

# ОСНОВНЫЕ ЗАТРОНУТЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ. КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО.



## ЗАКЛЮЧЕННЫЕ



## Краткий обзор

# З

а последние несколько десятилетий ослабление систем уголовного правосудия и зависимость от неэффективной, чрезмерно карательной политики привели к ухудшению условий содержания в тюрьмах во всем мире. Это привело к переполненности в тюрьмах и способствовало распространению инфекционных заболеваний, таких как туберкулез и его форма со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Тюремь неразрывно связаны с сообществами; таким образом, эпидемии туберкулеза и МЛУ-ТБ в тюрьмах повлияли на состояние здоровья в странах с высоким показателем лишения свободы. Неспособность правительств удовлетворить потребности большого количества людей, находящихся в тюрьмах, недостаточная финансовая поддержка и подготовка медицинских работников в тюрьмах, а также различные сопутствующие заболевания, распространенные среди заключенных с туберкулезом, затрудняют предоставление эффективного лечения туберкулеза в тюрьмах, вызывают задержки в постановке диагноза, способствуют быстрому распространению инфекции и приводят к частым перерывам в лечении. Проблема туберкулеза и МЛУ-ТБ в тюрьмах не может быть решена без уделения должного внимания альтернативам тюремному заключению, защите прав заключенных и тюремного персонала, обеспечению адекватной поддержки инфраструктуры здравоохранения в рамках отдельных тюрем и совместной работе сообществ и заключенных для обеспечения более эффективных моделей лечения туберкулеза и оказания медицинских услуг, основанных на правах человека.

## Глобальный план по ликвидации туберкулеза и основные затронутые группы населения

В Глобальном плане по ликвидации туберкулеза сформулирован ряд ключевых целевых ориентиров, которые необходимо достигнуть к 2020 г. или не позже 2025 г. В этом плане люди уязвимые, получающие недостаточное медицинское обслуживание, либо испытывающие повышенный риск заболеть туберкулезом, отмечены как «основные затронутые туберкулезом группы населения». Глобальный план предлагает модели инвестиционных пакетов, которые позволят странам достигнуть целевых ориентиров «90–(90)–90»<sup>1</sup>. План также предлагает, чтобы все страны:

Охватить как минимум



В рамках этого подхода, охватить как минимум



Добиться как минимум

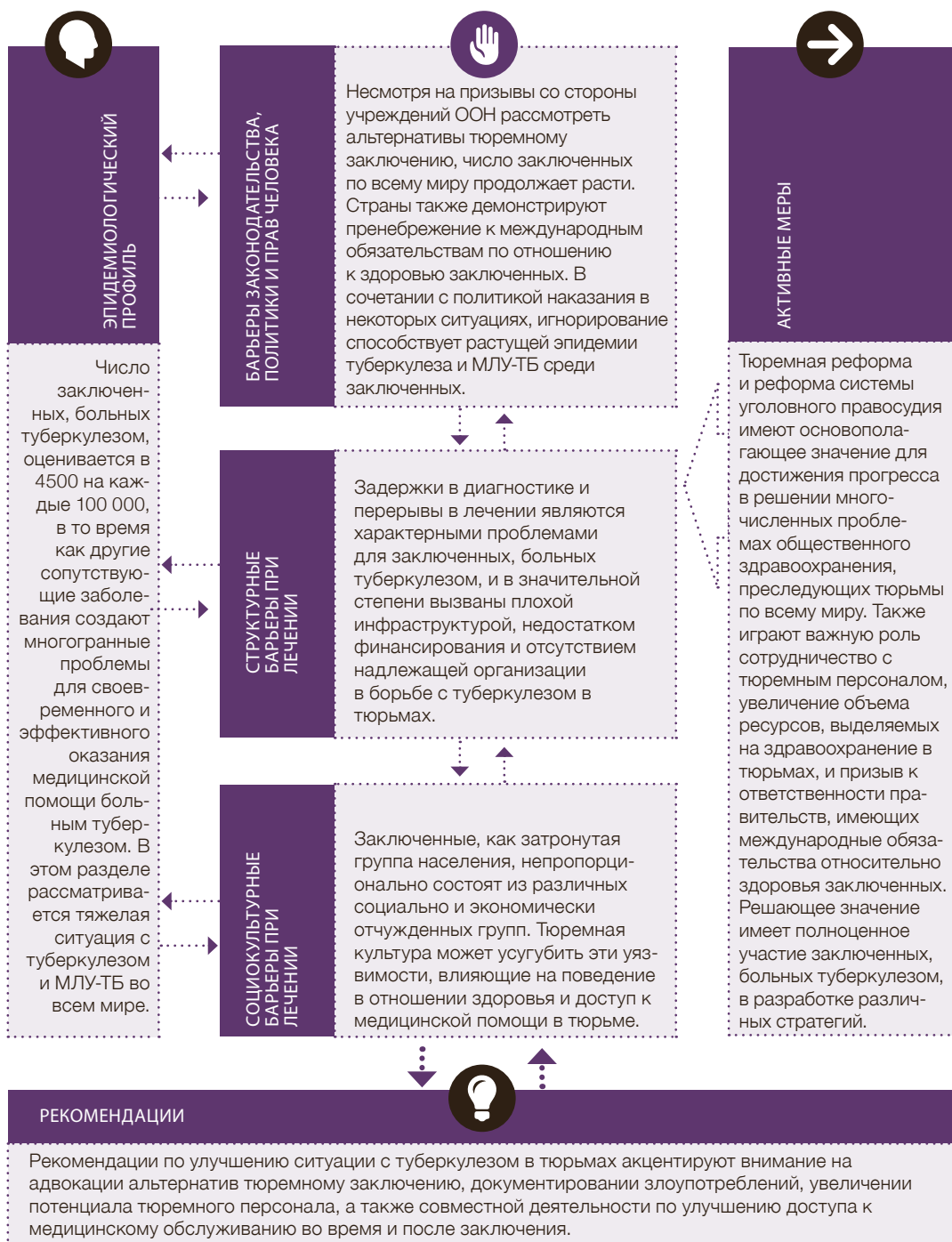


- идентифицировали свои основные затронутые группы населения на национальном и субнациональном уровнях согласно оценке потенциальных рисков, численности населения и конкретных барьеров, включая барьеры в области прав человека и гендерные барьеры, для обеспечения доступа к лечению туберкулеза;
- поставили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

В данном руководстве используются приведенные выше рекомендации для обсуждения структурных, операционных, клинических и правовых решений по борьбе против туберкулеза среди заключенных, содействия вовлечения в борьбу заключенных с туберкулезом, а также для призыва правительств выполнять свои обязательства и пересмотреть структуру своих систем уголовного правосудия.

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

## Что содержит данное руководство?





## Эпидемиологический профиль

Во всем мире одновременно более 10,2 миллионов человек содержатся в пенитенциарных учреждениях, а каждый год через тюрьмы во всем мире проходит от четырех до шести раз больше людей (1,2). Переполненность является проблемой в большинстве тюрем мира. Из 204 стран, опрошенных Институтом исследований в области уголовной политики, 143 страны сообщили о превышенной или близкой к этому (> 90 %) заполняемости тюрем; в 21 стране заполняемость тюрем превышала их вместимость более чем в два раза (3). Сильная переполненность весьма способствует распространению туберкулеза, а риск заболевания туберкулезом в тюрьме в среднем в 23 раза выше, чем среди населения в целом; аналогичным образом вероятность латентной туберкулезной инфекции у заключенных в 26 раз выше, чем у населения в целом (4). ВИЧ — самый важный фактор риска развития туберкулеза у лиц с латентной туберкулезной инфекцией — является серьезной проблемой здравоохранения для заключенных по всему миру (1,5). В исследовании 75 стран, предоставляющих данные о распространенности ВИЧ в тюрьмах, в 20 странах показатель распространенности ВИЧ превышал 10 % (6). Высокий уровень распространенности ВИЧ, в сочетании с плохими вентиляцией, санитарными условиями и питанием, связанными с перенаселенностью, также способствует быстрому распространению туберкулеза среди заключенных. По оценкам, число заключенных, больных туберкулезом, составляет 4500 на каждые 100 000, тогда

как ВОЗ считает эпидемией 250 случаев на 100 000 населения (7). Было установлено, что в некоторых тюрьмах заболеваемость туберкулезом в 1000 раз больше, чем среди населения в целом (1). Кроме того, среди заключенных были отмечены высокие показатели МЛУ-ТБ (8) — до 50 % всех случаев туберкулеза в тюрьмах демонстрируют лекарственную устойчивость в некоторых странах (9,10). Систематический обзор установил, что в пяти из шести исследований, проведенных в российских тюрьмах, МЛУ-ТБ был выявлен в более чем 40 % случаев; у 52,3 % заключенных, больных туберкулезом, был выявлен МЛУ-ТБ в Азербайджане, и у 19,5 % — в Таиланде (1).

Таблица 1 подчеркивает параллели между переполненностью тюрем и тяжестью распространенности туберкулеза в некоторых местах, где имеются данные. Работники секс-индустрии, люди, преследуемые за свою сексуальную ориентацию или гендерную идентичность, люди, употребляющие наркотики, люди, оставшиеся без крова, или иначе отчужденные или просто бедные люди могут нести несоразмерное бремя других инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ и гепатит. В то же время, эти группы населения подвергаются наибольшему риску тюремного заключения в связи с существующей карательной политикой (11–13). Наиболее вероятно, что они также будут неоднократно попадать в тюрьму и проводить время в местах предваритель-

**ТАБЛИЦА 1. СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ И СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛОМ В ШЕСТИ СТРАНАХ.**

Страна	Заполняемость тюрем*	Показатель пораженности распространенности туберкулеза в тюрьмах	Показатель распространенности туберкулеза по сравнению с населением в целом на момент исследования (раз выше)**
Российская Федерация	94,2%	5,9%	200
Бразилия	153,9%	2,6–64,5%	42–70
Мексика	125,7%	n/a	1.000
Бангладеш	201%	13,8%	20
Камерун	137,7%	3,5%	35
Замбия	229,1%	4%	10

\* Данные получены от Института исследований в области уголовной политики. (3)

\*\* Данные из обзора исследований, проведенных Бьядглегни (Biadglegne), Родлофом (Rodloff) и Саком (Sack). (1)



ного заключения, тем самым увеличивая риск передачи туберкулеза. Люди, обвиняемые или осужденные за преступления, связанные с наркотиками, составляют значительную долю лиц, лишенных свободы или находящихся в ожидании суда во многих странах (см. Таблицу 2). Подобным образом, несколько докладов, в том числе один от Специального докладчика ООН по вопросам крайней бедности и правам человека, подчеркнули, что большинство людей, находящихся в заключении по всему миру, являются крайне бедными, имеют ограниченный доступ к ресурсам на протяжении всей своей жизни и относятся к наиболее отчужденным группам населения (14–16).

Наличие других сопутствующих заболеваний и уязвимостей среди заключенных и крайне плохие условия содержания в тюрьмах, вызванных переполненностью в большинстве регионов мира, означают, что лица, заключенные в места лишения свободы, подвергаются очень высокому риску передачи туберкулеза. Туберкулез в тюрьмах это также проблема в отношении прав человека и общественного здравоохране-

**ТАБЛИЦА 2. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ, ОСНОВНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ КОТОРЫХ СВЯЗАНО С НАРКОТИКАМИ, ИЛИ КОТОРЫЕ СЧИТАЮТСЯ ЛЮДЬМИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ НАРКОТИКИ\***

Страна	% заключенных, основное преступление которых связано с наркотиками	% заключенных, которые считаются людьми, употребляющими наркотики
Российская Федерация	-	14,8
Латвия	14,3	17,7
Боливия	45	-
Аргентина	33	64,4
Таиланд	65	-

\* Данные из отчета «Глобальные тенденции в тюрьмах» (Global Prison Trends). (7)

ния. Несмотря на многочисленные существующие международные обязательства и соглашения, право заключенных на «высший уровень физического и психического здоровья» (17–20) часто не защищено. Кроме того, весьма ограничены усилия общества обеспечить лиц, освободившихся из мест лишения свободы, услугами служб здравоохранения. Люди с туберкулезом, освобожденные из тюрем до завершения лечения или которые относятся к группе высокого риска заболевания туберкулезом, сталкиваются с конкурирующими первоочередными задачами: поиск жилья, работы и других необходимых услуг может быть для них приоритетнее, чем доступ к противотуберкулезным услугам. Например, в странах Восточной Европы 60–70 % заключенных не обращаются в противотуберкулезные учрежде-

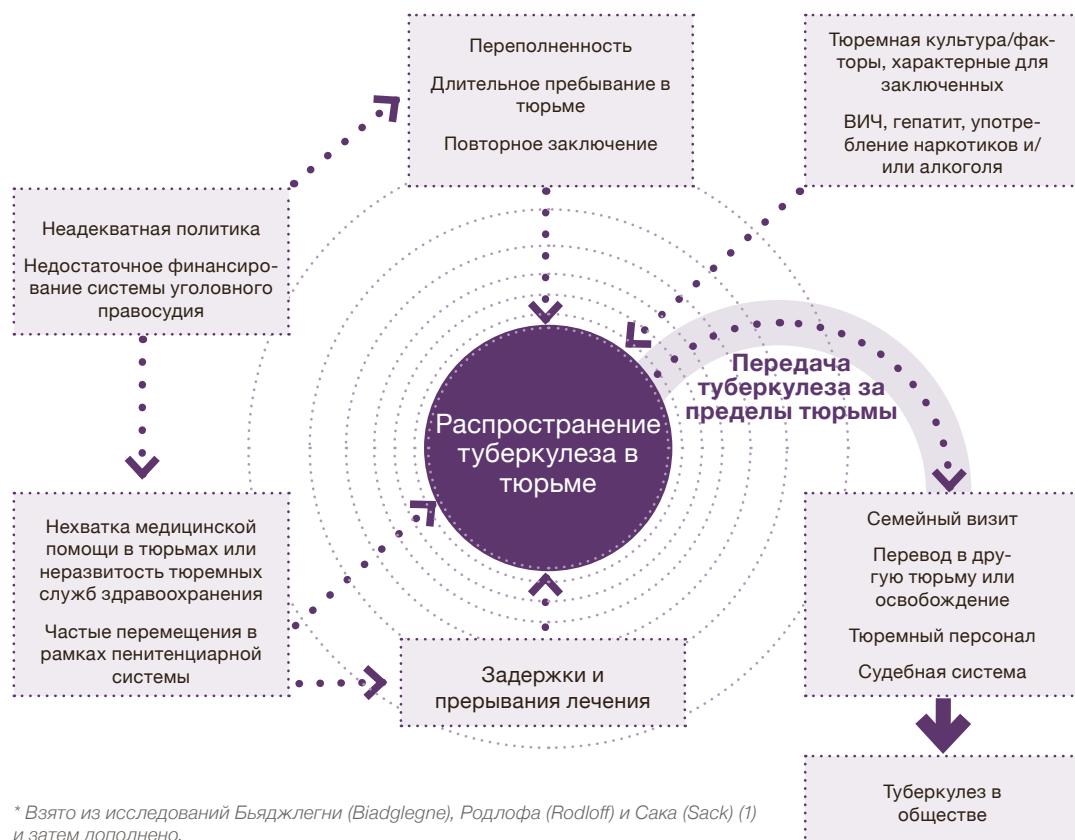
ния после освобождения. Тюрьмы, заключенные и тюремный персонал неразрывно связаны с обществом, а здоровье заключенных оказывает непосредственное влияние на здоровье населения в целом. Существует доказательство того, что массовое тюремное заключение в странах Восточной Европы и Центральной Азии повлияло на увеличение показателей распространенности туберкулеза среди населения в целом (21). Исследования показали, что 8,5 % случаев передачи туберкулеза в странах с высоким уровнем доходов можно отнести к его передаче из тюрем и 6,3 % — в странах со средним и низким уровнями доходов (22). Туберкулез и МЛУ-ТБ в тюрьмах представляют особую проблему для стран бывшего Советского Союза, где число заключенных является одним из крупнейших в мире (2,4).



Последние данные были получены из стран Африки к югу от Сахары, где помимо содержания под стражей в суровых условиях переполненности, способствующей быстрому распространению туберкулеза, заключенные зачастую страдают от недоедания и могут также быть заражены ВИЧ (1,10,23). В то время как тюрьмы в Восточной Европе и Центральной Азии лучше изучены, данные по туберкулезу в тюрьмах в других регионах ограничены или отсутствуют. Существует явная необходимость получения большего количества высококачественных данных, основанных на наблюдениях, которые можно будет передать системе общественного здравоохранения и использовать в стратегиях, основанных на защите прав, для решения данной проблемы.

Высокие показатели распространенности и заболеваемости туберкулезом и МЛУ-ТБ в тюрьмах являются результатом множества факторов, таких как переполненность тюрем, несоответствующая инфраструктура здравоохранения, задержки и частые перерывы в лечении из-за перемещения заключенных в тюрьмах, а также отсутствие последующих мер после освобождения (1,8). Эти факторы, в свою очередь, являются результатом других сопутствующих факторов и условий, приведенных на Рис. 1 и далее в этом руководстве.

РИСУНОК 1. . ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЭПИДЕМИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В ТЮРЬМАХ\*



\* Взято из исследований Бьядзлегни (Biadglegne), Родлофа (Rodloff) и Сака (Sack) (1) и затем дополнено.

# Аспекты, касающиеся законодательства, политики и прав человека

## Чрезмерное использование лишения свободы

В течение последнего десятилетия наблюдается стойкий рост мирового уровня лишения свободы (2). Однако, это увеличение не связано с уровнем тяжких преступлений, который на самом деле снижает (24). Эксперты связывают рост численности людей в тюрьмах с карательной философией, которой руководствуются многие политики. Такая политика основывается на требованиях более суровых наказаний в ответ на насилие (24), однако данные свидетельствуют, что ставка на лишение свободы не помогает уменьшить или предотвратить насильственные преступления (7). Политика, сосредоточенная на судебном преследовании и тюремном заключении мелких правонарушителей за преступления, связанные с наркотиками, а также криминализации отдельных лиц из-за их сексуальной ориентации и гендерной идентичности, была оспорена многочисленными мировыми заинтересованными сторонами (7,25–27). До сих пор эта политика существует, так же как и другие политики, направленные на тех, кто уже отчужден. Кроме того, испытываемые нехватку ресурсов и плохо регулируемые системы уголовного правосудия способствуют как задержкам при вынесении приговора, так и излишне суровому приговору людям, совершившим насильственные преступления (7). Около одной трети от 10,2 миллионов заключенных во всем мире находятся в предварительном заключении, некоторые ожидают суда до четырех лет (7,15). Финансовые и социальные издержки, связанные с лишением свободы, огромны, и правительства все чаще борются с переполненностью тюрем, перегруженным бюджетом, ухудшением здоровья заключенных, а также дисбалансом в соотношении заключенных к тюремному персоналу.

Существуют многочисленные дополнительные негативные социальные, экономические и культурные последствия массового лишения свободы, поэтому организации гражданского общества и органы ООН, в том числе Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК) (28) и Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ) (29), призвали страны искать альтернативы тюремному заключению.

С учетом затрат, которые тюрьмы налагают на общество, экономический аргумент может иметь ключевое значение для достижения этих альтернативных решений, уделяя при этом особое внимание текущему бремени туберкулеза и МЛУ-ТБ у заключенных, здоровью населения в целом, а также национальным бюджетам.

## Здоровье заключенных: ужасающий статус-кво

В 1993 году неправительственная организация «Хьюман Райтс Вотч» выпустила «Глобальный доклад по тюрьмам» (30), в котором было отмечено, что большинство заключенных по всему миру были «заключены в условиях грязи и коррупции, без необходимых или вообще без питания и медицинской помощи, и в условиях постоянной угрозы насилия со стороны других заключенных и/или надзирателей». Десять лет спустя, в 2013 году Государственный департамент США в Отчете о международных условиях содержания в тюрьмах (31) заявил, что: «Большинство мировых пенитенциарных систем не функционируют на уровне Минимальных стандартных правил ООН обращения с заключенными. В некоторых странах соответствующие международные обязательства и стандарты сознательно игнорируются». В докладе были освещены общие проблемы, угрожающие здоровью и жизни заключенных в тюрьмах: переполненность тюрем, несовершенство санитарных условий и/или медицинских учреждений, а также отказ в медицинской помощи заключенным (31). Повторное появление туберкулеза и быстрое распространение МЛУ-ТБ в тюрьмах по всему миру в последнее время привело к тому, что несколько организаций по защите прав человека выразили серьезную обеспокоенность по поводу состояния тюрем во всем мире и задали вопрос, соответствует ли состояние здоровья заключенных международным стандартам в области прав человека (32). Тот факт, что эти стандарты не соблюдаются, является одним из ключевых факторов эпидемии туберкулеза внутри тюрем и сообществ по всему миру.

В дополнение к туберкулезу и ВИЧ, заключенные страдают от различных заболеваний, в том числе







вирусного гепатита и психических заболеваний. Исследования подсчитали, что на глобальном уровне распространенность гепатитом С среди заключенных составляет 26 %, наиболее высокий уровень распространенности зафиксирован среди заключенных в Центральной Азии и Австралии (33). Также были отмечены диспропорции в темпах психического заболевания среди заключенных, процент самоубийств среди заключенных до 10 раз выше, чем среди населения в целом (11). Эта критическая ситуация опять же вызвана несовершенством политики, описанной выше, и как следствие, нехваткой ресурсов для поддержания доступа к качественному медицинскому обслуживанию в тюрьмах. Право на здоровье заключенных находится под защитой ряда международных обязательств, в первую очередь со стороны Международного пакта о гражданских и политических правах (34), Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (17), а также Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН об Основных принципах обращения с заключенными (20) и Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными (19). В докладе Специального докладчика ООН по вопросу о праве каждого человека на высший уровень физического и психического здоровья также подчеркиваются обязательства стран по обеспечению здоровья заключенных (35). Если правительства не будут воспринимать эти обязательства серьезно, то будет крайне трудно остановить эпидемию туберкулеза в местах лишения свободы.

Для того чтобы помочь правительствам и заинтересованным сторонам гражданского общества разработать политику оказания медицинской помощи для заключенных, ВОЗ и ЮНОДС разработали следующие принципы разумного управления для пенитенциарного здравоохранения (взято из «Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке. Краткий аналитический обзор по вопросу организации пенитенциарного здравоохранения», 2013 г.) (36):

- Заключенные обладают таким же правом на здоровье и благополучие, как и любой другой человек.
- Большинство заключенных являются выходцами из слоев общества, находящихся в неблагоприятных социально-экономических условиях и несут более высокое бремя инфекционных и неинфекционных заболеваний по сравнению с населением в целом.

- Места лишения свободы представляют собой учреждения с высоким риском заболевания. В связи с тем, что происходит постоянное соприкосновение их обитателей с внешним миром, они создают ряд сложных проблем для общественного здравоохранения, особенно, когда речь идет о борьбе с инфекционными заболеваниями, такими как вирус иммунодефицита человека и туберкулез.
- Забота о заключенных является особой, суверенной обязанностью государств. Они отвечают за все предотвратимые нарушения здоровья заключенных, вызванные недостаточными мерами медико-санитарной помощи или неудовлетворительными условиями содержания в местах лишения свободы, касающимися гигиены, питания, размеров помещений, отопления, освещения, вентиляции, физической активности и социальных контактов.
- Профессиональные, этические и технические стандарты услуг здравоохранения в местах лишения свободы должны быть как минимум эквивалентны стандартам услуг здравоохранения в обществе.
- Услуги здравоохранения в местах лишения свободы должны предоставляться исключительно в целях помощи заключенным и их предоставление или непредоставление не должно быть связано с наказанием заключенных.
- Службы пенитенциарного здравоохранения должны быть полностью независимы от администрации мест лишения свободы и в то же время должны эффективно сотрудничать с ней.
- Службы пенитенциарного здравоохранения должны быть интегрированы в национальную политику и системы здравоохранения, включая обучение и повышение квалификации медицинского персонала

Соблюдение этих руководящих принципов, а также устранение определенных элементов карательной политики, нацеленных на мелких правонарушителей, могут убрать некоторые структурные и социокультурные барьеры, описанных ниже.

# Структурные барьеры при диагностике и лечении



## Нехватка ресурсов и плохая инфраструктура

Как подробно описано выше, тюрьмы откровенно переполнены и не имеют достаточных ресурсов на здравоохранение (37). Эта проблема является всеобщей и касается стран с высоким, средним и низким уровнями доходов. Однако, в странах со средним и низким уровнями дохода нехватка ресурсов может быть настолько серьезной, что даже основные потребности заключенных не могут быть удовлетворены, а это оказывает серьезное воздействие на их здоровье (37). Поскольку туберкулез распространяется воздушным путем, некоторые элементарные меры по борьбе с туберкулезом в тюрьмах включают достаточный уровень циркуляции воздуха, что может быть достигнуто за счет улучшения вентиляции (11). Тем не менее, даже такие меры, как открытые окна и установка вытяжки, могут быть сложными для реализации в условиях ограниченных ресурсов, а установка приспособлений для ультрафиолетового бактерицидного облучения может быть полностью

недоступной. Доклады из некоторых тюрем сообщают о сильной переполненности помещений, когда заключенные оказываются запертыми в камерах в течение 23 часов в сутки; это увеличивает возможности для передачи туберкулеза и исключает возможность циркуляции воздуха — данная ситуация обусловлена нехваткой персонала и ресурсов для содержания такого большого числа заключенных (38). Нехватка ресурсов также приводит к плохой инфраструктуре пенитенциарного здравоохранения, отсутствию подготовки и недостаточной квалификации тюремных медицинских работников для борьбы с кризисными ситуациями, такими как туберкулез и МЛУ-ТБ, более высокому соотношению заключенных к тюремному персоналу, приводящее к частым конфликтам между заключенными, а также ко многим другим проблемам, препятствующим эффективному выявлению случаев заболевания и обеспечению лечения туберкулеза, ориентированного на пациента (11,39,40).

## Задержка диагностики, пенитенциарная логистика и размещение заключенных

Решение проблемы туберкулеза в тюрьмах требует, среди прочего, агрессивного выявления случаев заболевания. Выявление случаев заболевания предусматривает увеличения количества и улучшения возможностей тюремного медицинского персонала, а также решимость тюремных властей по предотвращению распространения туберкулеза в тюрьмах. ВОЗ рекомендует два подхода к выявлению случаев заболевания в тюрьмах: активный и пассивный (11). Активное выявление случаев заболевания должно происходить как при первоначальном приеме заключенных, так и в течение всего периода заключения, во время которого лица, содержащиеся под

стражей, должны регулярно проходить скрининг на туберкулез. При первоначальном приеме заключенных следует провести медицинское обследование (с уважением по отношению к лицу, заключаемому под стражу), которое должно включать себя скрининг на туберкулез с использованием опросников, рентгенографию грудной клетки, туберкулиновую кожную пробу (ТКП) и анализ высвобождения гамма-интерферона (IGRA) или сочетание этих методов (11,41). Использование портативных и доступных приборов для рентгенограммы доказало свою эффективность для быстрого выявления и профилактики туберкулеза в условиях ограниченных ресурсов (42). В стра-

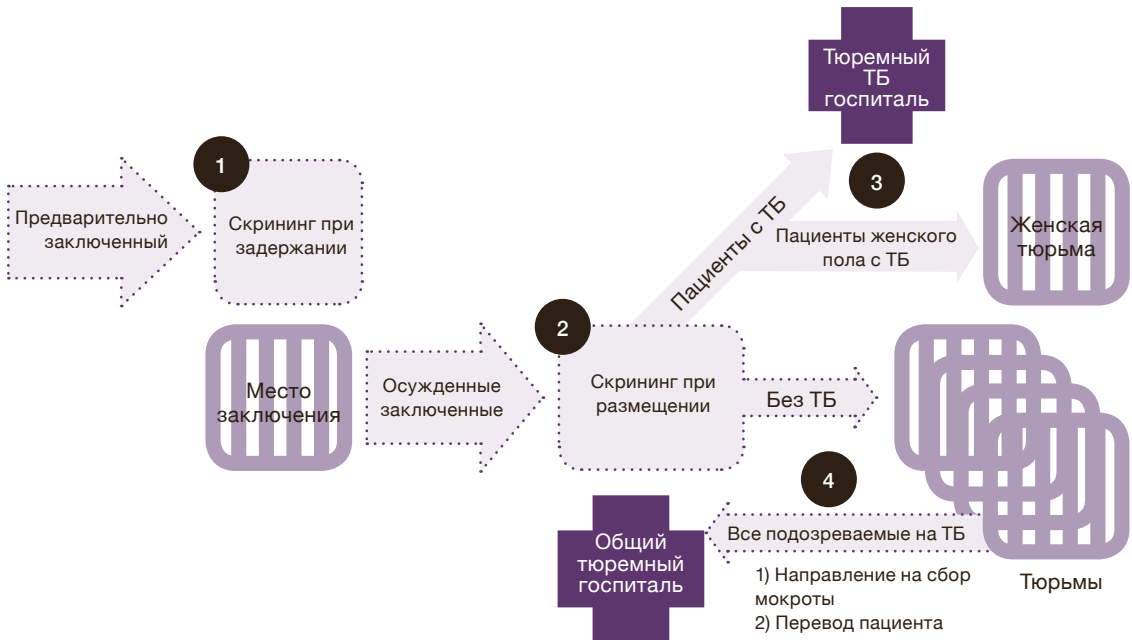
нах с ограниченными ресурсами и высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекцией исследователи также обнаружили, что низкий индекс массы тела, ВИЧ-инфекция, а также боль в груди являются надежными показателями туберкулеза среди заключенных (43). Эти и другие креативные подходы должны быть проверены на местах, где рекомендации ВОЗ не могут быть легко реализованы. Кроме того, необходимо срочно разработать новые технологии для улучшения и упрощения диагностики.

ВОЗ и другие учреждения (11,44) также рекомендуют при приеме заключенных с подозрением на туберкулез отделить их от других заключенных и особенно заключенных, живущих с ВИЧ. Это временное разделение защитит как заключенных с возможным туберкулезом, к которым может быть применено

лечение, так и вообще всех заключенных от заражения туберкулезом от своих сокамерников. Такая стратегия позволяет тюремным властям выполнить свои обязательства по защите здоровья всех заключенных (11). Недавнее исследование, проведенное в Монголии, показало, что первоначальный скрининг и разделение заключенных, больных туберкулезом, оказали значительное влияние на траекторию развития туберкулеза в местах лишения свободы; в течение девятилетнего периода страна сократила заболеваемость туберкулезом в тюрьмах в более чем половину благодаря процессу скрининга и изоляции, а также перенаправлению заключенных с туберкулезом в больницы, прикрепленные к тюрьмам (45) (также см. Рис. 2). Тем не менее, следует отметить, что такая модель требует ресурсов, которые не всегда доступны.

## РИСУНОК 2. КАРТА СКРИНИНГА И ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ВСЕЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ МОНГОЛИИ

(см. Янджиндулам П. (Yanjindulam P.), Ойунцецег П. (Oyuntsetseg P.), Саранцецег Б. (Sarantsetseg B.), Ганзая С. (Ganzaya S.), Амгалан Б. (Amgalan B.), Нарантуя Дж. (Narantuya J.) и др. (22) для полной статьи).





Такое разделение конечно же не должно означать длительную изоляцию; заключенным, проходящим проверку на туберкулез, не следует проводить время в одиночной камере (39), они также не должны страдать от неоправданной дискриминации по признаку их состояния здоровья. Тем не менее, существующие ограничения зачастую делают этот простой шаг трудно выполнимым. Предоставление дополнительного пространства является сложной задачей в условиях переполненных тюрем, а тем временем исправительные учреждения разделяют заключенных по характеру совершенных ими преступлений, а не в соответствии с директивами в области общественного здравоохранения. Разделение заключенных, больных туберкулезом, требует твердой приверженности этому принципу как администрации тюрем, так и органами пенитенциарного здравоохранения. Первоначальное обследование и беседа с заключенными по прибытии в тюрьму также может помочь установить, находились ли они на лечении от туберкулеза в гражданском секторе и, следовательно, должны ли они продолжать их режим лечения. Таким образом, требуются более прочные связи между местами лишения свободы и учреждениями общественного здравоохранения (40). Несоблюдение этих простых шагов часто приводит к длительным задержкам в диагностике туберкулеза, которые иногда способны вызвать массовые вспышки эпидемии среди заключенных (46).

Пассивное выявление случаев заболевания должно происходить с помощью самообращения заключенных в учреждения пенитенциарного здравоохранения и тестирования всех заключенных, обращающихся в пенитенциарные медицинские центры с проблемами, которые могут указывать на туберкулез (11). Тем не менее, эта методика является сложной задачей, поскольку она опирается на собственных сообщениях заключенных о симптомах. Заключенные могут быть готовы сообщить о своих проблемах со здоровьем, однако, способность сделать это иногда зависит от их положения в тюремной иерархии. Серьезность, с которой их проблемы будут приняты во внимание, также может зависеть от профессионализма и отношения тюремного медицинского персонала (11). Совершенно очевидно, что ни один из подходов не может быть успешным без участия как персонала тюрем, так и самих заключенных.

## Перерывы в лечении

Как уже упоминалось, группы населения, которые восприимчивы к туберкулезу, также могут быть подвержены более высокому риску тюремного заключения. На момент ареста и заключения под стражу некоторые лица, которым грозит лишение свободы, возможно уже находились на лечении от туберкулеза в гражданском секторе. Кроме того, во время лечения в тюрьме ряд штрафных мер и/или условия содержания, такие как одиночное заключение, переводы между следственными изоляторами и тюрьмами и другие подобные действия могут помешать лечению (1,11,22,39). Когда человек, больной туберкулезом, находится в заключении и употребляет наркотики, то ключевое значение имеет обеспечение заместительной терапии в целях приверженности лечению. Однако, такое лечение часто недоступно в тюрьмах (13). Тюремная культура также иногда является причиной перерывов и несоблюдения лечения (см. социокультурные факторы, приведенные ниже). Тем не менее, пенитенциарная логистика, халатность и отсутствие решимости в отношении улучшения условий содержания и ухода со стороны тюремных властей и сотрудников являются более важными причинами, чем другие вышеуказанные факторы (1). Когда люди, больные туберкулезом, освобождаются из мест лишения свободы, их режим лечения также может быть прерван или даже быть недоступным в общинах, где они живут (39). Бывшие заключенные могут не захотеть продолжать лечение по разным причинам; тем не менее, направление их в службы здравоохранения и вспомогательные организации гражданского общества является чрезвычайно важным для облегчения продолжения лечения и последующего успеха.

## Социокультурные барьеры лечения



### Otras comorbilidades

Целый ряд сопутствующих заболеваний, включая вирусный гепатит и ВИЧ, может наблюдаться у заключенных с туберкулезом (4). Это создает проблемы как для медицинского персонала пенитенциарной системы, так и для заключенных с туберкулезом. Представители пенитенциарного здравоохранения должны принять решения в отношении разделения пациентов, а заключенные с туберкулезом и другими сопутствующими заболеваниями сталкиваются с появлением побочных эффектов и последствиями взаимодействия различных лекарственных средств (39). Эти проблемы нельзя упускать из виду, поэтому необходимая поддержка должна быть обеспечена для больных туберкулезом заключенных, у которых были выявлены и другие заболевания.



### Тюремная культура и иерархия

Несмотря на то, что имеется не очень много научных докладов по этой тематике, очевидно, что жесткая тюремная культура приводит заключенных к такому поведению, которое может помешать даже самым эффективным программам борьбы с туберкулезом. Учитывая, что мероприятия по борьбе с туберкулезом несовершенны в большинстве тюрем, тюремная культура и иерархия могут серьезно помешать и

этой деятельности. Функционирование т.н. «черных рынков» в тюрьмах хорошо задокументировано. Противотуберкулезные средства могут стать частью этого рынка в случаях, когда заключенные, проходящие лечение от туберкулеза, начинают чувствовать себя намного лучше от приема лекарств, и/или обстоятельства или их положение в тюремной иерархии заставляют их заниматься торговлей или

обменом этими лекарственными средствами (22,39). Неофициальные и отрывочные отчеты также обратили внимание на функционирование тюремной иерархии, где «старшие» заключенные могут выступать в качестве посредников при доступе к медицинским и другим услугам, а также могут использовать это влияние на доступ, чтобы запугивать тех, кто находится в более низком положении (39,47). В некоторых тюрьмах, где известно, что программы по борьбе с туберкулезом лучше финансируются, и где заключенные, больные туберкулезом, получают дополнительное питание или перемещены в тюремные туберкулезные диспансеры, некоторые заключенные, возможно, могут симулировать симптомы туберкулеза и даже обмениваться мокротой, чтобы обеспечить нужный диагноз для перемещения в эти, как им кажется, более привлекательные места (39,40). Необходимо учитывать эти явления, а различные организации должны содействовать пристальному наблюдению за приемом лекарственных средств и информированию заключенных об опасности незаконченного лечения и развития устойчивости при ошибочных или повторных лечениях.

## Женщины в тюрьмах

До 6,5 % заключенных по всему миру являются женщинами, и эта цифра числа женщин среди заключенных увеличилась в пять раз за последние 15 лет (7). Наиболее высокие уровни лишения свободы женщин были отмечены в Восточной Европе и Центральной Азии, в то время как уровни выше среднего зафиксированы в Латинской Америке и Юго-Восточной и Восточной Азии (7). По данным Отдела ООН по улучшению положения женщин, расовые меньшинства, включая женщин коренных народов, «представляют наиболее быстро растущий сегмент среди лиц, находящихся под стражей» (48). Исследования показали, что женщины-заключенные пережили несколько форм притеснения, насилия, нищеты и отчуждения (7). Кроме того, большинство женщин-заключенных совершили ненасильственные преступления ради улучшения своего финансового положения (7). Также было документально подтверждено, что подавляющее большинство женщин, совершивших тяжкие преступления, сами были жертвами чрезмерного насилия или совершили преступления в ответ на систематическое жестокое обращение и домашнее насилие (49,50). Высокая доля женщин во всех регионах, особенно в Восточной Европе и Центральной Азии, были лишены свободы за ненасильственные преступления, связанные с наркотиками (7). Учитывая, что большинство женщин в

тюрьмах являются матерями (48) и единственными кормилицами, то чрезмерный уровень заключения женщин под стражу создает дополнительное бремя для общества и приводит к сломанным семьям. Данные о туберкулезе среди женщин-заключенных отсутствуют. Тем не менее, исследование, проведенное в Бразилии показало, что время, проведенное в заключении, увеличивает риск заболевания туберкулезом для женщин (51). Существует также доказательство того, что здоровье женщин-заключенных часто игнорируется несовершенно тюремной инфраструктурой (52). Например, у женщин-заключенных в Замбии были отмечены более низкие уровни тестирования на туберкулез, чем у мужчин-заключенных в той же стране, а также общее пренебрежение к их потребностям в области здравоохранения (53,54). Следует полагать, что эти проблемы являются общими для женщин-заключенных по всему миру (7). Альтернативы тюремному заключению и гендерно-обусловленная специфика оказания услуг упоминаются в Правилах ООН, касающихся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (Бангкокские правила) (55). Эти правила должны соблюдаться при рассмотрении политики, касающейся женщин-правонарушителей, а также разработке услуг для женщин-заключенных.

## Активные меры



### Адвокация реформы пенитенциарной системы и улучшения условий содержания в тюрьмах

Понятно, что без всеобщего улучшения тюремных условий на глобальном уровне и без пересмотра строгих уголовных кодексов, которые отправляют в тюрьмы правонарушителей, совершивших ненасилиственные преступления, проблема туберкулеза в местах лишения свободы будет сохраняться. ЮНОДК рекомендует альтернативы тюремному заключению, которые начинаются с пересмотра законов и политики вынесения приговоров и заканчиваются созданием схем условно-досрочного освобождения и общественного надзора, которые приведут к значительной экономии средств и будут поощрять более тесную интеграцию людей, лишенных свободы, в сообщества (28). Эти схемы могут также существенно помочь при диагностике и лечении людей, больных туберкулезом, которые больше не будут ютиться в переполненных помещениях без вентиляции, а будут получать лечение в системах общественного здравоохранения.

### Обеспечение непрерывности лечения

Обеспечение непрерывности лечения является ключевым фактором к успеху программ профилактики и борьбы с туберкулезом в тюрьмах. Таким образом, важно сосредоточить внимание на укреплении связей в рамках пенитенциарной системы и создании медицинских записей, которые могут перемещаться вместе с человеком, больным туберкулезом, из одного места в другое. Кроме того, связь освобожденных заключенных с общественными организациями имеет важное значение для обеспечения соблюдения схемы лечения и его завершения. Общественные организации, которые работают с бывшими заключенными и обеспечивают поддержку лечения, также могут предоставить такие необходимые услуги, как временное жилье и питание (56). Общественные организации также могут вовлекать в работу людей, которые сами испытали на себе опыт тюремного заключения, и, возможно, лучше могут понять потребности недавно освобожденных заключенных (40,56,57).



### Активные правовые меры

В целях повышения осведомленности о проблемах туберкулеза в тюрьмах, несколько бывших заключенных при поддержке правозащитных организаций возбудили дела, используя национальные и международные правозащитные механизмы. Выигранное дело в суде бывшего заключенного над тюремными властями в Южной Африке высветило ужасающие условия, которые способствовали приобретению им туберкулеза в местах лишения свободы (58,59). Европейским судом по правам человека было вынесено несколько положительных решений относительно отживших свой век условий содержания в тюрьмах и бесчеловечного обращения с заключенными в России, что приводит к угрожающему распространению туберкулезной инфекции (60). Хотя эти случаи не всегда представляют прямую выгоду для человека, пострадавшего от туберкулеза, они все же помогают оказывать давление на правительства и пенитенциарные системы принимать для обеспечения необходимых мер.

## Вовлечение заключенных и расширение их прав и возможностей

Как и в случае с другими затронутыми группами, вовлечение заключенных в мероприятия по профилактике и лечению туберкулеза и расширение их возможностей знать свои права имеют важное значение для борьбы с туберкулезом в пенитенциарных учреждениях. Хотя задокументированные примеры успешных программ с участием заключенных немногочисленны, по крайней мере две пенитенциарные системы сообщили о привлечении «добровольцев-санитаров из числа заключенных», которые были обучены контролировать лечение так же эффективно, как и работники пенитенциарного здравоохранения (40,61,62). Обучение заключенных и их вовлечение в разработку медико-санитарных информационных кампаний, связанных с туберкулезом, также были отмечены как эффективные и продуктивные методики (39,63). Однако, организации с опытом вовлечения заключенных предупреждают, что программы по обучению и расширению прав и возможностей заключенных должны добиться однозначного понимания заключенными опасности прерывания лечения, фальсификации заболевания туберкулезом или других действий, которые заключенные могли бы считать благоприятными в связи с обстоятельствами в их среде (39). Некоторые пенитенциарные системы позволили организациям гражданского общества работать с заключенными в местах заключения. Такие модели могут быть еще более эффективными, поскольку они функционируют через пиринговые сети и таким образом могут способствовать доверию и укреплению приверженности лечению среди заключенных.

## Повышение квалификации персонала пенитенциарной системы и укрепление сотрудничества

Ключевыми факторами успеха программ по борьбе с туберкулезом в местах лишения свободы являются обеспечение обучения и профессиональной подготовки персонала, а также их доверие и поддержка заключенным при проведении скрининга на туберкулез и оказании медико-санитарных услуг (11,39,64). Кроме того, подготовка и другие обучающие мероприятия для тюремного персонала могут служить в качестве стимула/поощрения для трансформации сложных обстоятельств в более управляемыми и обеспечения взаимосвязи с другими специалистами, работающими в местах лишения свободы, а также их поддержку.







## Рекомендации

Эти рекомендации являют собой краткий обзор действий для целого ряда ключевых заинтересованных сторон, однако все другие, включая структуры ООН, локальные и глобальные коллективы медицинских работников должны проанализировать и использовать свой потенциал для улучшения профилактики и лечения туберкулеза среди заключенных. Кроме того, государственные и частные партнеры должны принять к сведению рекомендации, которые касаются разработки новых диагностических средств и других технологий, которые могут ускорить и облегчить обнаружение и лечение туберкулеза в тюрьмах.

Гражданское общество	Организации заключенных и бывших заключенных, больных туберкулезом	Правительства	Доноры
<p>Пропагандировать альтернативы тюремному заключению, особенно для правонарушителей, совершивших ненасильственные преступления, которые могут быть уязвимы перед туберкулезом; содействовать обеспечению обращений настоящих и бывших заключенных к политикам;</p>	<p>Документировать воздействия лишения свободы на жизнь заключенных с ТБ; вовлечь политиков в диалог с заключенными;</p>	<p>Снизить экономическое бремя ТБ на общественное здравоохранение; рассмотреть возможность реформы системы уголовного правосудия и альтернатив тюремному заключению для правонарушителей, совершивших ненасильственные преступления;</p>	<p>Финансировать программы, пересмотр и реформу политики, нацеленные на альтернативы тюремному заключению;</p>
<p>Поощрять создание отношений между организациями гражданского общества, коллективами/организациями заключенных и услугами пенитенциарного здравоохранения;</p>	<p>Пропагандировать доступ к услугам здравоохранения для всех заключенных, а также более активные меры вмешательства, связывающие пенитенциарные системы здравоохранения и услуги здравоохранения в обществе;</p>	<p>Обеспечивать полную функциональность и укомплектованность всех учреждений пенитенциарного здравоохранения; разрабатывать экономически эффективные модели для обеспечения услугами пенитенциарного здравоохранения с помощью ротации сотрудников и использования других творческих подходов; содействовать сотрудничеству между пенитенциарной системой и органами государственного здравоохранения с привлечением гражданского общества;</p>	<p>Стимулировать экономически эффективные модели для расширения доступа к медико-санитарной помощи заключенным; обеспечивать начальное финансирование для развития пенитенциарного здравоохранения и программ по борьбе с ТБ в местах лишения свободы;</p>



Гражданское общество	Организации заключенных и бывших заключенных, больных туберкулезом	Правительства	Доноры
<p>Заниматься стратегически важными судебными процессами с целью воздействия на правительства, ответственные за нарушения в отношении заключенных, повлекшие за собой негативное воздействие на их здоровье;</p>	<p>Документировать случаи нарушения прав заключенных и привлекать правительства к ответственности и соблюдению международных обязательств; работать с группами по защите прав человека и юристами по возбуждению дел против пенитенциарных систем в случаях нарушения прав;</p>	<p>Придерживаться международных обязательств по здоровью заключенных;</p>	<p>Поддерживать документирование нарушений в местах лишения свободы и работать совместно с гражданским обществом, оказывая давление на правительства для соблюдения ими международных обязательств; поддерживать программы по борьбе с туберкулезом в строгом соблюдении с международными руководящими принципами;</p>
<p>Выступать за необходимое финансирование пенитенциарного здравоохранения; использует нехватку ресурсов как аргумент пропаганды альтернатив тюремному заключению;</p>	<p>Пропагандировать общесистемные улучшения пенитенциарной медико-санитарной и противотуберкулезной помощи;</p>	<p>Обеспечивать достаточные ресурсы, предназначенные для лечения туберкулеза в тюрьмах, должную подготовку персонала, наличие ресурсов и поддержки, а также внедрение системы для тестирования заключенных и для обеспечения непрерывности их лечения;</p>	<p>Помогать правительствам разрабатывать долгосрочные планы по обеспечению лечения туберкулеза в местах лишения свободы, а также содействовать созданию эффективной модели диагностики и лечения, которая поддерживала бы непрерывность лечения;</p>
<p>Пропагандировать доступ организаций гражданского общества для работы с заключенными;</p>	<p>Работать на уровне сообществ для создания систем поддержки людей, освобожденных из мест лишения свободы, которым может понадобиться поддерживающее лечение; выступать за доступ в места лишения свободы, где поддержка для заключенных, больных туберкулезом, имеет существенное значение;</p>	<p>Работать с гражданским обществом с целью вовлечения его в программы по борьбе с туберкулезом в местах лишения свободы, а также для создания увязки между общинами и бывшими заключенными, нуждающимися в поддерживающем лечении;</p>	<p>Поддерживать и распространять результаты деятельности программ по эффективному расширению прав и возможности заключенных, а также привлекать к содействию гражданское общество для разработки и осуществления программ по лечению туберкулеза в местах лишения свободы и после освобождения;</p>
<p>Содействовать независимому исследованию с целью поощрения документирования условий содержания в местах лишения свободы.</p>	<p>Поддерживать исследования в области пенитенциарного здравоохранения для улучшения понимания способов повышения эффективности предпринимаемых мер.</p>	<p>Поощрять многосекторальное сотрудничество для проведения исследований медико-санитарных условий в местах лишения свободы и получения данных, которые могут использоваться в различных секторах.</p>	<p>Финансировать исследования, которые могут предоставить факты для улучшения разработки мер вмешательства.</p>

# Referencias

1. Biadlegne F, Rodloff AC, Sack U. Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic. *Epidemiol Infect.* 2015;143(5):887–900.
2. Walmsey R. World prison population list (10th edition). London: International Centre for Prison Studies; 2013 ([http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl\\_10.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf), revisado el 25 de octubre de 2015).
3. World prison data. London: Institute for Criminal Policy Research ([http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field\\_region\\_taxonomy\\_tid=All](http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field_region_taxonomy_tid=All), revisado el 19 de febrero de 2016).
4. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS.* 2012;7(4):345–53.
5. The gap report 2014: prisoners. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/Prisoners>, revisado el 21 de febrero de 2016).
6. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(1):32–41.
7. Global prison trends 2015. London: Penal Reform International; 2015 (<http://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends-2015/>, revisado el 25 de octubre de 2015).
8. Tuberculosis in prisons. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/tb/challenges/prisons/story\\_1/en/](http://www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en/), revisado el 23 de octubre de 2015).
9. Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(11):1215–23.
10. O'Grady J, Hoelscher M, Atun R, Bates M, Mwaba P, Kapata N, et al. Tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa – the need for improved health services, surveillance and control. *Tuberculosis.* 2011;91(2):173–8.
11. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf), accessed 25 October 2015).
12. Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health-partnership-for-health-in-the-criminal-justice-system/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>, revisado el 25 de octubre de 2015).
13. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet.* 2010;376(9738):355–66.
14. Extreme poverty and human right: report of the Secretary-General. New York: United Nations General Assembly; 2011.
15. Presumption of guilt: the global overuse of pretrial detention. New York: Open Society Justice Initiative; 2014 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/presumption-guilt-global-overuse-pretrial-detention>, revisado el 19 de febrero de 2016).
16. Human development report for Latin America 2013-2014. New York: United Nations Development Programme (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hdr/human-development-report-for-latin-america-2013-2014.html>, revisado el 20 de febrero de 2016).
17. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1966 (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, revisado el 12 de octubre de 2015).
18. International Covenant on Civil and Political Rights. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1976 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, revisado el 12 de octubre de 2015).
19. Standard minimum rules for the treatment of prisoners. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1955 (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36e8.html>, revisado el 20 de febrero 2016).
20. Basic Principles for the Treatment of Prisoners: resolution adopted by the General Assembly 28 de Marzo de 1991, A/RES/45/111. New York: UN General Assembly; 1991 (<http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>, revisado el 25 de octubre de 2015).
21. Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci.* 2008;105(36):13280–5.

22. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med.* 2010;7(12):e1000381.
23. Alexander J. Death and disease in Zimbabwe's prisons. *Lancet.* 2009;373(9668):995–6.
24. Walmsley R. Global incarceration and prison trends. *Forum on Crime and Society.* 2003;3(1-2):65–78 ([http://www.unodc.org/pdf/crime/forum/forum3\\_Art3.pdf](http://www.unodc.org/pdf/crime/forum/forum3_Art3.pdf), revisado el 25 de octubre de 2015).
25. Laws criminalizing homosexuality are incompatible with international human rights standards and fuel homophobia. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2011 (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Homophobia.aspx>, revisado el 25 de octubre de 2015).
26. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights and health. New York: United Nations Development Programme; 2012 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>, revisado el 13 de octubre de 2015).
27. Taking control: pathways to drug policies that work. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy; 2014 (<http://www.gcdpsummary2014.com/>, revisado el 16 de octubre de 2015).
28. Criminal justice reform. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/criminaljusticereform.html#prisonreform>, revisado el 25 de octubre de 2015).
29. Human rights implications of over-incarceration and overcrowding. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/RuleOfLaw/Pages/OverIncarceration.aspx>, revisado el 25 de octubre de 2015).
30. The Human Rights Watch global report on prisons. New York: Human Rights Watch; 1993 (<https://www.hrw.org/report/1993/06/01/human-rights-watch-global-report-prisons>, revisado el 25 de octubre de 2015).
31. Report on international prison conditions. Washington, DC: U.S. Department of State; 2013 (<http://www.state.gov/j/drl/rls/209944.htm>, revisado el 25 de octubre de 2015).
32. Lines R. The right to health of prisoners in international human rights law. *Int J Prison Health.* 2008;4(1):3–53.
33. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology.* 2013;58(4):1215–24.
34. International Covenant on Civil and Political Rights/ Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. New York: UN General Assembly; 1966 (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b3aa0.html>, revisado el 25 de octubre de 2015).
35. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2010 (A/HRC/14/20/Add.4) (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.Add4.pdf>, revisado el 26 de octubre de 2015).
36. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.-a-policy-brief-on-the-organization-of-prison-health-2013>, revisado el 21 de febrero de 2016).
37. Lack of resources for prisons is having a severe impact on the lives of millions of detainees. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2014 (<https://www.icrc.org/en/document/annual-conference-international-corrections-and-prisons-association-icpa>, revisado el 25 de octubre de 2015).
38. Wood R. Tuberculosis transmission in South African prisons. Cape Town: Desmond Tutu HIV Centre, Institute of Infectious Disease and Molecular Medicine; 2012 ([http://tac.org.za/sites/default/files/campaigns/file-uploads/Durban%20Prisons%20June%202012%20\\_%20Robin%20Wod.pdf](http://tac.org.za/sites/default/files/campaigns/file-uploads/Durban%20Prisons%20June%202012%20_%20Robin%20Wod.pdf), revisado el 25 de octubre de 2015).
39. Reyes H. Pitfalls of TB management in prisons, revisited. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2007 (<https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/other/tuberculosis-article-220307.htm>, revisado el 25 de octubre de 2015).
40. Gegia M, Kalandadze I, Madzgharashvili M, Furin J. Developing a human rights-based program for tuberculosis control in Georgian prisons. *Health Hum Rights.* 2011;13(2):E73–81.
41. Reid SE, Topp SM, Turnbull ER, Hatwiinda S, Harris JB, Maggard KR, et al. Tuberculosis and HIV control in sub-Saharan African prisons: “thinking outside the prison cell.” *J Infect Dis.* 2012;205(Suppl 2):S265–73.
42. Churchyard GJ, Fielding K, Roux S, Corbett EL, Chaisson RE, De Cock KM, et al. Twelve-monthly versus six-monthly radiological screening for active case-finding of tuberculosis: a randomised controlled trial. *Thorax.* 2011;66(2):134–9.

43. Harris JB, Siyambango M, Levitan EB, Maggard KR, Hatwiinda S, Foster EM, et al. Derivation of a tuberculosis screening rule for sub-Saharan African prisons. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18(7):774–80.
44. Cambodia: Improving TB detection and treatment in prisons. New York: Doctors Without Borders; 2012 (<http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/cambodia-improving-tb-detection-and-treatment-prisons>, revisado el 25 de octubre de 2015).
45. Yanjindulam P, Oyuntsetseg P, Sarantsetseg B, Ganzaya S, Amgalan B, Narantuya J, et al. Reduction of tuberculosis burden among prisoners in Mongolia: review of case notification, 2001-2010. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(3):327–9.
46. Kato S, Kuwabara K. Lessons learned from tuberculosis outbreak cases. *Kekkaku.* 2014;89(2):77–88.
47. Rafube K, Hausler H, Topp S. Case study: Mr. Karabo Rafube an inmate in correctional services. STOP TB Partnership, Tuberculosis Key Populations Meeting; 2015 Nov 3; Bangkok, Thailand.
48. United Nations Division for the Advancement of Women (DAW), Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). Gender and racial discrimination: report of the expert group meeting; 21–24 de Noviembre, Zagreb; 2000 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/genrac/report.htm>, revisado el 25 de octubre de 2015).
49. Who are women prisoners? Survey results from Kazakhstan and Kyrgyzstan. London: Penal Reform International; 2014 (<http://www.penalreform.org/resource/women-prisoners-survey-results-kazakhstan-kyrgyzstan/>, revisado el 22 de febrero de 2016).
50. Who are women prisoners? Survey results from Uganda. London: Penal Reform International; 2014 (<http://www.penalreform.org/resource/who-are-women-prisoners-survey-results-from-uganda/>, revisado el 22 de febrero de 2016).
51. Ferreira MMC, Ferrazoli L, Palaci M, Salles PS, Medeiros LA, Novoa P, et al. Tuberculosis and HIV infection among female inmates in São Paulo, Brazil: a prospective cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviro.* 1996;13(2):177–83 ([http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/1996/10010/Tuberculosis\\_and\\_HIV\\_Infection\\_Among\\_Female.9.aspx](http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/1996/10010/Tuberculosis_and_HIV_Infection_Among_Female.9.aspx), revisado el 22 de febrero de 2016).
52. Vinkes Melchers NVS, van Elsland SL, Lange JMA, Borgdorff MW, van den Hombergh J. State of affairs of tuberculosis in prison facilities: a systematic review of screening practices and recommendations for best TB control. *PLoS One.* 2013;8(1):e53644.
53. Unjust and unhealthy. New York: Human Rights Watch; 2010 (<https://www.hrw.org/report/2010/04/27/unjust-and-unhealthy/hiv-tb-and-abuse-zambian-prisons>, revisado el 22 de febrero de 2016).
54. Todrys KW, Amon JJ. Health and human rights of women imprisoned in Zambia. *BMC Int Health Hum Rights.* 2011;11:8.
55. UN Bangkok Rules. London: Penal Reform International (<http://www.penalreform.org/priorities/women-in-the-criminal-justice-system/bangkok-rules-2/>, revisado el 22 de febrero de 2016).
56. Community-based tuberculosis prevention and care: why – and how – to get involved. An international handbook for nongovernmental organizations and civil society organizations. CORE group; 2013 ([http://www.coregroup.org/storage/TB/Community-Based\\_TB.pdf](http://www.coregroup.org/storage/TB/Community-Based_TB.pdf), revisado el 25 de octubre de 2015).
57. Kyrgyzstan: MSF treats prisoners struggling with drug-resistant TB. New York: Doctors Without Borders (<http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/kyrgyzstan-msf-treats-prisoners-struggling-drug-resistant-tb>, revisado el 26 de octubre de 2015).
58. Ex prisoner with TB wins case. Health24. 17 de enero de 2013 (<http://www.health24.com/Medical/Tuberculosis/News/Ex-prisoner-with-TB-wins-case-20130210>, revisado el 26 de octubre de 2015).
59. Stephens J. TB in prisons: what does the Dudley Lee case mean for TB in South Africa? *NSP Review.* 2012;4 (<http://www.nspreview.org/2012/11/02/tb-in-prisons-what-does-the-dudley-lee-case-mean-for-tb-in-south-africa/>, revisado el 26 de octubre de 2015).
60. 2010 report on human rights practices: Russia. Washington DC: U.S. Department Of State; 2011 (<http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2010/eur/154447.htm>, revisado el 26 de octubre de 2015).
61. Inmates lead the fight against TB in Zambia's prisons. Geneva: Stop TB Partnership; 2011 ([http://www.stoptb.org/news/stories/2011/ns11\\_038.asp](http://www.stoptb.org/news/stories/2011/ns11_038.asp), revisado el 26 de octubre de 2015).
62. Maggard S, Hatwiinda S, Phiri W, Morse J, Turnbull E, Topp S, et al. Inmate peer educators are essential to prison-based HIV testing and TB screening in Zambia; 2014 (<http://www.slideserve.com/march/inmate-peer-educators-are-essential-to-prison-based-hiv-testing-and-tb-screening-in-zambia>, revisado el 6 de marzo de 2016).
63. Mangan JM, Arias MS, Sierra T, Perez M, Medina RL, Yanez R, et al. Evaluating the strengths and weaknesses of tuberculosis educational activities for prisoners in Honduras. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(10):1152–8.
64. Dara M, Grzemska M, Kimerling ME, Reyes H, Zagorsky A. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. The Global Health Bureau, Office of Health, Infectious Disease and Nutrition (HIDN), U.S. Agency for International Development; 2009.

# Благодарность

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

<b>Основные авторы</b>	FG Consulting Group	
<b>Партнерство «Остановить Туберкулез»</b>	Colleen Daniels Caoimhe Smyth Farihah Malik	Jacob Creswell James Ayre Lucica Ditiu
<b>Внесшие вклад - участники семинара «Ключевые группы населения в области туберкулеза», ноябрь 2015</b>	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 Mbwavu 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
<b>Макет и дизайн Cover</b>	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)