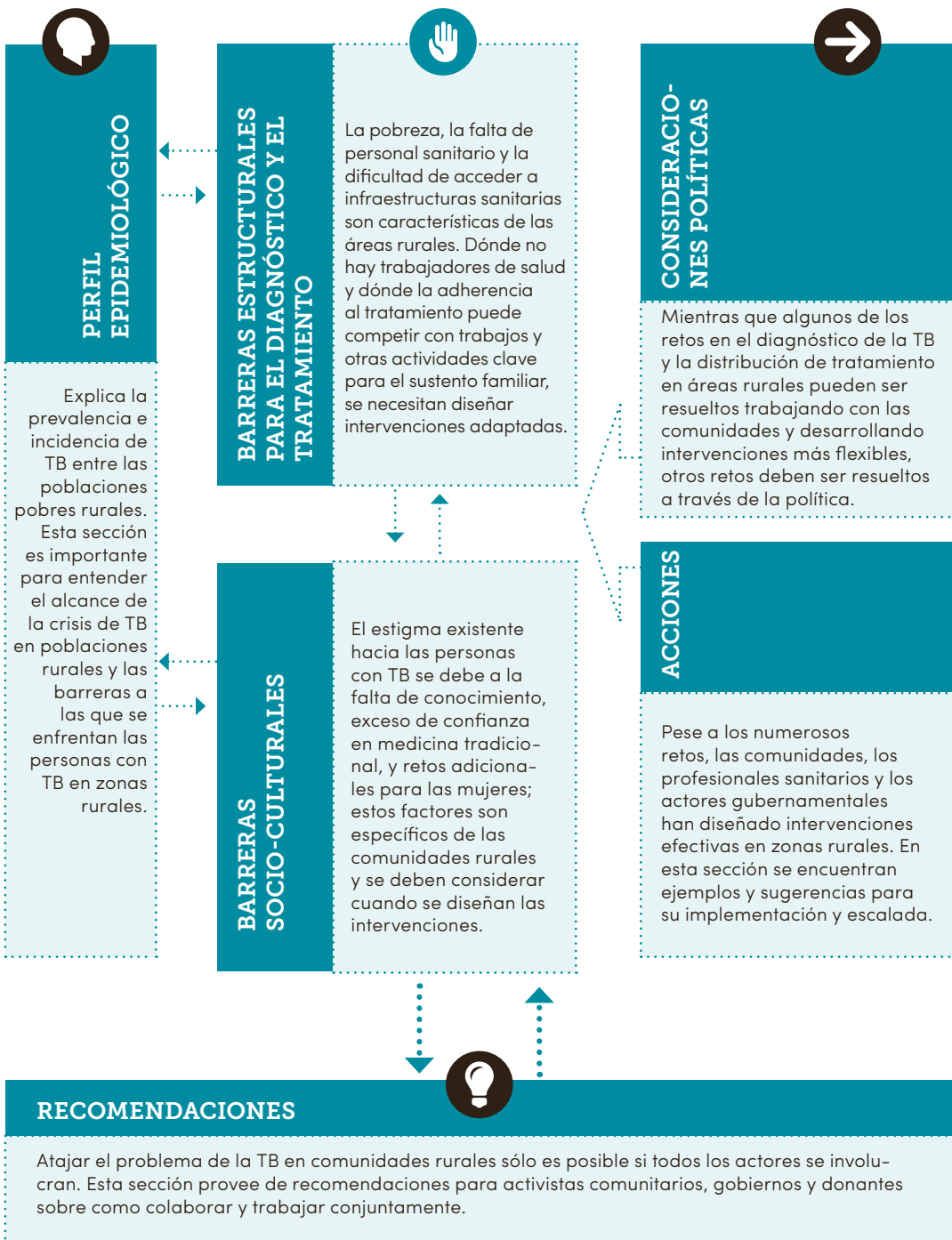
Lograr que al menos el



- 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.

¿Qué contiene esta guía?



Perfil epidemiológico



A nivel mundial, la prevalencia de la TB es considerablemente mayor en las zonas urbanas que en las zonas rurales (1). Sin embargo, en algunos países, estas estadísticas se invierten, y las personas que residen en las zonas rurales tienen mucho mayor riesgo de contraer TB. Por ejemplo, en China, donde el 80% de la población reside en zonas rurales, la prevalencia de la TB pulmonar activa en las zonas rurales es 1,8 veces más alta que en las zonas urbanas (2). Del mismo modo, en otros países en desarrollo en los cuales se encuentra una gran proporción de la población residiendo en zonas rurales, la incidencia de la TB en las zonas rurales es mayor o igual a la de las grandes concentraciones urbanas (3,4). En otros entornos en los cuales la prevalencia e incidencia global es más alta en las zonas urbanas, algunas provincias rurales podrían experimentar cargas más pesadas de TB, pero recibir menos atención por parte de los donantes y los encargados de formular las políticas (5).

Los retrasos en el diagnóstico correcto y el inicio del tratamiento eficaz, aumentan la morbilidad y mortalidad de la TB, su riesgo de transmisión y el desarrollo de formas de TB resistentes a los medicamentos en comunidades rurales. El acceso al diagnóstico y al tratamiento de la TB para personas con TB que residen en zonas rurales se demora significativamente (6). Estos retrasos y las menores tasas de cumplimiento y de finalización del tratamiento en la población rural se deben a una variedad de factores: factores a nivel individual, tales como la confianza en la medicina alternativa y factores estructurales y otros problemas, tales como la imposibilidad de llegar a un centro de salud debido a la distancia, la falta y el coste de transporte, el hecho de tener que escoger entre el trabajo y el tratamiento, la desconfianza hacia los prestadores de servicios de salud, etc. (7-9). Teniendo en cuenta estos desafíos, junto con la condición socioeconómica a menudo más baja de los residentes de las zonas rurales en comparación con los de las zonas urbanas, la escasez de centros de salud y el estigma prevaiente de la TB en los entornos rurales, la TB representa un riesgo significativo para la población rural.

Barreras estructurales para el diagnóstico y tratamiento

Pobreza

En 2011, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola informó que el 70% de los 1.400 millones de personas extremadamente pobres del mundo viven en zonas rurales (10). Las condiciones de extrema pobreza en las que vive la mayoría de los pacientes rurales con TB, puede influir no sólo en el inicio del diagnóstico y tratamiento y en la capacidad de seguir el tratamiento, una vez diagnosticado, sino también en aspectos tan importantes para el tratamiento como el acceso a la nutrición y al saneamiento. Los residentes rurales empleados como trabajadores estacionales o que aceptan puestos de trabajo lejos de sus casas, podrían verse especialmente desfavorecidos, ya que sus posibilidades de diagnóstico y tratamiento están severamente limitadas por su movilidad en busca de ingresos.



Disponibilidad de personal de sanidad y centros de salud

Según la OMS, casi el 50% de la población mundial vive en zonas rurales, pero menos del 38% del personal de enfermería y menos del 25% de los médicos trabajan en esos entornos (11). Esta situación es más acuciante en los 57 países que la OMS ha identificado como países que tienen una escasez absoluta de personal de sanidad (11). De los 22 países del mundo con la carga más alta de tuberculosis, 15 se encuentran entre aquellos que experimentan una escasez extrema de personal de sanidad. La devastadora falta de personal de sanidad en las zonas rurales es un problema a escala mundial, impactando en particular en distritos rurales de por sí ya empobrecidos en los países en desarrollo (12,13). Participantes de estudios en múltiples entornos han informado que, cuando son accesibles, los centros de salud capaces de prestar atención a la TB operan con horario limitado e impredecible, con largos tiempos de espera y frecuente absentismo de los prestadores de servicios de salud (9). Algunos estudios también han demostrado que, cuando se enfrentan a la tarea de proporcionar tratamiento compasivo en su área de influencia, el personal sobrecargado de las clínicas omite estas responsabilidades debido a una carga abrumadora de pacientes u otras limitaciones (14). La población rural con TB que tiene diagnósticos más complicados o cepas de TB resistentes a múltiples medicamentos (MDR) podría no ser capaz de acceder a los centros de salud en los lugares en que vive, por lo que deben soportar importantes dificultades para acceder a los servicios de diagnóstico, tratamiento y atención en áreas urbanas y peri-urbanas. Además, las clínicas rurales podrían experimentar desabastecimiento o escasez de existencias de medicamentos más a menudo que las situadas en entornos urbanos (15–17).

¹ These countries are: Afghanistan, Bangladesh, Cambodia, DR Congo, Ethiopia, India, Indonesia, Kenya, Mozambique, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Uganda, United Republic of Tanzania, and Zimbabwe.





Distancia a los centros de salud

En los lugares en los cuales existe una menor disponibilidad de centros de salud, la principal barrera estructural para mucha gente rural con TB para primero obtener y luego cumplir con el tratamiento, es la distancia que debe recorrer para acceder al diagnóstico y tratamiento. Esta distancia puede causar retrasos significativos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento y obstaculizar la capacidad de las personas con TB para cumplir con el tratamiento (9). Las personas con TB residentes en zonas rurales podrían estar obligadas a viajar a diario a un centro de salud con el fin de recibir su tratamiento, independientemente de qué tan enfermas estén o de su horario de trabajo. Esto las hace vulnerables a peores resultados de tratamiento y a tasas más altas de pérdida de seguimiento (18). Además, las distancias más largas implican mayores costes de viaje que los residentes rurales ya desfavorecidos podrían no ser capaces de pagar. En las zonas rurales, para muchas personas con TB, la necesidad de asistir al tratamiento diario entra en conflicto con la necesidad más urgente de ganarse la vida (9). Los hallazgos recientes en cuanto a la eficacia y a la efectividad del tratamiento auto-administrado en zonas remotas han sido alentadores, y este tipo de tratamiento debería ser considerado para ser ampliado a zonas rurales en todo el mundo (19).

Coste del tratamiento

La escasez de centros de salud y personal de sanidad, acompañada del deterioro general de los sistemas de salud rurales, a menudo resulta en la corrupción y la dependencia de pagos informales o adicionales de otro tipo en estos entornos (20). Los esfuerzos para minimizar los costes de los medicamentos para los pacientes de TB han sido continuos. Pero incluso cuando los países han adoptado políticas gratuitas de diagnóstico y tratamiento de la TB, otras actividades asociadas con el tratamiento – tales como exámenes médicos (por ejemplo, radiografías de tórax), medicamentos adicionales indicados por los médicos para acompañar a los medicamentos contra la TB, hospitalizaciones y días sin trabajar – a menudo implican un coste catastrófico para los pacientes (21). Esto es especialmente cierto en las zonas rurales, donde el personal sanitario podría verse motivado a complementar sus ingresos con el cobro de cargos extra (22,23). Estudios realizados en diferentes regiones han informado de pacientes que gastan hasta un 40% de sus ingresos anuales en servicios sanitarios relacionados con la TB (24–26). Además, la población rural con TB podría no conocer las políticas a nivel nacional relacionadas con el tratamiento de la TB y por lo tanto ser incapaces de exigir los servicios a los que tienen derecho.



Barreras socioculturales para el tratamiento

Atención y servicios de salud alternativos

Los estudios acerca de las condiciones de salud han encontrado que la dependencia de la medicina tradicional y alternativa es en general más común en áreas rurales. Las personas que experimentan síntomas de TB en las zonas rurales podrían ser más propensas a visitar inicialmente a un curandero tradicional o a un herborista, retrasando así el acceso al diagnóstico formal y el inicio del tratamiento (27–30). Los curanderos tradicionales y los prestadores de servicios de salud alternativa también podrían ser más accesibles en términos de distancia recorrida, coste, familiaridad, confianza y buena relación (37). Por ejemplo, en el África subsahariana, la proporción de curanderos tradicionales entre la población es de 1:500, mientras que la proporción de médicos entre la población es de 1:40.000. En este sentido, los beneficios de la participación de los curanderos tradicionales en la prestación de tratamiento formal de la TB no se pueden subestimar (32). La evidencia ha demostrado que ofrecerle a la gente con TB la opción de contar con tratamiento de apoyo de la TB realizado por curanderos tradicionales puede influir positivamente tanto en los resultados del tratamiento como en otros aspectos de la experiencia del tratamiento (33).



Estigma y discriminación

La asociación de la TB con la pobreza y el temor a las formas resistentes de TB siguen fomentando el estigma y la discriminación, lo que a su vez impacta negativamente en los comportamientos de búsqueda de tratamiento y adherencia del tratamiento. Por otra parte, este estigma puede tener graves consecuencias socioeconómicas, en particular para las mujeres (34,35). Los residentes rurales experimentan mayores niveles de estigma y discriminación que sus homólogos en entornos urbanos y tienen menos conocimientos sobre los modos de transmisión, diagnóstico y tratamiento, lo cual a su vez puede contribuir a estos fenómenos (34,36). En las zonas rurales con una prevalencia elevada del VIH, la TB podría tener el estigma adicional como marcador para el VIH y los comportamientos que podrían ser estigmatizados. En las comunidades rurales muy unidas, el estigma de la TB podría evitar que los pacientes acepten tratamientos supervisados en sus hogares, donde las visitas del personal sanitario serían detectadas de inmediato por la comunidad (34,37,38). La auto-estigmatización y la auto-discriminación también podrían contribuir a una exclusión social aún mayor de las personas con TB. Por ejemplo, a pesar de haberseles dicho en repetidas ocasiones de que ya no contagiaban después de las dos primeras semanas de tratamiento, las personas con TB en Nepal exhibieron signos de auto-estigma durante toda la duración de su tratamiento (35). Algunas investigaciones sobre las experiencias de personas con TB también han informado de discriminación por parte del personal sanitario y de las clínicas, o de actividades por parte del personal sanitario que propagan el estigma, tales como las advertencias excesivas o el tratamiento de felpudos con productos químicos, entre otras (35,39).





Género

La salud de las mujeres a menudo pierde prioridad dentro de las familias, ya que se da preferencia a la salud de los niños y de los hombres, quienes también son considerados como la principal fuente de ingresos (40). Las mujeres experimentan mayores retrasos en la obtención de un diagnóstico de TB en múltiples contextos (6), lo que podría explicarse por su rol tradicional en la familia y sus responsabilidades como prestadoras de cuidados. En muchos lugares, debido a las limitaciones sociales y culturales, las mujeres rurales tienen dificultades para viajar a los centros de salud, ya que o bien tienen necesidad de un acompañante masculino o bien de dinero, al cual tienen acceso limitado (18, 41, 42). Por lo tanto, las dificultades asociadas a la distancia a un centro de salud son aún más importantes para las mujeres. En múltiples entornos, las mujeres han informado acerca de sus temores de que un diagnóstico de TB podría limitar sus opciones para contraer matrimonio o impactar en sus relaciones con su cónyuge y parientes actuales, poniéndolas así en riesgo de sufrir estigma social y desventajas económicas aún mayores (42). Mujeres de la India, Uganda y muchos otros lugares han informado que han sido abandonadas por sus maridos y expulsadas por sus familias cuando

fueron diagnosticadas con TB (42–44). Otros informes indican también que las mujeres diagnosticadas con TB, o incluso aquellas que han sido tratadas, son consideradas como inadecuadas para el matrimonio o la maternidad (45). En las zonas rurales, donde los vecinos y las familias pueden conocerse más estrechamente, estas actitudes son trágicas para las mujeres, ya que son condenadas al ostracismo por sus familias y comunidades, sin tener ningún lugar al que acudir en busca de apoyo. Los estudios realizados en entornos rurales han determinado que los hombres demuestran un mayor conocimiento sobre la TB que las mujeres, lo que también puede influir tanto en el comportamiento de búsqueda de atención como en la adherencia del tratamiento (42). En algunos países, las mujeres rurales han demostrado una mayor conciencia acerca de la TB y/o una mejor búsqueda de tratamiento y cumplimiento; en aquellos casos en que las mujeres rurales estaban estrechamente familiarizadas con el sistema de atención sanitaria y confiaban en los prestadores de servicios de salud (a través de la ampliación de la atención y el fomento de las visitas prenatales, etc.), eran más propensas a presentarse para un diagnóstico más temprano de la tuberculosis (27).

Condición de indígenas

Es importante tener en cuenta que una gran proporción de las poblaciones indígenas del mundo se encuentran en zonas rurales y que, a nivel mundial, estas poblaciones se ven desproporcionadamente afectadas por enfermedades infecciosas y de otro tipo, incluyendo la TB (46). Cuando las poblaciones indígenas además son marginadas y localizadas en lugares remotos, su acceso al tratamiento y atención adecuados contra la TB podría ser aún más limitado que el de la población rural en general. Los datos existentes muestran una prevalencia de TB mucho mayor entre los grupos indígenas de Australia, Canadá y los Estados Unidos (47). Una reciente revisión de la evidencia a nivel mundial encontró tendencias similares en otros países. Por ejemplo, en los pueblos indígenas de la Amazonia brasileña, la incidencia de TB es 20 veces mayor que la incidencia en la población general del Brasil, y en ciertos grupos tribales de la India, se encontró que la prevalencia de TB es más de 100 veces mayor que el promedio nacional (47). Las investigaciones sobre la TB entre las poblaciones indígenas tampoco son de fácil acceso, lo que podría dificultar aún más la prestación de servicios adecuados a este grupo.



Consideraciones sobre leyes y políticas

Condición de migrante del campo a la ciudad

Existe amplia evidencia de que la migración desde el campo a la ciudad es común en todos los entornos (48); por lo tanto, la preocupación por garantizar que los migrantes del campo a la ciudad obtengan los estándares pertinentes de atención contra la TB es universal. En países como China, los estudios han revelado mayores costes pagados del propio bolsillo, menor conocimiento acerca de las políticas de reembolso y falta de seguro de salud entre los migrantes del campo a la ciudad, así como la pérdida del empleo asociada con el diagnóstico de la TB y la necesidad de pedir dinero prestado a la familia y los amigos con el fin de someterse al tratamiento (49,50). Por lo tanto, son necesarias mejores políticas para incluir a los migrantes del campo a la ciudad en los sistemas de seguro de salud financiados a nivel nacional y así garantizar la no discriminación de los empleadores hacia éstas y otras poblaciones vulnerables. Las limitaciones que afectan a la prevención de la TB y el acceso a su tratamiento en la migración del campo a la ciudad, son analizadas con más detalle en la Mini-Guía sobre Migrantes de ALTO A LA TB.



Persistencia de la discriminación en el derecho laboral y sucesorio

A pesar de múltiples estatutos que prohíben la discriminación basada en la salud, tanto en los marcos jurídicos internacionales (51) como en la mayoría de los nacionales (donde las leyes nacionales contra la TB, por ejemplo (52), afirman específicamente que a las personas con TB se les asegurará su empleo durante el tratamiento), las personas con TB siguen siendo objeto de discriminación en el empleo y se mantiene el temor a ser despedidas o suspendidas de sus puestos de trabajo si se descubre su afección (34,35). Esto podría impactar especialmente en las personas de zonas rurales en situación de pobreza con empleo inestable o estacional y/o que están empleadas en condiciones desfavorables. Además, las leyes o prácticas que prohíben que las mujeres hereden la tierra en muchos países (53) impactan en las viudas de las personas con TB y en las mujeres con TB en comunidades rurales donde estas prácticas son más propensas a ser mantenidas. Estas prácticas y políticas han de ser sometidas a una estrecha vigilancia con el fin de evitar que los trabajadores y las mujeres de zonas rurales sigan siendo discriminados.

Subsidio rural para la retención de trabajadores

En algunos países, los gobiernos han comenzado a implementar un sistema de incentivos para aumentar la retención de médicos y enfermeros en las zonas rurales y de difícil acceso (54,55). Si bien estas intervenciones han sido eficaces para aumentar el reclutamiento en algunas zonas, estas intervenciones también han causado descontento entre el personal subalterno, ya que los aumentos salariales están destinados sólo al personal de mayor jerarquía, entre otros problemas (55,56). Por lo tanto, los sistemas de subsidio rural necesitan ser monitorizados cuidadosamente para asegurar su impacto y sostenibilidad a largo plazo.

Acciones



Cambio en las modalidades de tratamiento: participación de la comunidad, de prestadores de servicios de salud alternativos y de la familia

- El proyecto Axshya (TB Free) de la India hace participar a miles de voluntarios de las bases locales de organizaciones no gubernamentales (ONG) para llevar a cabo SAMVAD (diálogo en hindi). Los voluntarios utilizan materiales de bajo nivel de alfabetización para hablar de la TB en las comunidades con el fin de lograr una menor estigmatización, identificar los síntomas y referenciar al servicio de diagnóstico más cercano. Los voluntarios de SAMVAD también organizan la realización de pruebas de esputo para quienes no puedan llegar al servicio, ayudan con procedimientos de diagnóstico y tratamiento y actúan como proveedores de tratamiento de apoyo.
- En otros entornos, se han llevado a cabo intervenciones similares por parte de trabajadores de salud de la comunidad (también conocidos bajo diferentes nombres tales como trabajadores de extensión sanitaria, agentes de salud rural, etc.). Se trata de personas capacitadas que no tienen formación médica, pero que son respetadas y cuentan con la confianza de la comunidad y pueden actuar como trabajadores sociales para diversas afecciones, incluyendo la TB. Los modelos de trabajadores de salud de la comunidad han demostrado tener éxito en las comunidades rurales desde Etiopía a Haití, y su puesta en práctica es rentables y eficiente (57). En México y en otros países de América Latina, los trabajadores de salud de la comunidad, también conocidos como promotoras (es), combinan la medicina tradicional y la formal para tratar y apoyar a los pacientes con una variedad de afecciones, incluyendo la TB (58).
- La colaboración con los curanderos tradicionales y alternativos en las comunidades rurales de múltiples países ha demostrado tener resultados positivos para el acceso al tratamiento de la TB y sus resultados. La confianza y el respeto significativo con que cuentan los curanderos tradicionales en las comunidades rurales apoya los argumentos a favor de hacerlos participar aún más en la eliminación del estigma, la promoción de intervenciones específicas y el suministro de tratamientos de apoyo.
- Los miembros de la familia pueden tener interés adicional en fomentar el cumplimiento del tratamiento por parte de sus seres queridos y quizá no estén tan desbordados como los voluntarios de la comunidad que a veces se dedican a la prestación de apoyo (59,60).



Hacer más con menos: mHealth y clínicas móviles

- Las intervenciones de mHealth (salud móvil) han ganado popularidad en muchos países en desarrollo, en los cuales el acceso a los teléfonos móviles ha aumentado dramáticamente en los últimos años. Aunque ser propietario de un teléfono móvil podría seguir siendo un lujo en algunas comunidades rurales, los trabajadores de salud de la comunidad pueden utilizarlos para interactuar con los servicios de diagnóstico y de tratamiento, informar sobre complicaciones y avances en el tratamiento de algunos pacientes, y seguir capacitándose. En un estudio en particular, cuando se compraron los teléfonos móviles para los trabajadores de salud de la comunidad, no tuvieron que gastar más tiempo viajando desde el hospital al pueblo y, por lo tanto, pudieron proporcionar informes de cumplimiento de los tratamientos, hacer citas para personas con TB y formular preguntas a los médicos desde el lugar a través de mensajes de texto o llamadas. Como resultado, la capacidad del programa de tratamiento de la TB rural se duplicó y se ahorró dinero (61).



Movilización de personas con TB: Clubes de TB

- Médicos Sin Fronteras instituyó clínicas móviles que han tenido éxito en el seguimiento y el tratamiento de los pacientes de TB y otras afecciones en las comunidades rurales de Sudáfrica. Las clínicas móviles posibilitan el seguimiento regular de pacientes y son especialmente convenientes para los residentes rurales que dependen del trabajo estacional, razón por la cual ellos mismos podrían ser “móviles”.
- Los “Clubes de TB”, grupos de apoyo para pacientes con TB, son considerados eficaces en la lucha contra el estigma internalizado. El estigma internalizado puede suponer una barrera importante para el tratamiento en las personas con TB, quienes podrían experimentar fatiga hacia el tratamiento por los ciclos prolongados de medicación y una disminución del sentido de su propia valía. Por lo tanto, el aumento del apoyo y la ampliación de las redes de apoyo para los pacientes podrían ser muy beneficiosos para los resultados del tratamiento (62).

Recomendaciones

Aunque estas recomendaciones proporcionan un esquema de actuación para una amplia gama de actores interesados clave, 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 utilizadas en la mejora de la prevención, el tratamiento y la atención en materia de TB para la población rural en situación de pobreza.



Sociedad Civil	Grupos de la población rural con TB	Gobiernos nacionales y sistemas de salud	Donantes
<p>Abogar a nivel local por mayores niveles de transparencia y acceso a la información sobre la prestación de servicios de salud rural.</p> <p>Crear oportunidades de aprendizaje para todos los miembros de la comunidad para que encuentren su camino en los sistemas de salud y reciban servicios de salud adecuados.</p> <p>Crear oportunidades para que las personas con TB se organicen y convoquen con el fin de ampliar sus redes de apoyo y sus conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la TB.</p>	<p>Establecer redes y organizaciones informales de personas con TB en las comunidades rurales.</p> <p>Elaborar una agenda de defensa y trabajar para ampliar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la TB.</p> <p>Responsabilizar a los gobiernos y llamar a la transparencia sobre cómo son prestados los servicios para la TB a quienes son más vulnerables.</p>	<p>Garantizar la transparencia en los centros de salud rurales, ya que la experiencia en otros países ha demostrado que la publicación de las listas de medicamentos que los pacientes pueden recibir de forma gratuita y de la lista de los servicios de atención sanitaria gratuita disminuye la corrupción y permite que los pacientes puedan abogar en su propio nombre.</p> <p>Proporcionar oportunidades para que las redes comunitarias locales de gente con TB monitoricen e informen sobre la prestación de servicios y destaquen problemas/soluciones.</p>	<p>Responsabilizar a los beneficiarios de los gobiernos y llamar a la transparencia sobre cómo son prestados los servicios para la TB a quienes son más vulnerables.</p> <p>Invertir en la programación comunitaria que tenga como objetivo promover la auto-educación y defensa de los pacientes.</p>
<p>Abogar ante los líderes nacionales en materia de salud para obtener el acceso a materiales de bajo nivel de alfabetización para expandir el conocimiento de la TB y combatir el estigma de la TB en las comunidades rurales, especialmente entre las mujeres, y para implementar intervenciones innovadoras.</p>	<p>Tomar decisiones acerca de las mejores estrategias con las cuales se puede educar a sus pares sobre la TB y la importancia de cumplir con la medicación.</p>	<p>Producir materiales de comunicación sanitaria sobre los síntomas y el tratamiento de la TB para poblaciones de bajo nivel de alfabetización con el fin de aumentar el conocimiento; asegurarse de que estos materiales sean positivos y alentadores y que ayuden a combatir el estigma; consultar con los defensores de la comunidad sobre qué mensajes son clave para estos materiales; garantizar que las poblaciones rurales más vulnerables, como las mujeres rurales, sean incluidas tanto como público destinatario de estos mensajes como en el diseño de las intervenciones.</p>	<p>Promover e invertir en materiales de bajo nivel de alfabetización para las comunidades rurales.</p>



Sociedad Civil	Grupos de la población rural con TB	Gobiernos nacionales y sistemas de salud	Donantes
<p>Abogar por la participación en el diseño de aquellas intervenciones que sean eficientes y rentables y que mejor se adapten a las necesidades de las comunidades rurales.</p>	<p>Difundir las necesidades de la población rural con TB; realizar actividades de promoción a nivel local y buscar la manera de hablar con los actores involucrados a nivel nacional.</p>	<p>Explorar formas innovadoras y rentables de prestación de asistencia sanitaria para la TB en comunidades rurales, tales como mHealth (salud móvil), las intervenciones de los trabajadores de la comunidad, DOTS (tratamientos breves bajo observación directa) apoyados por la familia, participación de curanderos tradicionales, y capacitación.</p>	<p>Promover en diferentes entornos, e invertir, en la ampliación de intervenciones rentables que puedan aumentar el acceso al tratamiento para las comunidades rurales.</p> <p>Trabajar con los líderes de las comunidades rurales para ayudar a desarrollar y promover esas intervenciones.</p>
<p>Trabajar con los líderes de la comunidad para eliminar el estigma mediante la educación y el apoyo.</p> <p>Asegurar que las mujeres y los niños de la comunidad tengan acceso al conocimiento y a la educación acerca de la TB.</p> <p>Abogar por programas específicos para los grupos indígenas.</p> <p>Alentar la participación de miembros de la familia, curanderos tradicionales y trabajadores de salud de la comunidad en todos los aspectos de diagnóstico y suministro de tratamiento para la TB.</p>	<p>Focalizarse en la participación de grupos específicos de la población que podrían ser marginados adicionalmente entre la población rural con TB (por ejemplo, mujeres, trabajadores migrantes) y asegurarse de que participen adecuadamente en el trabajo de defensa y se beneficien con la expansión del acceso al tratamiento.</p> <p>Trabajar con las familias y los curanderos tradicionales para fomentar programas cohesivos y conjuntos para superar la TB en la comunidad.</p>	<p>Promover la participación de la comunidad entera en la prestación de servicios de prevención, tratamiento y atención de la TB.</p> <p>Colaborar con los curanderos tradicionales y los trabajadores de salud de la comunidad para fomentar programas educativos para ambos y para crear oportunidades e incentivos para que estos grupos participen en la prestación de atención sanitaria a las comunidades rurales; garantizar que existan programas específicos dirigidos a los grupos indígenas.</p>	<p>Apoyar programas integrales que beneficien a comunidades enteras y hagan participar a los líderes, curanderos tradicionales, pacientes y otros grupos de defensa.</p>
<p>Abogar por mejores marcos legales que eliminen las barreras para los trabajadores y las mujeres con TB.</p>	<p>Supervisar e informar de violaciones en el empleo y en el acceso a la propiedad y a la tierra para las mujeres con TB/viudas de personas con TB.</p>	<p>Establecer mecanismos para la revisión de leyes, políticas y prácticas que podrían afectar negativamente a las personas con TB.</p>	<p>Apoyar la revisión legal y política de las leyes relacionadas con el bienestar de las personas con TB.</p>
<p>Trabajar con los sindicatos y los colectivos de trabajadores de la salud para combatir el estigma entre los trabajadores de la salud y garantizar la prestación de servicios de salud adecuados en zonas rurales.</p>	<p>Monitorizar e informar sobre violaciones en el sector de la salud y abogar por una financiación adecuada para los hospitales rurales y los sistemas de atención de salud, especialmente en la prestación de servicios para la TB.</p>	<p>Instituir incentivos para que los trabajadores de la salud actúen en las zonas rurales; monitorizar y mejorar la programación de incentivos para los trabajadores de la salud con el fin de garantizar la sostenibilidad.</p>	<p>Apoyar y difundir las mejores prácticas en cuanto a incentivos para los trabajadores de salud rural.</p>

Recursos

Axshya SAMVD: an innovative case finding strategy for tuberculosis care and control. *Health*. 2014;10 (http://www.researchgate.net/profile/Banuru_Prasad/publication/260434528_Axshya_SAMVAD_An_innovative_Case-Finding_Strategy_for_Tuberculosis_Care_and_Control/links/0f31753147d55b17bb000000.pdf).

Project Axshya: a civil society initiative to strengthen TB care and control in India supported by the Global Fund. New Delhi: The Union; 2014 (<http://www.theunion.org/what-we-do/publications/body/Axshya-Activity-Report-2013-14.pdf>, revisado en octubre de 2015).

New roots for rural health: challenging unequal access in South Africa. The Musina model of care. Johannesburg: Médecins Sans Frontières; 2013.

Low literacy materials: TB Smart Card (http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/TB_Smart_Card.pdf) and sputum collection instructions (http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/TB_Job_Aid_Poster.pdf).

ENGAGE-TB: training of community health workers and community volunteers. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/tb/publications/2015/engage_tb_training/en/).

Community health workers' manual. Seattle: PATH; 2007 (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2110>).

Referencias

1. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, revisado el 18 de octubre de 2015).
2. Yang Y, Li X, Zhou F, Jin Q, Gao L. Prevalence of drug-resistant tuberculosis in mainland China: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2011;6(6):e20343.
3. Hossain S, Quaiyum MA, Zaman K, Banu S, Husain MA, Islam MA, et al. Socioeconomic position in TB prevalence and access to services: results from a population prevalence survey and a facility-based survey in Bangladesh. *PLoS ONE*. 2012;7(9) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459948/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
4. Hoa NB, Sy DN, Nhung NV, Tiemersma EW, Borgdorff MW, Cobelens FG. National survey of tuberculosis prevalence in Viet Nam. *Bull World Health Organ*. 2010 Abr 1;88(4):273-80.
5. van't Hoog AH, Laserson KF, Githui WA, Meme HK, Agaya JA, Odeny LO, et al. High Prevalence of Pulmonary Tuberculosis and Inadequate Case Finding in Rural Western Kenya. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183(9):1245-53.
6. 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.
7. Sreeramareddy CT, Qin ZZ, Satyanarayana S, Subbaraman R, Pai M. Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in India: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(3):255-66.
8. 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.
9. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med*. 2007;4(7):e238.
10. Heinemann E, Prato B, Shepherd A. Rural poverty report 2011. International Fund for Agricultural Development; 2011 (<http://www.ifad.org/rpr2011/>).
11. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
12. Key messages 2013. Global Health Workforce Alliance; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/media/KeyMessages_3GF.pdf).

13. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:19.
14. Tao T, Zhao Q, Jiang S, Ma L, Wan L, Ma Y, et al. Motivating health workers for the provision of directly observed treatment to TB patients in rural China: does cash incentive work? A qualitative study. *Int J Health Plann Manage.* 2013;28(4):e310–24.
15. Stop stock-outs campaign. Stop Stock Outs Ensure Access to Essential Medicines for All (<http://stopstockouts.org/stop-stock-outs-campaign/>, revisado el 15 de octubre de 2015).
16. Lopez Gonzalez L. Drug stock outs hit more than one in 10 health facilities. *Health-E News.* 11 de Junio 2015 (<http://www.health-e.org.za/2015/06/11/more-than-one-in-10-health-facilities-hit-by-drug-stock-outs/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
17. Skosana I. Drug shortages send rural patients back to home remedies. *Mail & Guardian Online.* 3 de Julio de 2015 (<http://mg.co.za/article/2015-07-02-drug-shortages-send-rural-patients-back-to-home-remedies/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
18. Khan MA, Walley JD, Witter SN, Shah SK, Javeed S. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. *Health Policy Plan.* 2005;20(6):354–65.
19. Das M, Isaakidis P, Shenoy R, Anicete R, Sharma HK, Ao I, et al. Self-administered tuberculosis Treatment outcomes in a tribal population on the Indo-Myanmar border, Nagaland, India. *PLoS ONE.* 2014;9(9):e108186.
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff Proj Hope.* 2007;26(4):984–97.
21. Ukwaja KN, Modebe O, Igwenyi C, Alobu I. The economic burden of tuberculosis care for patients and households in Africa: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(6):733–9.
22. McCoy D, Bennett S, Witter S, Pond B, Baker B, Gow J, et al. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 2008;371(9613):675–81.
23. Bloom G, Han L, Li X. How health workers earn a living in China. Brighton: Institute of Development Studies; 2000 (<http://www.hrresourcecenter.org/node/145>, revisado el 5 de enero de 2016).
24. Liu X, Thomson R, Gong Y, Zhao F, Squire SB, Tolhurst R, et al. How affordable are tuberculosis diagnosis and treatment in rural China? An analysis from community and tuberculosis patient perspectives. *Trop Med Int Health TM IH.* 2007;12(12):1464–71.
25. Sanou A, Dembele M, Theobald S, Macq J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(12):1479–83.
26. Ukwaja KN, Alobu I, Igwenyi C, Hopewell PC. The high cost of free tuberculosis services: patient and household costs associated with tuberculosis care in Ebonyi State, Nigeria. *PLoS ONE.* 2013;8(8) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3754914/>, revisado el 6 de enero de 2016).
27. Lienhardt C, Rowley J, Manneh K, Lahai G, Needham D, Milligan P, et al. Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(3):233–9.
28. Eastwood SV, Hill PC. A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(1):70–5.
29. Kassaye KD, Amberbir A, Getachew B, Mussema Y. A historical overview of traditional medicine practices and policy in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2006;20(2):127–34.
30. Bates I, Fenton C, Gruber J, Lalloo D, Lara AM, Squire SB, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infect Dis.* 2004;4(6):368–75.
31. Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, Osuga K, Shimouchi A, Ishikawa N, et al. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(1):24–31.
32. Karim Abdool S. Bridging the gap: potential for a health care partnership between South African traditional healers and biomedical personnel in South Africa. *Centre for Epidemiological Research in Southern Africa;* 1992.
33. Colvin M, Gumede L, Grimwade K, Maher D, Wilkinson D. Contribution of traditional healers to a rural tuberculosis control programme in Hlabisa, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7(9 Suppl 1):S86–91.
34. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2010;125 Suppl 4:34–42.
35. Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2007;7:211.
36. Mushtaq MU, Shahid U, Abdullah HM, Saeed A, Omer F, Shad MA, et al. Urban-rural inequities in knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Pakistan's Punjab province. *Int J Equity Health.* 2011;10(1):8.

37. Zolowere D, Manda K, Panulo B, Muula AS. Experiences of self-disclosure among tuberculosis patients in rural Southern Malawi. *Rural Remote Health*. 2008;8(4):1037.
38. Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, Saisorn S, Diwan V. Feasibility of home-based and health centre-based DOT: perspectives of TB care providers and clients in an HIV-endemic area of Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5(8):741-5.
39. Rundi C. Understanding tuberculosis: perspectives and experiences of the people of Sabah, East Malaysia. *J Health Popul Nutr*. 2010;28(2):114-23.
40. Gopalan SS, Durairaj V. Addressing women's non-maternal healthcare financing in developing countries: what can we learn from the experiences of rural Indian women? *PLoS ONE*. 2012;7(1) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3260165/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
41. Reilley B, Frank T, Prochnow T, Puertas G, Van Der Meer J. Provision of health care in rural Afghanistan: needs and challenges. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1686-8.
42. Yang W-T, Gounder CR, Akande T, De Neve J-W, McIntire KN, Chandrasekhar A, et al. Barriers and delays in tuberculosis diagnosis and treatment services: does gender matter? *Tuberc Res Treat*. 2014;2014:1-15.
43. Mathew AS, Takalkar AM. Living with tuberculosis: the myths and the stigma from the Indian perspective. *Clin Infect Dis*. 2007;45(9):1247.
44. Todrys KW, Howe E, Amon JJ. Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. *Public Health Action*. 2013;3(1):7-10.
45. On International Women's Day, The Union calls for urgent attention to TB as a women's health issue. New Delhi: The Union; 2015 (<http://www.theunion.org/news-centre/news/on-international-womens-day-the-union-calls-for-urgent-attention-to-tb-as-a-womens-health-issue>, revisado el 18 de octubre de 2015).
46. The health of indigenous peoples. United Nations Inter-Agency Support Group (IASG) on Indigenous Issues; 2014 (<http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf>).
47. Tollefson D, Bloss E, Fanning A, Redd JT, Barker K, McCray E. Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(9):1139-50.
48. Saracoglu D, Roe T. Rural-urban migration and economic growth in developing countries. Society for Economic Dynamics Meeting Paper; 2004.
49. 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.
50. Wei X, Chen J, Chen P, Newell JN, Li H, Sun C, et al. Barriers to TB care for rural-to-urban migrant TB patients in Shanghai: a qualitative study. *Trop Med Int Health*. 2009;14(7):754-60.
51. UN General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights/ resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 (Resolución del 16 de Diciembre de 1966). Refworld (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>, revisado el 25 de octubre de 2015).
52. Federal law from 18 June 2011 (Ley federal del 18 de Junio de 2011), N77, On preventing the spread of TB in Russian Federation (<http://www.rg.ru/2001/06/23/tuberkulez-dok.html>).
53. Kimani M. Women struggle to secure land rights. *AfricaRenewal*; 2008 (<http://www.un.org/africarenewal/magazine/april-2008/women-struggle-secure-land-rights>).
54. Kumar N. A.P. govt. gives boost to rural doctors. *The Hindu*. 17 November 2001 (<http://www.thehindu.com/2001/11/17/stories/0417201b.htm>, revisado el 2 de marzo de 2016).
55. Ditlopo P, Blaauw D, Bidwell P, Thomas S. Analyzing the implementation of the rural allowance in hospitals in North West Province, South Africa. *J Public Health Policy*. 2011;32(S1):S80-93.
56. Makapela NC, Ushotaneffe U. Rural allowance and the retention of health professionals in selected hospitals in the North West Province of South Africa. *J Hum Ecol*. 2013;44(2):129-38.
57. Yassin MA, Datiko DG, Tulloch O, Markos P, Aschalew M, Shargie EB, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in Southern Ethiopia. *PLoS ONE*. 2013;8(5):e63174.
58. Herce ME, Chapman JA, Castro A, García-Salyano G, Khoshnood K. A role for community health promoters in tuberculosis control in the state of Chiapas, Mexico. *J Community Health*. 2010;35(2):182-9.
59. Newell JN, Baral SC, Pande SB, Bam DS, Malla P. Family-member DOTS and community DOTS for tuberculosis control in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2006;367(9514):903-9.
60. Akkslip S, Rasmithat S, Maher D, Sawert H. Direct observation of tuberculosis treatment by supervised family members in Yasothorn Province, Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999;3(12):1061-5.
61. Mahmud N, Rodriguez J, Nesbit J. A text message-based intervention to bridge the healthcare communication gap in the rural developing world. *Technol Health Care*. 2010;18(2):137-44.
62. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P. Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: An intervention study in rural Nicaragua. *BMC Public Health*. 2008;8(1):154.

Agradecimientos

Stop TB Partnership reconoce con gratitud la contribución de todos. Queremos agradecer a cada uno de ellos su respuesta entusiasta y apoyo al tiempo que esperamos implementar esto juntos.

Escritores Principales	FG Consulting Group	
Stop TB Partnership	Colleen Daniels Caoimhe Smyth Fariyah Malik	Jacob Creswell James Ayre Lucica Ditiu
Colaboradores – Participantes en el Taller de TB Key Populations Workshop Noviembre 2015	Ailed Bencomo Alerm 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
Diseño y diagramación 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