

# INFORME SOBRE POBLACIONES CLAVE



# MIGRANTES

## Conceptos generales



# A

pesar de numerosos tratados y compromisos internacionales para proteger el derecho a la salud de los migrantes, esta población todavía se enfrenta a importantes obstáculos en el acceso a la atención para la TB. La migración, impulsada por una compleja serie de factores económicos, sociales, políticos y ambientales, es un factor determinante de la mala salud, y los resultados sanitarios de los migrantes se ven afectados por diversas dimensiones del proceso migratorio. Los migrantes a menudo llegan a su destino con un estatus socioeconómico bajo, lo que los hace especialmente vulnerables a enfermedades tales como la TB. Al acceder a la asistencia sanitaria, los migrantes deben lidiar con políticas y prácticas discriminatorias, la escasa disponibilidad de servicios, las actitudes negativas de los trabajadores sanitarios, las barreras del idioma y el estigma. La TB no se detiene en las fronteras nacionales, por lo que las políticas para hacer frente a la TB en esta población no deben estar limitadas por consideraciones políticas locales. Es necesario que haya una mayor cooperación a nivel internacional para mejorar la vigilancia, las referencias y el tratamiento de la TB a través de los sistemas nacionales de salud.

# 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

**90%**

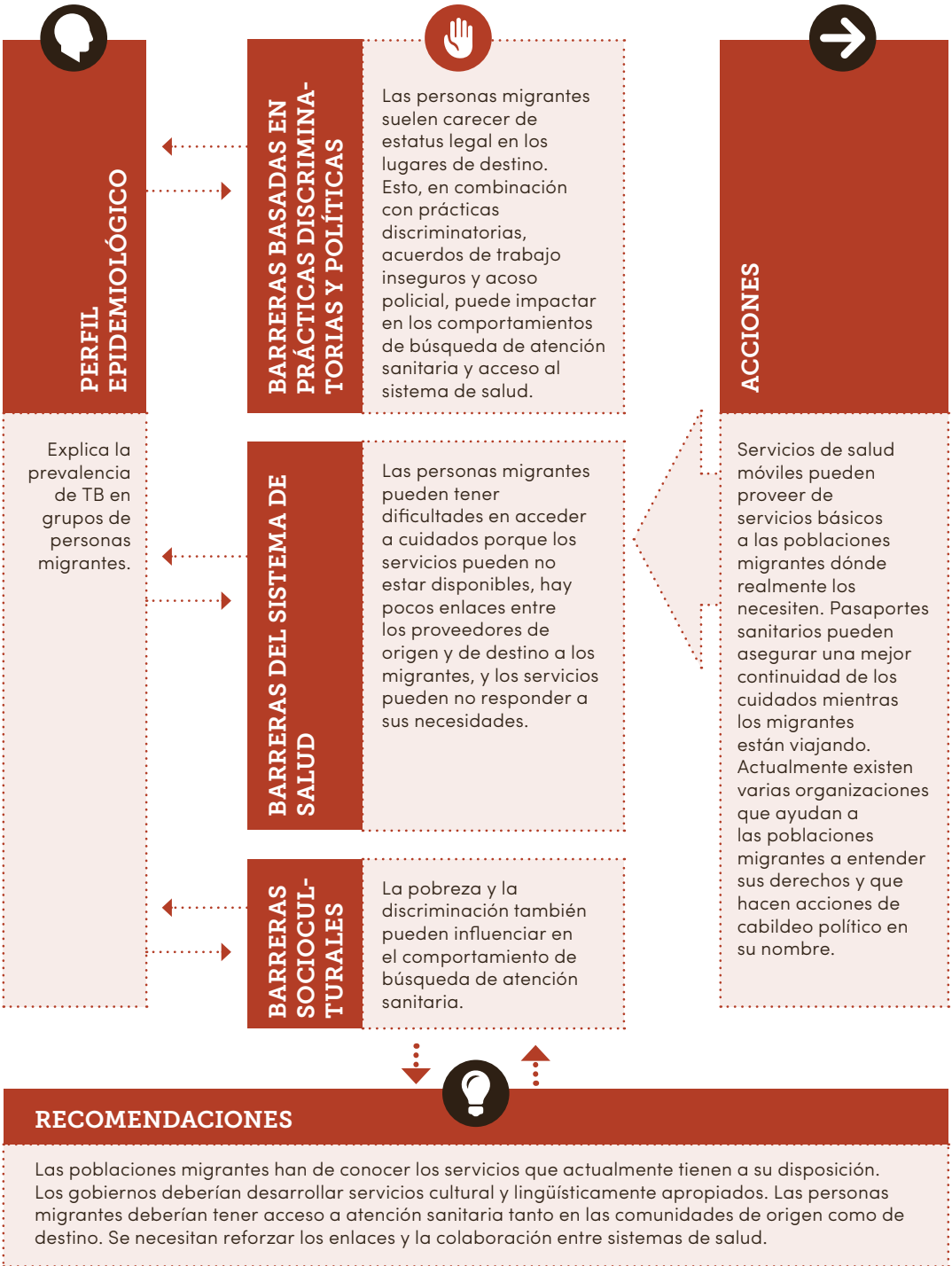
**DE LOS TRATAMIENTOS** de todas las personas con diagnóstico de TB sean exitosos mediante servicios de tratamiento accesibles, adherencia a los tratamientos completos y correctos y apoyo social.

- 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



La población mundial se ha vuelto cada vez más móvil, y se cree que hoy en día existen mil millones de migrantes en el mundo. Alrededor de las tres cuartas partes de los migrantes son migrantes internos, desplazándose dentro de las fronteras nacionales, en su mayoría desde las zonas rurales a las zonas urbanas (1, 2). Los migrantes pueden desplazarse voluntariamente en busca de mejores oportunidades sociales y económicas, o pueden verse obligados a desplazarse debido a factores tales como la guerra y la hambruna en sus lugares de origen (3). Las desigualdades sociales y económicas y las prácticas discriminatorias en las políticas de inmigración y los mercados de trabajo sirven para aumentar la vulnerabilidad frente a la TB de los migrantes empobrecidos y a alimentar la epidemia en esta población clave (4, 5). El acto de migrar a menudo ejerce una fuerte presión sobre los migrantes, y los desafíos a los que se enfrentan durante el tránsito y al llegar a su destino (por ejemplo, la pérdida de las estructuras de apoyo social, la discriminación y las barreras lingüísticas) a menudo se ven agravados por la presencia de la TB, del estigma de

un diagnóstico positivo de TB y de los posibles cambios en el estilo de vida necesarios para tratamiento y la atención de la TB (6).

Los migrantes forman una población heterogénea que abarca a personas con diferente condición social, jurídica y económica y diferentes motivaciones para desplazarse, lo que hace que sea difícil proporcionar una imagen fiable de la carga de TB en esta población (7, 8). Los datos de vigilancia también varían en calidad y fiabilidad, con los migrantes indocumentados a menudo no siendo incluidos en los informes oficiales de la TB en muchos países (9). La mayoría de las investigaciones epidemiológicas sobre la TB en las poblaciones migrantes ha tendido a concentrarse en el movimiento de personas desde países de bajos ingresos a países de altos ingresos, prestándose poca atención a la migración entre y dentro de países de bajos ingresos (10). Un estudio llevado a cabo en San Pablo, Brasil, encontró que los casos de TB entre los migrantes bolivianos aumentó de 10% en 1998 a casi el 55% en 2008, lo que demuestra que la migración desde las zonas de alta incidencia de la TB todavía puede tener un impacto importante en entornos en los que la incidencia de TB ya es de por sí elevada (9).



La migración es una actividad compleja que toma muchas formas. Ciertas poblaciones migrantes, como los pastores nómadas, son más móviles que los migrantes internos, que en general se desplazan desde las zonas rurales a las zonas urbanas en busca de oportunidades de empleo y permanecen en sus comunidades de acogida durante largos períodos de tiempo. Muchas de las barreras a las que los grupos migrantes se enfrentan para acceder a la asistencia sanitaria son una experiencia compartida. Sin embargo, ciertas barreras pueden ser sentidas más agudamente por un grupo que por otro. Esta guía utiliza las investigaciones existentes para presentar un amplio panorama de los efectos de la migración en el acceso a los servicios de TB y especifica los desafíos que enfrentan grupos particulares, cuando se dispone de información sobre estos desafíos y grupos.

# Barreras basadas en prácticas y políticas discriminatorias

## Situación jurídica de los migrantes en el lugar de destino

La situación jurídica de los migrantes en su lugar de destino tiene un impacto significativo en el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria. Numerosos estudios realizados entre los inmigrantes latinos indocumentados en los Estados Unidos han encontrado que el miedo a ser descubiertos por los funcionarios del gobierno disminuye la probabilidad de que busquen atención sanitaria para una variedad de enfermedades, incluyendo la TB (11–13). En muchos países, el acceso a la atención sanitaria a menudo está vinculado a la condición de residente. Por ejemplo, la provisión de servicios de salud en la India a menudo depende de la capacidad de proporcionar una prueba de ciudadanía, normalmente con un certificado de nacimiento (14). Sin embargo, en el caso de migrantes estacionales desde los estados rurales,

donde las tasas de registro de nacimientos son bajas, puede ocurrir que nunca se les haya expedido una partida de nacimiento, lo que dificulta su acceso a la asistencia sanitaria en su lugar de destino (14). A pesar de que la atención para la TB en la India está disponible gratuitamente a través de servicios de salud gubernamentales, la falta de documentación apropiada, junto con una posible falta de conocimiento en cuanto a los servicios disponibles, puede actuar como una barrera para la búsqueda de atención sanitaria (14). Las políticas de registro, tales como Hukou en China y Propiska en Rusia, que ligan el acceso de la población a los servicios a su prueba de residencia en una región en particular, también pueden tener consecuencias graves para la búsqueda de asistencia sanitaria y sus resultados en las poblaciones migrantes (15, 16).

### PERFIL DE PAÍS: CHINA

En China, Hukou, el sistema de registro de hogares introducido en los años cincuenta, liga el acceso de la población a los servicios públicos a su condición de residente. A medida que la población de China se ha tornado cada vez más móvil, este sistema significa que millones de migrantes desde zonas rurales a zonas urbanas del país no califican para los programas de seguros médicos y de asistencia pública en su lugar de destino. En su lugar, se ven obligados a pagar los gastos médicos de su propio bolsillo. Aunque las personas con TB activa reciben atención gratuita por parte del gobierno, los costes directos e indirectos de la obtención de un diagnóstico de TB recaen sobre la persona. Estos costes pueden causar que los migrantes retrasen la búsqueda de atención sanitaria u obligarlos a retornar a las zonas rurales en las que puedan tener acceso a la asistencia sanitaria pública (algo que también está asociado a altos costes) y a las estructuras de apoyo social. Los migrantes que retornan también pueden llevar la TB de la ciudad a las zonas rurales empobrecidas. Aunque se han dado pasos para reformar Hukou, los críticos advierten que millones de migrantes quedarían al margen de la atención sanitaria.

## Políticas discriminatorias

Muchos gobiernos, en particular los de los países de baja prevalencia y altos ingresos, siguen aplicando políticas tales como la detención, la deportación y las restricciones de viaje y de trabajo en el caso de migrantes con enfermedades tratables como la TB (17). Estas políticas sirven para erosionar la confianza entre los profesionales sanitarios y las personas con TB o TB no diagnosticada, y pueden causar que los migrantes retrasen o eviten buscar atención sanitaria (7). El temor a la deportación de los migrantes con TB no confirmada y de sus familias puede llevar a que quienes accedan a la atención oculten su dirección o proporcionen una dirección falsa, haciendo que la detección de contactos – un componente clave del control de la TB – sea muy difícil de implementar (18–20). La deportación también puede aumentar el riesgo de interrupción del tratamiento, lo cual a su vez aumenta la probabilidad de formas farmacorresistentes de la TB (7). En la tabla siguiente se describen algunos de los riesgos adicionales asociados con la deportación y la TB.



## DEPORTACIÓN Y TB:

RIESGOS (HELDAL, KUYVENHOVEN ET AL. 2008, WHO 2014)

- Es difícil asegurar la continuidad de la atención en el país al que la persona con TB está siendo deportada. Es poco probable que las autoridades sanitarias del país receptor admitan que tienen un programa de TB deficiente, y las personas con TB pueden enfrentar barreras incluso en países con programas con buen desempeño.
- Los medicamentos contra la TB que pueden ser enviados con la persona con TB a menudo se toman sin supervisión, es decir que no hay ninguna garantía de que se termine el tratamiento.
- Las leyes de confidencialidad pueden impedir que la información médica sobre el paciente con tratamiento para la TB sea compartida entre los diferentes sistemas de salud.
- El transporte aéreo puede verse retrasado debido a las regulaciones internacionales.
- Los migrantes en espera de deportación pueden ser mantenidos en centros de detención mal ventilados, hacinados e insalubres donde enfermedades tales como la TB se pueden propagar fácilmente. El tratamiento para la TB podría no estar disponible en estos entornos.
- Las personas deportadas pueden volver ilegalmente al mismo país en una fecha posterior. El tratamiento incompleto podría significar que vuelven con TB o incluso con formas de TB con mayor farmacorresistencia.

### Disposiciones laborales inseguras

La migración interna en los países de bajos ingresos está abrumadoramente impulsada por factores económicos (10). Los migrantes, ya sea internacionales o internos, a menudo encuentran trabajo en el sector informal urbano en su lugar de destino (21). Estos trabajos son poco calificados y mal pagos, y por lo general se caracterizan por la falta de contratos escritos y de acuerdos relacionados con beneficios tales como el seguro médico que se puedan hacer cumplir (14). La oferta de trabajo a menudo tiende a ser irregular e insegura en este sector (14). Debido a que carecen de cualquier tipo de recurso legal y pueden no tener ninguna protección jurídica en su lugar de destino, los migrantes también son vulnerables a los empleadores abusivos (10, 22). Todos estos factores tienen varias consecuencias importantes para las conductas de búsqueda de atención sanitaria y la adherencia de los tratamientos en las poblaciones migrantes empobrecidas.

Los bajos ingresos se correlacionan significativamente con el retraso en la búsqueda de atención sanitaria (23). Los frágiles arreglos laborales a los que muchos migrantes están sometidos, también impactan en la búsqueda de atención sanitaria y en el cumplimiento de los tratamientos, con

menores posibilidades de empleo después de un diagnóstico positivo de TB (24). Incluso si la persona con TB es capaz de seguir trabajando, el tratamiento de la TB a menudo interfiere con horarios de trabajo imprevisibles (24). La pérdida de ingresos después de un diagnóstico positivo de TB se ve agravada por los gastos adicionales en los que la persona posiblemente tenga que incurrir, tales como los costes de transporte hacia y desde los centros de tratamiento (24). Los trabajadores migrantes en el sector informal que son capaces de acceder a la atención de la TB son particularmente vulnerables al abandono del tratamiento debido a las presiones para volver a trabajar una vez que notan una mejoría en su estado de salud (25).

### Acoso policial

La migración del campo a la ciudad en muchos países de bajos ingresos ha contribuido a la congestión urbana y a la escasez de vivienda (14). Esto a menudo puede llevar a conflictos entre las poblaciones locales y los grupos de migrantes, con los primeros considerando a los segundos como una carga para los servicios públicos locales y la infraestructura, así como una competencia en el mercado laboral (14). Aunque la migración puede traer muchos



beneficios económicos para las comunidades de destino y de origen, a menudo es vista como un problema por las autoridades locales y la policía (14). Los migrantes son especialmente vulnerables al acoso de la policía debido a su baja condición socioeconómica y carecen de

status jurídico en la sociedad que los recibe (14). El acceso a los servicios básicos a menudo puede depender de la policía local, con los migrantes teniendo necesidad de sobornar a funcionarios corruptos con el fin de recibir atención sanitaria y vivienda (14).

## Barreras basadas en restricciones de los prestadores de servicios

### Disponibilidad de servicios sanitarios

El acceso a los servicios sanitarios, incluidos los servicios de diagnóstico y tratamiento de la TB, es típicamente más deficiente para las poblaciones migrantes que para las poblaciones del lugar de acogida (26). Los migrantes en los países de bajos ingresos que se desplazan por motivos económicos a menudo viven en poblados chabolistas urbanos y otros asentamientos informales. La disponibilidad de atención sanitaria pública suele ser baja en estos entornos (27). La falta de conocimiento acerca de los servicios de diagnóstico y tratamiento gratuitos, la percepción de mala calidad de la atención en los centros gubernamentales, los costes de viaje, la pérdida de oportunidades de ingresos, el idioma y el estigma también representan barreras para la utilización de los servicios gubernamentales ofrecidos (28, 29). Los migrantes también pueden sentir una sensación de alienación de los sistemas de salud pública en sus comunidades de acogida, lo que también podría representar una barrera para el uso de los servicios disponibles (30). El sector informal privado con fines de lucro es el primer punto de contacto para la mayoría de los habitantes de poblados chabolistas que presentan síntomas

de TB (28, 29, 31). El diagnóstico, tratamiento y cuidado de la TB es a menudo subóptimo en este sector, lo que contribuye a un mayor riesgo de infecciones resistentes a los medicamentos, tales como la TB multirresistente (MDR-TB) (32).

Un grupo importante a menudo pasado por alto en los esfuerzos de prevención de la TB es la población nómada móvil. Factores tales como la cría de animales, el consumo de leche no pasteurizada, la desnutrición y viviendas poco ventiladas y hacinadas convergen para aumentar el riesgo de transmisión de la TB entre los pastores nómadas (33, 34). Se cree que los hábitos de búsqueda de atención sanitaria son particularmente bajos en esta población, con individuos con síntomas de TB a menudo solicitando atención a los curanderos tradicionales antes de presentarse en los centros sanitarios públicos (34, 35). Un estudio llevado a cabo entre pastores nómadas en Etiopía encontró que la búsqueda de atención sanitaria para las personas con síntomas de TB podía retrasarse hasta en dos años (35). El conocimiento limitado de la TB y la distancia al centro de salud más cercano resultaron ser los principales obstáculos para la búsqueda de atención sanitaria y el acceso a la misma en esta población (35, 36).

### ATENCIÓN DE NÓMADAS EN ADAMAWA, NIGERIA

Un programa entre los pastores nómadas en Nigeria utilizó actividades de sensibilización, tales como anuncios radiales y detección activa de casos, para lograr un aumento del 112% en el número de personas que se presentan para pruebas de TB y un aumento de casi el 50% en las nuevas notificaciones de pruebas de frotis positivas (34).





## Continuidad de la atención

La continuidad de la atención es especialmente problemática para las poblaciones altamente móviles, que pueden iniciar el tratamiento en un lugar y tener que proseguirlo en otro. La migración estacional, por la cual una persona migrante se aleja por un corto período de tiempo – con frecuencia para trabajar – antes de volver a su hogar, reduce el cumplimiento del tratamiento y, por lo tanto, contribuye al desarrollo de la MDR-TB y a la propagación de la enfermedad a las regiones rurales que suministran mano de obra (22). En la India, se cree que la migración es responsable de una cuarta parte de todas las pérdidas de seguimiento de tratamientos de la TB (22). La situación es sin duda más pronunciada entre los mineros migrantes en África austral. Los trabajadores mineros en Sudáfrica tienen las más altas tasas de TB en el mundo (37). A pesar de que los mineros pueden tener acceso a la atención de la TB en las minas más grandes, la continuidad de la atención, el apoyo al cumplimiento y el acceso a los servicios de diagnóstico podrían no estar disponibles una vez que regresan a sus hogares en los entornos rurales de bajos recursos (38). A menudo los mineros también son objeto de múltiples episodios de tratamiento con una terapia inadecuada y altas tasas de incumplimiento, lo que puede resultar en una mayor resistencia a los fármacos (38). Los escasos vínculos e intercambio de información entre los servicios sanitarios en diferentes lugares también pueden tener un impacto en la adherencia del tratamiento (7).

La continuidad de la atención puede ser especialmente problemática en las poblaciones móviles, tales como los refugiados y las personas desplazadas internamente (PDI), que son desplazadas de manera forzada como resultado de un



desastre ambiental, la inseguridad política y los conflictos armados (39). La mayoría de los refugiados y de las PDI huyen de países y permanecen en países en los que existe una alta carga de TB (40). Un número de factores de riesgo asociados con situaciones de crisis, tales como la desnutrición, el hacinamiento en los campamentos de refugiados y otros asentamientos y la interrupción del tratamiento y el acceso a la atención sanitaria, pueden afectar la propagación de la TB en estas poblaciones (39, 40). Las interrupciones en el tratamiento de la TB que sufren los refugiados y las PDI pueden aumentar el riesgo de resistencia a los fármacos y el desarrollo de la MDR-TB (40). Las limitaciones de financiación impuestas por las organizaciones internacionales donantes pueden significar que las comunidades de acogida sean incapaces de ofrecer tratamiento para la TB a los refugiados que llegan cruzando las fronteras nacionales sin impactar negativamente en sus propios presupuestos nacionales contra la TB (39).

## Actitudes de los trabajadores de la salud

Se ha demostrado que los trabajadores de la salud que aplican estereotipos y prejuicios hacia las poblaciones migrantes influyen en el comportamiento durante la interacción con los pacientes y en el proceso de toma de decisiones médicas, particularmente en términos de diagnóstico y de opciones de tratamiento (20, 41). Los migrantes que acceden a los servicios sanitarios perciben estas actitudes negativas, que pueden afectar su nivel de satisfacción en cuanto a los servicios recibidos. Esto puede conducir a un cumplimiento deficiente del tratamiento y al retraso en la búsqueda de servicios sanitarios (41). Se ha demostrado que tener una relación positiva con los profesionales de la salud es un componente importante del éxito del tratamiento de TB (42).

## Barreras idiomáticas y culturales en los centros de salud

El dominio del idioma local también puede afectar la probabilidad de búsqueda de atención sanitaria, la calidad de la atención que reciben los migrantes y el cumplimiento y éxito del tratamiento (43, 44). Los migrantes que no dominan el idioma local pueden tener dificultades para explicar plenamente sus problemas de salud



a los profesionales médicos (44). A su vez, los profesionales de la salud a veces preparan historias clínicas menos detalladas e ignoran las enfermedades subyacentes complejas debido a estas barreras idiomáticas (45, 46). Un estudio realizado en Canadá encontró que los inmigrantes que no hablaban inglés a menudo se sentían incómodos utilizando el transporte público, haciéndolos menos propensos a buscar atención sanitaria si tuvieran que trasladarse para acceder a ella (44). Los inmigrantes con un dominio limitado del idioma local a menudo han informado de niveles más bajos de satisfacción con la atención que reciben y una comprensión más limitada de su enfermedad (43). El cumplimiento

del tratamiento también puede verse afectado por las barreras idiomáticas, como en el caso de instrucciones sobre la dosificación, tiempos y efectos secundarios que podrían no ser comprendidos (43). Los servicios sanitarios en entornos con recursos limitados a menudo pueden emplear traductores, pero incluso el uso de este servicio en la atención de la TB puede ser problemático debido a la sensibilidad y el estigma que rodea la enfermedad (19). Las creencias culturales varían entre las diferentes poblaciones migrantes, lo que puede afectar el comportamiento y la búsqueda de atención sanitaria de la gente y la manera en que prefiere interactuar con los servicios sanitarios (47).

## Barreras socioculturales al tratamiento

### Pobreza

La "hipótesis del inmigrante sano" afirma que los migrantes llegan a menudo con un mejor estado de salud que la población en el lugar de destino (48). Cuando no es forzada, la migración suele ser de auto-elección, ya que los migrantes tienen que ser lo suficientemente sanos como para hacer frente a las diversas tensiones y demandas físicas de viajar (48). A veces, los migrantes también son examinados para detectar diversas enfermedades infecciosas como condición para que se les conceda un estatus legal en su destino (48). Sin embargo, se cree que la salud de los migrantes se deteriora a su llegada, sobre todo en las zonas urbanas empobrecidas (49, 50). A pesar de que los factores sociales y económicos de la TB no son exclusivos de los entornos urbanos, la pobreza y el hacinamiento que caracterizan el rápido crecimiento urbano en muchas partes del mundo impactan en la incidencia de la TB (51). La salud de los migrantes es motivo de especial preocupación en las ciudades debido a que las condiciones en las que muchos migrantes viven, viajan y trabajan los dejan vulnerables a enfermedades como la TB (1). Como ya se ha indicado, una característica clave de la pobreza urbana es el ingreso bajo e inestable, el cual puede afectar al comportamiento de búsqueda de atención sanitaria y al cumplimiento del tratamiento, especialmente

si los gastos de atención sanitaria directa e indirecta deben ser pagos del propio bolsillo (52–54). Un diagnóstico positivo de TB a menudo tiene consecuencias de largo alcance, como la pérdida de ingresos y el desalojo, lo que puede llevar a una mayor marginación socioeconómica (55, 56).

### Estigma

Los migrantes, especialmente los que se desplazan de países de bajos ingresos a países de altos ingresos, son retratados a menudo como un "foráneo enfermo", propagando la infección a las poblaciones locales y representando una carga para los sistemas sanitarios locales (57). Esta es una representación políticamente conveniente, pero bastante engañosa. La TB afecta desproporcionadamente a los grupos vulnerables, tales como los inmigrantes procedentes de países donde la incidencia de la TB es alta, y las tasas de incidencia tienden a ser significativamente mayores en estas poblaciones nacidas en el extranjero que en las poblaciones nacidas localmente (6, 51, 58, 59). En entornos de baja prevalencia, la transmisión de las comunidades de inmigrantes a las poblaciones nacidas localmente es poco frecuente (6, 57). La estigmatización, la xenofobia y el racismo que sienten muchos inmigrantes sirven para aumentar su marginación y disminuir la probabilidad de que utilicen los servicios sanitarios disponibles (18).

# Acciones



La Asamblea Mundial de la Salud del año 2013 definió cuatro áreas prioritarias fundamentales en torno a las cuales ha instado a los países miembros a movilizarse (8, 17): un mejor seguimiento de la salud de los migrantes mediante la recopilación de mejores datos de vigilancia; el desarrollo de políticas y marcos legales que incluyan sectores no sanitarios; el desarrollo de sistemas sanitarios sensibles a los migrantes y el establecimiento de redes y asociaciones transfronterizas. El cumplimiento de estos objetivos es crucial para mejorar la salud de las poblaciones migrantes en todo el mundo, pero hay algunas iniciativas adicionales a nivel local que vale la pena considerar:

## Servicios de salud móvil

Las clínicas móviles pueden ofrecer un medio eficaz para prestar atención a la TB para las poblaciones móviles que a menudo carecen de acceso a los servicios sanitarios. Las clínicas móviles pueden ser utilizadas para acceder a poblaciones de difícil acceso, tales como refugiados, pastores nómadas y habitantes de los poblados chabolistas urbanos (60). Las estaciones móviles de diagnóstico de la TB también pueden reducir el tiempo entre la detección y el diagnóstico, es decir que las poblaciones vulnerables pueden comenzar más rápidamente el tratamiento contra la TB. Las clínicas y servicios móviles de vacunación que proporcionan atención pre y postnatal también ofrecen excelentes oportunidades para relacionarse con mujeres y niños que a menudo existen como subpoblaciones vulnerables dentro de poblaciones ya de por sí vulnerables (61).

## Pasaportes sanitarios

A menudo se pierde el seguimiento de poblaciones altamente móviles tales como nómadas



y trabajadores estacionales si no pueden acceder a la atención en sus lugares de origen o de destino. Los escasos vínculos e intercambio de información entre los diferentes centros de salud, a menudo dentro de un mismo país, pueden afectar el cumplimiento del tratamiento. La tecnología de salud móvil (mHealth) se puede utilizar para compartir mejor la información (62). Sin embargo, estas tecnologías a veces no están disponibles en los centros de bajos recursos, donde el suministro de electricidad es inestable y las fuentes alternativas de electricidad pueden ser muy caras (62). Algunos centros en los que las personas con TB, por ejemplo, los pastores nómadas, acceden a la atención, también pueden estar fuera del alcance de Internet o de la cobertura de la red celular (62). Los pasaportes sanitarios físicos permiten que los migrantes lleven consigo la información sobre su tratamiento y permiten que los médicos clínicos que los reciben puedan hacerlos continuar con el tratamiento adecuado. Los pasaportes sanitarios también pueden ser emitidos en conjunto con sesiones de asesoramiento para las personas con TB preparándose a viajar, incluyendo los lugares en donde pueden recibir tratamiento en sus comunidades de acogida y cómo sus regímenes de tratamiento pueden cambiar. Los pasaportes sanitarios han sido aplicados con éxito para los migrantes que viven con el VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral (TAR) y podrían ser adaptados para las personas con TB (63).

## Servicios sociales y programas de protección social para los migrantes

Los migrantes a menudo llegan a su destino careciendo de la protección social básica.



Ajeeevika, una organización no gubernamental (ONG) de la India, opera en centros de consulta tanto en las comunidades de origen como de destino, ofreciendo apoyo a los migrantes. Por ejemplo, los migrantes reciben ayuda para asegurarse de que tengan la documentación correcta necesaria para acceder a los servicios sanitarios en su lugar de destino.

### Sindicalización de los trabajadores migrantes

PRAYAS, una ONG de acción laboral en la India, ha trabajado con diferentes grupos de trabajadores migrantes (tales como los trabajadores de la construcción y los fabricantes de ladrillos) para ayudarles a sindicalizarse y a demandar aumentos de salarios de sus empleadores. La sindicalización también puede ayudar a los trabajadores migrantes a abogar por un mayor acceso a los servicios sanitarios, días de descanso para proseguir el tratamiento y otros beneficios. La Migrant Workers Rights Network (MWRN, Red de Derechos de los Trabajadores Migrantes) es un grupo de defensa que trabaja con los trabajadores migrantes de Myanmar en Tailandia. El grupo está involucrado en la promoción del acceso a la justicia, la sensibilización sobre los derechos de los migrantes, proporcionar apoyo a los migrantes en los conflictos laborales y promover el cambio de políticas a nivel nacional.

### Transferencias monetarias condicionadas e incentivos financieros para la búsqueda de atención sanitaria

La TB es una enfermedad de la pobreza, y un diagnóstico positivo puede exacerbar sus efectos. Las transferencias monetarias condicionadas pueden mitigar el impacto económico de un diagnóstico positivo de TB, lo que mejora el comportamiento en materia de búsqueda de atención sanitaria y el cumplimiento del tratamiento (64–67). Un estudio realizado en China también encontró que el uso de incentivos financieros tuvo un impacto positivo sobre el cumplimiento del tratamiento de la TB entre los migrantes desde las zonas rurales a las urbanas (67).

### Educación y defensa contra las políticas punitivas

Las organizaciones de la sociedad civil y de protección de los derechos de los migrantes también pueden defender el acceso adecuado a la atención sanitaria para las poblaciones migrantes, llevar a cabo campañas educativas sobre la TB entre los migrantes y abogar por la eliminación de prácticas nocivas tales como ser detenido antes de la deportación sin tener acceso a tratamiento. Las comunidades de acogida necesitan ser educadas en cuanto a los beneficios que los migrantes pueden aportar a las economías locales.



## Recomendaciones

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

Sociedad civil	Migrantes que viven con TB	Gobiernos nacionales/ regionales	Comunidad de donantes
Ayudar a crear conciencia de los servicios disponibles para los migrantes; hacer responsables a los gobiernos y a los diversos organismos gubernamentales necesarios para implementar este sistema (inmigración, trabajo) con el fin de asegurar que los datos compartidos sean confidenciales y no se utilicen para discriminar a los grupos de migrantes.	Documentar casos de discriminación y buscar justicia con la ayuda de los grupos de defensa civil.	Crear un sistema de referencia unificado para los migrantes que contribuya a mejorar la localización de los contactos y la continuidad de la atención.	Facilitar el diálogo entre los gobiernos nacionales y regionales; aplicar normas y directrices para un sistema unificado.
Ayudar a informar sobre el desarrollo de servicios apropiados a través de consultas con los grupos de migrantes; ayudar a crear conciencia de los servicios disponibles para los migrantes.	Proporcionar información acerca de qué servicios son necesarios y ayudar a identificar los puntos en los que los sistemas actuales fallan en la atención de migrantes con TB.	Garantizar la prestación de servicios sanitarios que idiomática y culturalmente apropiados.	Presionar a los gobiernos nacionales para garantizar que los servicios prestados sean idiomática y culturalmente apropiados.
Ayudar a los gobiernos nacionales a identificar a los grupos de migrantes y trabajar con organizaciones de otros países para mejorar la colaboración transfronteriza para los migrantes	Llevar a cabo el mapeo de servicios y ayudar a recopilar y compartir información sobre los servicios que están disponibles.	Mejorar los datos de vigilancia de la TB en las poblaciones migrantes; asegurarse de que estos datos sean compartidos con otros gobiernos nacionales.	Facilitar la coordinación entre los gobiernos nacionales; proporcionar fondos para asegurar que los datos se recojan en todos los niveles de los sistemas nacionales de salud.





Sociedad civil	Migrantes que viven con TB	Gobiernos nacionales/ regionales	Comunidad de donantes
<p>Presionar a los gobiernos para eliminar las políticas discriminatorias mediante la promoción específica y la documentación de los casos de discriminación contra los migrantes y los impactos negativos de las políticas de salud pública sobre los migrantes y la población general.</p>	<p>Documentar casos de discriminación y buscar justicia con la ayuda de los grupos de defensa civil.</p>	<p>Eliminar las prácticas discriminatorias y otras barreras que impidan la búsqueda de atención sanitaria entre las poblaciones migrantes, tales como los requisitos de recibir sólo tratamiento en su región o país de origen; revisar las políticas que promueven la expulsión y la detención ante el descubrimiento de su condición ilegal y/o de que tienen TB.</p>	<p>Presionar a los gobiernos para eliminar las políticas discriminatorias; financiar la documentación y la promoción específica de salud de los migrantes.</p>
<p>Ayudar a crear conciencia sobre los servicios disponibles para los migrantes; ejercer presión sobre las organizaciones de donantes internacionales para que revisen los modelos de financiación.</p>	<p>Presionar a las organizaciones de donantes para modificar los modelos de financiación existentes.</p>	<p>Proporcionar atención para la TB a todos, independientemente de su situación jurídica.</p>	<p>Permitir mecanismos de financiación más flexibles para permitir que los PNT traten a migrantes y refugiados sin impactar negativamente en los presupuestos nacionales de TB.</p>
<p>Presionar a los gobiernos para que recopilen mejores datos sobre los diferentes grupos de inmigrantes.</p>	<p>Trabajar con los gobiernos para ayudar a identificar los diferentes grupos de migrantes y poblaciones móviles.</p>	<p>Mejorar los datos sobre los diferentes grupos de migrantes y poblaciones móviles; mejorar la vigilancia de la TB dentro de estos grupos.</p>	<p>Presionar a los gobiernos para recoger mejores datos sobre los diferentes grupos de migrantes; financiar esfuerzos de recopilación de datos.</p>

## Referencias

- Schultz C. Migration, health and urbanization: interrelated challenges. Geneva: International Organization for Migration; 2014 ([https://www.iom.int/sites/default/files/our\\_work/ICP/MPR/WMR-2015-Background-Paper-CSchultz.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/MPR/WMR-2015-Background-Paper-CSchultz.pdf), revisado el 28 de octubre de 2015).
- Tuberculosis prevention and care for migrants. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM\\_TBmigration.pdf](http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf), revisado el 28 de octubre de 2015).
- Chowdhury IA, Haque N, Kamal MM, Islam T, Khan MM, Islam MN, et al. Internal migration and socio-economic status of migrants: a study in Sylhet City, Bangladesh. *American Journal of Human Ecology*. 2012;1(4):123–33.
- Long Q, Li Y, Wang Y, Yue Y, Tang C, Tang S, et al. Barriers to accessing TB diagnosis for rural-to-urban migrants with chronic cough in Chongqing, China: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):202.
- Migration and tuberculosis: a pressing issue. Geneva: International Organization for Migration; 2013 (<http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/What-We-Do/docs/Migration-Tuberculosis-A-Pressing-Issue.pdf2013b>, revisado el 29 de octubre de 2015).
- Abarca Tomás B, Pell C, Bueno Cavanillas A, Guillén Solvas J, Pool R, Roura M. Tuberculosis in migrant populations: a systematic review of the qualitative literature. *PLoS One*. 2013;8(12):e82440.
- Heldal E, Kuyvenhoven J, Wares F, Migliori G, Ditiu L, Fernandez De La Hoz K, et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low-or intermediate-incidence countries [Workshop report]. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(8):878–8.
- Dhavan P, Mosca D. Tuberculosis and migration: a post-2015 call for action. *Migration Policy Practice*. 2014;4(1):17–23.
- Martinez VN, Komatsu NK, De Figueredo SM, Waldman EA. Equity in health: tuberculosis in the Bolivian immigrant community of São Paulo, Brazil. *Trop Med Int Health*. 2012;17(11):1417–24.
- Schaaf HS, Zumla A. Tuberculosis: a comprehensive clinical reference. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2009.
- Asch S, Leake B, Gelberg L. Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? *West J Med*. 1994;161(4):373–6.
- Berk ML, Schur CL. The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *J Immigr Health*. 2001;3(3):151–6.
- Nandi A, Galea S, Lopez G, Nandi V, Strongarone S, Ompad DC. Access to and use of health services among undocumented Mexican immigrants in a US urban area. *Am J Public Health*. 2008;98(11):2011.
- Abbas R, Varma D. Internal labor migration in India raises integration challenges for migrants. Washington, DC: Migration Policy Institute (MPI); 2014.
- Hu X, Cook S, Salazar MA. Internal migration and health in China. *Lancet*. 2008;372(9651):1717–9.
- Bovt G. The Propiska sends russia back to the U.S.S.R. The *Moscow Times*. 17 de Enero de 2013.
- Mosca D, Rikks B, Schultz C. Health in the post-2015 development agenda: the importance of migrants' health for sustainable and equitable development. In: Laczko FL, Lars Johan, editors. *Migration and the United Nations Post-2015 Development Agenda*. Geneva: International Organization for Migration; 2013.
- Coreil J, Lauzardo M, Heurtelou M. Cultural feasibility assessment of tuberculosis prevention among persons of Haitian origin in South Florida. *J Immigr Health*. 2004;6(2):63–9.
- Kulane A, Ahlberg BM, Berggren I. "It is more than the issue of taking tablets": the interplay between migration policies and TB control in Sweden. *Health Policy*. 2010;97(1):26–31.
- Huffman SA, Veen J, Hennink MM, McFarland DA. Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):864–72.
- Mishra P, Agrawal P. Urban poverty as a spillover of rural poverty: an empirical study with special reference to migration and job opportunities. *Int J Multidiscipl Res*. 2012;2(3):105–32.
- Borhade A. Migrants' (denied) access to health care in India. *Human Development in India*; 2012.
- Caij, 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.
- Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2008;8:11.
- Yaccino S. Fighting tuberculosis in India's slums. Chicago: The University of Chicago; 2014 (<http://harris.uchicago.edu/news-and-events/features/alumni-profile/fighting-tuberculosis-indias-slums>, revisado el 29 de octubre de 2015).

26. Zammarchi L, Bartalesi F, Bartoloni A. Tuberculosis in tropical areas and immigrants. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2014;6(1):e2014043.
27. Fotso JC, Mukiira C. Perceived quality of and access to care among poor urban women in Kenya and their utilization of delivery care: harnessing the potential of private clinics? *Health Policy Plan.* 2012;27(6):505–15.
28. Sharma N, Taneja D, Pagare D, Saha R, Vashist R, Ingle G. The impact of an IEC campaign on tuberculosis awareness and health seeking behaviour in Delhi, India. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9(11):1259–65.
29. Suganthi P, Chadha V, Ahmed J, Umadevi G, Kumar P, Srivastava R, et al. Health seeking and knowledge about tuberculosis among persons with pulmonary symptoms and tuberculosis cases in Bangalore slums. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(11):1268–73.
30. Borhade A. Health of internal labour migrants in India: some reflections on the current situation and way forward. *Asia Europe Journal.* 2011;8(4):457–60.
31. Mili D. Migration and healthcare: access to healthcare services by migrants settled in Shivaji Nagar Slum of Mumbai, India. *The Health.* 2011;2(3):82–5.
32. TB in India 2014. TB-Facts.org; 2014 (<http://www.tbfacts.org/tb-india/>, revisado el 30 de octubre de 2015, revisado el 28 de octubre de 2015).
33. TB REACH spotlight: Nomadic tribe in Nigeria makes significant gains in TB case detection. Geneva: Stop TB; 2014 ([http://www.stoptb.org/news/stories/2014/ns14\\_056.asp](http://www.stoptb.org/news/stories/2014/ns14_056.asp), revisado el 30 de octubre de 2015).
34. John S, Gidado M, Dahiru T, Fanning A, Codlin A, Creswell J. Tuberculosis among nomads in Adamawa, Nigeria: outcomes from two years of active case finding. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015;19(4):463–8.
35. Gele AA, Bjune G, Abebe F. Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia. *BMC Public Health.* 2009;9(1):5.
36. Legesse M, Ameni G, Mamo G, Medhin G, Shawel D, Bjune G, et al. Knowledge and perception of pulmonary tuberculosis in pastoral communities in the middle and Lower Awash Valley of Afar region, Ethiopia. *BMC Public Health.* 2010;10(1):187.
37. Tuberculosis in South Africa's gold mines: a united call to action. London: Results; 2013.
38. Stuckler D, Basu S, McKee M, Lurie M. Mining and risk of tuberculosis in Sub-Saharan Africa. *Am J Public Health.* 2011;101(3):524.
39. Cain KP, Marano N, Kamene M, Sitienei J, Mukherjee S, Galev A, et al. The movement of multidrug-resistant tuberculosis across borders in East Africa needs a regional and global solution. *PLoS Med.* 2015;12(2):e1001791-e.
40. Kimbrough W, Saliba V, Dahab M, Haskew C, Checchi F. The burden of tuberculosis in crisis-affected populations: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(12):950–65.
41. Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins MO. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Hum Resour Health.* 2012;10(14).
42. McEwen MM. Mexican immigrants' explanatory model of latent tuberculosis infection. *J Transcult Nurs.* 2005;16(4):347–55.
43. Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs.* 2007;26(5):1258–68.
44. Asanin J, Wilson K. "I spent nine years looking for a doctor": exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Soc Sci Med.* 2008;66(6):1271–83.
45. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Francoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med.* 2003;57(3):503–12.
46. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research.* 2015;15(1):390.
47. van der Oest C, Chenhall R, Hood D, Kelly P. Talking about TB: multicultural diversity and tuberculosis services in Waikato, New Zealand. *NZ Med J.* 2005;118:1216.
48. Lu Y. Test of the 'healthy migrant hypothesis': a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Soc Sci Med.* 2008;67(8):1331–9.
49. Experiences of Gomda in Sweden: exclusion from health care for immigrants living without legal status. Stockholm: Médecins Sans Frontières; 2005.
50. Hesketh T, Jun YX, Lu L, Mei WH. Health status and access to health care of migrant workers in China. *Public Health Reports.* 2008;123(2):189.
51. Van Hest N, Aldridge R, De Vries G, Sandgren A, Hauer B, Hayward A, et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. *Euro Surveill.* 2014;19(9):pii=20728.

52. Hong Y, Li X, Stanton B, Lin D, Fang X, Rong M, et al. Too costly to be ill: health care access and health seeking behaviors among rural-to-urban migrants in China. *World Health Popul.* 2006;8(2):22–34.
53. Zuñiga JA. Medication adherence in Hispanics to latent tuberculosis treatment: a literature review. *J Immigr Minor Health.* 2012;14(1):23–9.
54. Tacoli C, McGranahan G, Satterthwaite D. Urbanisation, rural-urban migration and urban poverty. International Institute for Environment and Development; 2014 (<http://pubs.iied.org/10725IIED.html>, revisado el 29 de octubre de 2015).
55. Ho M-J. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. *Soc Sci Med.* 2004;59(4):753–62.
56. Kirwan DE, Nicholson BD, Baral SC, Newell JN. The social reality of migrant men with tuberculosis in Kathmandu: implications for DOT in practice. *Trop Med Int Health.* 2009;14(12):1442–7.
57. Littleton J, Park J, Thornley C, Anderson A, Lawrence J. Migrants and tuberculosis: analysing epidemiological data with ethnography. *Aust N Z J Public Health.* 2008;32(2):142–9.
58. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, De Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J.* 2015;45(4):928–52.
59. Odone A, Tillmann T, Sandgren A, Williams G, Rechel B, Ingleby D, et al. Tuberculosis among migrant populations in the European Union and the European Economic Area. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):506–12.
60. Mobile clinics to extend the reach of tuberculosis care. Geneva: The Global Fund; 2013.
61. Outside the hospital walls: mobile clinics in Kabul, Afghanistan. Geneva: Médecins Sans Frontières; 2013.
62. mHealth to improve TB care. Geneva: Stop TB; 2012.
63. Providing antiretroviral therapy for mobile populations: lessons learned from a cross border ARV program in Musina, South Africa. Cape Town. Geneva: Médecins Sans Frontières; 2012.
64. Attanasio O, Gómez LC, Heredia P, Vera-Hernandez M. The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. Report summary: Familias. 2005;3.
65. Fenwick TB. Avoiding governors: the success of Bolsa Família. *Latin American Research Review.* 2009;44(1):102–31.
66. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter J. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health.* 2011;101(4):654–62.
67. Wei X, Zou G, Yin J, Walley J, Yang H, Kliner M, et al. Providing financial incentives to rural-to-urban tuberculosis migrants in Shanghai: an intervention study. *Infect Dis Poverty.* 2012;1:9.

# 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  
Farihah 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  
Deepthi 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 Ananthkrishnan  
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](http://www.stoptb.org)