

# INFORME SOBRE POBLACIONES CLAVE



## PERSONAS ENCARCELADAS

## Conceptos generales



# E

n las últimas décadas, el debilitamiento de los sistemas de justicia penal y la dependencia en políticas ineficaces, excesivamente punitivas, han llevado al deterioro de las cárceles a nivel mundial. Esto ha provocado el hacinamiento y ha facilitado la propagación de enfermedades infecciosas tales como la TB y la TB multirresistente (MDR-TB). Las cárceles están intrínsecamente ligadas a las comunidades; por lo tanto, la TB y las epidemias de MDR-TB en prisiones han impactado en los resultados de salud en los países donde prevalece el encarcelamiento excesivo. La incapacidad de los gobiernos para hacer frente a las necesidades de las grandes poblaciones carcelarias, la falta de apoyo financiero y de capacitación para el personal de sanidad en las cárceles y varias comorbilidades que se presentan entre las personas presas con TB, hacen que proporcionar un tratamiento eficaz contra la TB en las prisiones sea algo difícil y cause retrasos en el diagnóstico, facilite la rápida propagación de la infección y con frecuencia provoque interrupciones en el tratamiento. El problema de la TB y de la TB multirresistente en las prisiones no puede ser abordado sin analizar las alternativas al encarcelamiento, promover los derechos de las personas encarceladas y del personal penitenciario, proporcionar apoyo adecuado a las infraestructuras sanitarias dentro de las cárceles y trabajar junto a las comunidades y a las personas encarceladas para proporcionar modelos de tratamiento y de atención de la TB con mayor relevancia de los derechos.

# El Plan Global Hacia el Fin de la TB y las poblaciones clave

El Plan Global Hacia el Fin de la TB describe los siguientes objetivos a ser alcanzados para el año 2020 o, a más tardar, para el año 2025. 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.

- 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 al 90% de las personas en las poblaciones clave a través de un mejor acceso a los servicios, la detección sistemática y nuevos métodos de detección de casos donde sean necesarios y proporcionar un tratamiento eficaz y asequible a todas las personas que lo necesiten.

Llegar al

**(90)%**

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

- Informen sobre los avances con respecto a la TB utilizando datos desagregados por población clave.
- Aseguren la participación activa de las poblaciones clave en la prestación de los servicios y de atención de la TB en entornos seguros.

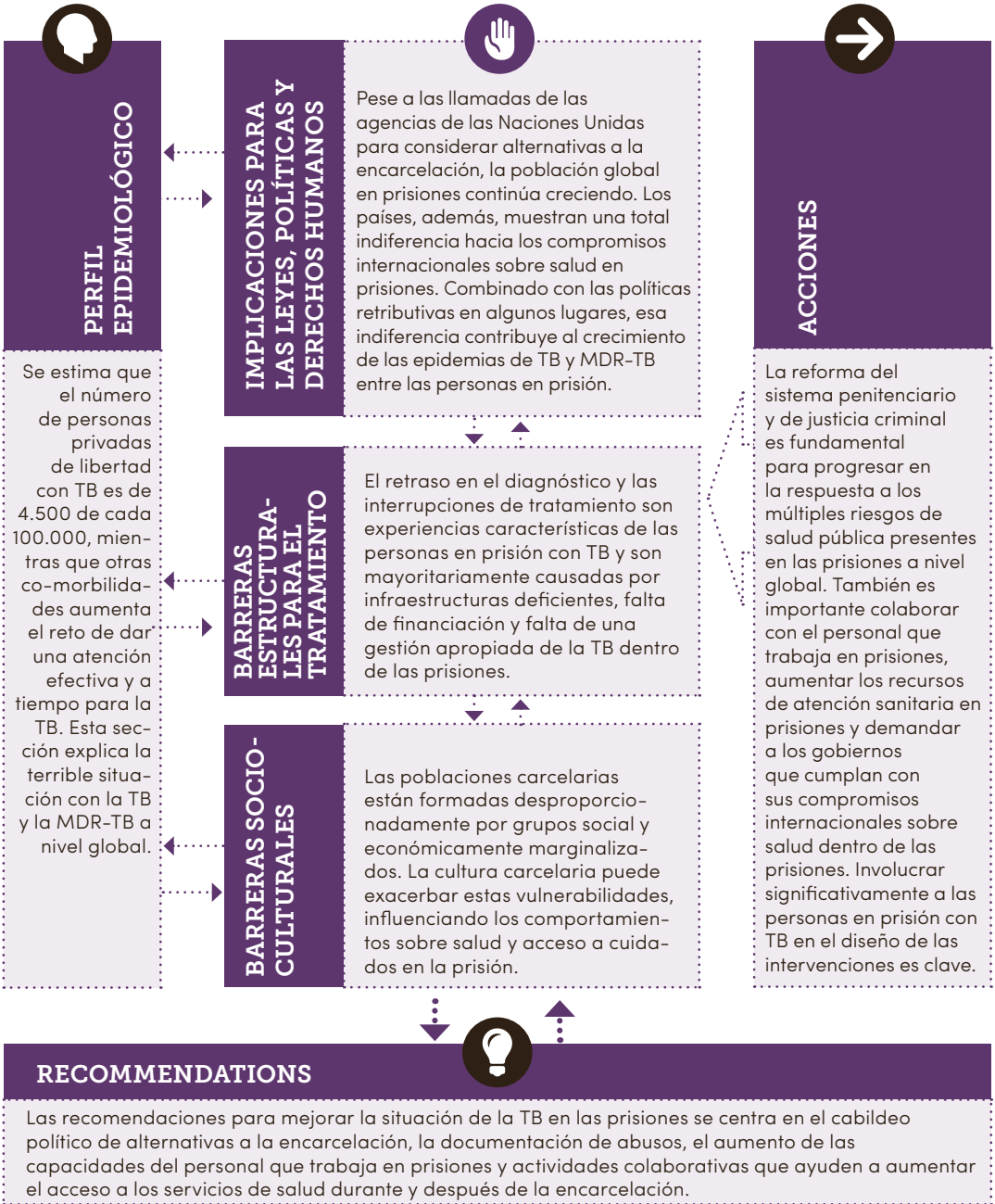
Lograr que al menos el

**90%**

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

Esta Guía utiliza las recomendaciones anteriores para identificar y analizar soluciones estructurales, operativas, clínicas y legales para hacer frente a la TB entre las personas encarceladas, promueve la participación de las personas encarceladas con TB, y solicita a los gobiernos que cumplan con sus obligaciones y reconsideren la estructura de sus sistemas de justicia penal.

## ¿Qué contiene esta guía?





## Perfil epidemiológico

A nivel mundial, más de 10,2 millones de personas están detenidas en instituciones penales en un momento dado, con cuatro a seis veces este número pasando a través de las prisiones de todo el mundo anualmente (1,2). El hacinamiento es un problema en la mayoría de las cárceles del mundo. De 204 países analizados por el Institute for Criminal Policy Research (Instituto para la Investigación de Políticas Penales), 143 informaron de una ocupación carcelaria que superaba la capacidad o se acercaba a ella (> 90%); en 21 países, la ocupación carcelaria más que duplicaba la capacidad de las cárceles (3). El hacinamiento contribuye en gran medida a la propagación de la TB, con un riesgo de TB en la cárcel, en promedio, 23 veces más alto que en la población general; del mismo modo, la posibilidad de que las personas encarceladas tengan una TB latente es 26 veces mayor que en la población general (4). El VIH – el factor de riesgo más importante para desarrollar la enfermedad en los individuos con TB latente – es un problema sanitario importante para las personas presas de todo el mundo (1,5). En un estudio de 75 países que informaron de la prevalencia del VIH en las cárceles, 20 países tenían una prevalencia del VIH superior al 10% (6). Las altas tasas de VIH, en combinación con la mala ventilación, saneamiento y nutrición asociados con el hacinamiento, facilitan la rápida propagación de la TB entre las

personas encarceladas. El número de personas encarceladas con TB se estima en 4.500 por cada 100.000, cuando la OMS considera que 250 casos por cada 100.000 pasa a ser una epidemia (7). En algunas prisiones se ha encontrado que las tasas de TB son 1.000 veces mayores que en la población general (1). Además, se han observado tasas elevadas de MDR-TB entre las personas encarceladas (8), con hasta un 50% de todos los casos de TB mostrando resistencia a los medicamentos en algunos países (9,10). Una revisión sistemática de la evidencia encontró que, en cinco de seis estudios llevados a cabo en las prisiones rusas, se identificó la MDR-TB en más del 40% de los casos; el 52,3% de las personas encarceladas con TB demostró tener MDR-TB en Azerbaiyán, y el 19,5% en Tailandia (1).

La Tabla 1 pone de manifiesto el paralelismo entre el hacinamiento y la gravedad de la prevalencia de la TB en algunos lugares en los cuales se dispone de datos. Los trabajadores sexuales, las personas que son enjuiciadas por su orientación sexual o identidad de género, las personas que consumen drogas, las personas carentes de hogar o las personas que son marginadas de alguna manera y viven en situación de pobreza pueden soportar una carga desproporcionada de otras enfermedades infecciosas, tales como el VIH y la hepatitis. Al mismo tiempo, estas poblaciones se

**TABLA 1. COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE TB ENTRE LA POBLACIÓN CARCELARIA Y LA POBLACIÓN GENERAL DE SEIS PAÍSES**

País	Ocupancia carcelaria*	Tasa de prevalencia de la TB en las cárceles	Tasa de prevalencia de la TB comparada a la población general en el momento del estudio (cantidad de veces mayor)**
Federación Rusa	94,2%	5,9%	200
Brasil	153,9%	2,6–64,5%	42–70
México	125,7%	n/a	1.000
Bangladesh	201%	13,8%	20
Camerún	137,7%	3,5%	35
Zambia	229,1%	4%	10

\*Datos del Institute for Criminal Policy Research (3)

\*\* Datos de una revisión de estudios realizada por Biadlegne, Rodloff, y Sack (1)



encuentran en mayor riesgo de encarcelamiento debido a las políticas punitivas existentes (11–13). También son más propensas a ser encarceladas repetidamente y a pasar tiempo en centros de detención preventiva, lo que aumenta su riesgo de exposición a la TB. Las personas acusadas o condenadas por delitos relacionados con las drogas constituyen una gran proporción de las personas encarceladas o en prisión preventiva en muchos países (véase Tabla 2). Del mismo modo, varios informes, entre ellos uno realizado por el Relator Especial de la ONU sobre la Pobreza Extrema y los Derechos Humanos, han puesto de manifiesto que la mayoría de las personas que están encarceladas en todo el mundo son aque-

llas que son extremadamente pobres, han carecido de acceso a oportunidades en el transcurso de sus vidas, y son las más marginadas (14–16).

La presencia de otras comorbilidades y vulnerabilidades entre las personas encarceladas y las condiciones de extrema pobreza en las cárceles causadas por el hacinamiento en la mayoría de los lugares del mundo implica que los individuos encarcelados corren un alto riesgo de transmisión de la TB. La TB en las cárceles es también un problema de derechos humanos y de salud pública. A pesar de las múltiples obligaciones y de los acuerdos internacionales existentes, el derecho de las personas encarceladas al “más alto nivel posible de salud física y mental” (17–

**TABLA 2. PERSONAS ENCARCELADAS CUYO PRINCIPAL DELITO ESTÁ RELACIONADO CON LAS DROGAS O QUE SE IDENTIFICAN COMO PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS\***

País	% de la población carcelaria cuyo principal delito es un delito relacionado con las drogas	% de la población carcelaria que se identifica como personas que consumen drogas
Federación Rusa	-	14,8
Latvia	14,3	17,7
Bolivia	45	-
Argentina	33	64,4
Tailandia	65	-

\* Datos del informe de *Global Prison Trends* (7)

20) frecuentemente no está protegido. Por otra parte, existen esfuerzos limitados para conectar a quienes salen de las cárceles con los servicios de salud en la comunidad. Las personas con TB que son liberadas de las cárceles sin haber completado el tratamiento, o las que están en alto riesgo de TB, se enfrentan a otras prioridades que compiten con la necesidad de terminar el tratamiento: la vivienda, el empleo y otros servicios esenciales pueden tener prioridad sobre el acceso a los servicios de TB. Por ejemplo, en los países de Europa del Este, el 60–70% de las personas encarceladas no son referidas a los servicios de TB después de su liberación. Las cárceles, las personas encarceladas y los funcionarios penitenciarios están intrínsecamente ligados a las comunidades, y la salud de las per-

sonas encarceladas tiene un impacto directo en la salud de la población general. Existe evidencia de que el encarcelamiento masivo en los países de Europa del este y Asia central está asociado con un aumento en la prevalencia de la TB en la población general (21). Los estudios han demostrado que el 8,5% de las infecciones de TB pueden ser atribuidas a la transmisión desde las prisiones en los países de altos ingresos, y un 6,3% en los países de medios y bajos ingresos (22). La TB y la MDR-TB en las cárceles representan un desafío particular para los países de la antigua Unión Soviética, donde las poblaciones de reclusos están entre las más grandes del mundo (2,4). La evidencia reciente que ha ido surgiendo de los países del África subsahariana, en los cuales, además de ser detenidos en condiciones de

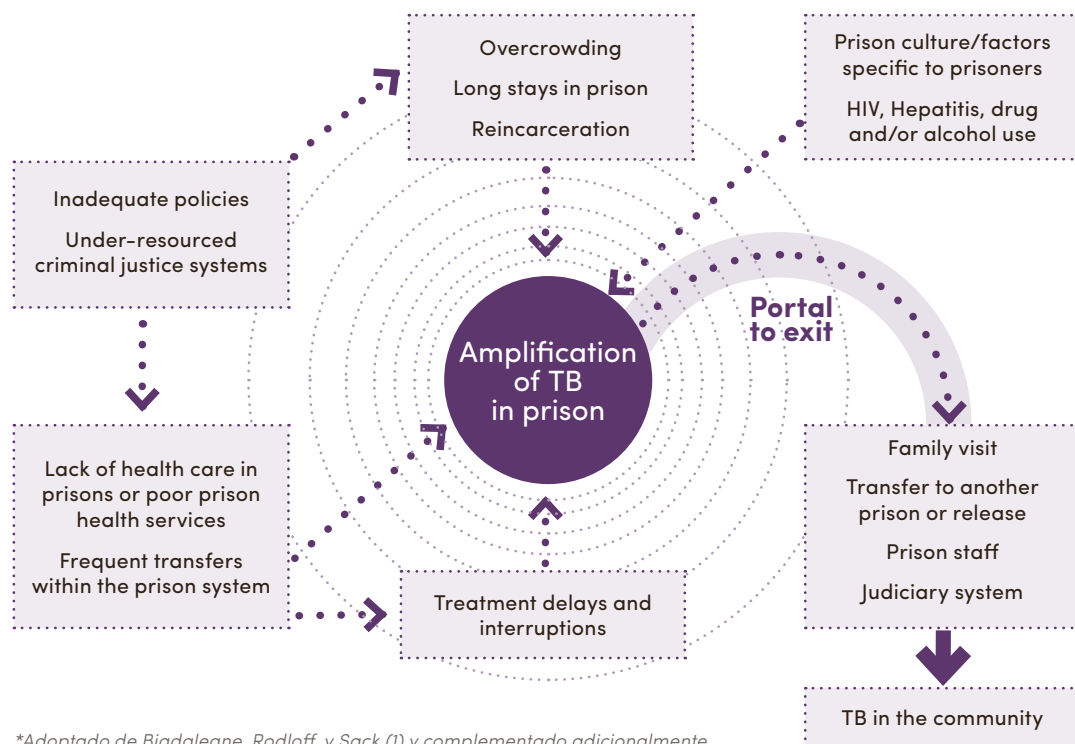


hacinamiento que facilitan la rápida propagación de la TB, es que las personas encarceladas están a menudo desnutridas y también pueden presentar VIH (1,10,23). Aunque las prisiones en Europa del este y Asia central han sido mejor investigadas, los datos sobre la TB en las cárceles de otras regiones son limitados o inexistentes. Existe una clara necesidad de generar datos de mejor calidad empírica con los cuales se pueda informar tanto sobre la salud pública como sobre las estrategias basadas en los derechos para abordar este problema.

La alta prevalencia e incidencia de la TB y de la TB multirresistente en las prisiones es la consecuencia de una multitud de factores tales como el hacinamiento, las infraestructuras sanitarias inadecuadas, los retrasos en el tratamiento y

las frecuentes interrupciones del mismo debido a la movilidad de la población carcelaria y la falta de seguimiento luego de la liberación (1,8). Estos factores a su vez son el resultado de otras causas y condiciones concomitantes, como se ve en la Figura 1 y en toda esta Guía.

FIGURA 1. FACTORES QUE FOMENTAN LAS EPIDEMIAS DE TB EN LAS CÁRCELES\*



\*Adoptado de Biadglegne, Rodloff, y Sack (1) y complementado adicionalmente

# Implicaciones para leyes, políticas y derechos humanos

## Uso excesivo de la prisión

Las tasas de encarcelamiento han experimentado un crecimiento constante durante la última década en todo el mundo (2). Sin embargo, este aumento no se ha reflejado en índices de criminalidad grave, los cuales han ido disminuyendo (24). Los expertos atribuyen el crecimiento de la población carcelaria a las filosofías de castigo que guían a muchos responsables de la formulación de políticas. Estas políticas se basan en la demanda de penas más severas como respuesta a la violencia (24), pero la evidencia que está surgiendo indica que el encarcelamiento hace poco para reducir o prevenir los delitos violentos (7). Las políticas centradas en el enjuiciamiento y el encarcelamiento por delitos de escasa importancia relacionados con las drogas y la criminalización de las personas en función de su orientación sexual e identidad de género han sido impugnadas por múltiples actores involucrados a nivel mundial (7,25–27). Sin embargo, estas políticas siguen existiendo, junto con otras que afectan a quienes ya están marginados. Además, los sistemas de justicia penal con escasos recursos y mal regulados contribuyen tanto a los retrasos en las sentencias como a las sentencias excesivas para delincuentes no violentos (7). Alrededor de un tercio de los 10,2 millones que conforman la población carcelaria mundial está en detención preventiva, algunos de ellos esperando juicio hasta cuatro años (7,15). Los costes financieros y sociales relacionados con el encarcelamiento son enormes, y los gobiernos están luchando cada vez más con el hacinamiento carcelario, la sobrecarga presupuestaria, el deterioro de la salud de las personas encarceladas y un desequilibrio en la relación entre personas encarceladas y personal.

Existen numerosos impactos adicionales sociales, económicos y culturales negativos de la encarcelación en masa, y las organizaciones de la sociedad civil y los organismos de la ONU, entre ellos la Agencia de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (28) y la Oficina de las Naciones Unidas del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) (29), han hecho un llamamiento a los países para que busquen

alternativas a la prisión. Teniendo en cuenta los costes que las cárceles imponen a las sociedades, el argumento económico podría ser fundamental para la búsqueda de estas alternativas, prestando simultáneamente especial atención a la carga actual de TB y MDR-TB de las personas encarceladas, la salud de la población en general y los presupuestos nacionales.

## Salud de las personas encarceladas: un *statu quo* atroz

En 1993, el *Global Report on Prisons* (Informe Mundial Sobre las Cárceles) (30) de Human Rights Watch señalaba que la mayoría de las personas encarceladas del mundo estaban “confinadas en condiciones de suciedad y corrupción, sin alimentación y atención médica adecuadas, con poco o nada que hacer, y en circunstancias en las que la violencia por parte de otros reclusos, de sus cuidadores o de ambos es una amenaza constante”. Una década más tarde, el *Report on International Prison Conditions* (Informe sobre las Condiciones en las Prisiones) (31) del año 2013 del Departamento de Estado de los EE.UU. declaraba: “La mayoría de los sistemas penitenciarios del mundo no llegan al nivel de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Personas Reclusas. En algunos países, las obligaciones y normas internacionales relevantes son ignoradas deliberadamente”. El informe pone de relieve los problemas universales que amenazan la salud y la vida de la población carcelaria: hacinamiento, falta de saneamiento y/o de instalaciones médicas y denegación de la atención sanitaria a las personas encarceladas (31). La reaparición de la TB y la rápida propagación de la MDR-TB en las cárceles de todo el mundo han llevado recientemente a varios órganos de derechos humanos a expresar su grave preocupación por el estado de las prisiones del mundo y a cuestionarse si la salud de las personas encarceladas cumple con las normas internacionales de derechos humanos (32). El hecho de que no se respeten estas normas es uno de los principales impulsores de las epidemias de TB dentro de las cárceles y comunidades a nivel mundial.







Además de la TB y del VIH, las personas encarceladas se ven afectados por una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las hepatitis virales y los problemas de salud mental. Los estudios han estimado que a nivel mundial, la prevalencia de la hepatitis C entre los personas encarceladas es de un 26%, con mayor prevalencia entre los personas encarceladas de Asia central y Australasia (33). También se han observado disparidades en las tasas de patologías mentales entre las personas encarceladas, con tasas de suicidio hasta 10 veces más altas entre personas encarceladas que en la población general (11). Esta situación crítica es causada una vez más por las malas políticas descritas anteriormente y la consiguiente falta de recursos para mantener el acceso a servicios sanitarios adecuados en las cárceles. El derecho a la salud de las personas encarceladas está protegido por una serie de obligaciones internacionales, sobre todo por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (34), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (17) y la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos (20) y las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (19). Un informe del Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental también ha subrayado las obligaciones de los países en relación a la salud de las personas encarceladas (35). A menos que los gobiernos tomen en serio estas obligaciones, detener la epidemia de TB en los lugares de detención será algo extremadamente difícil de lograr.

Con el fin de ayudar a los gobiernos y a los actores involucrados de la sociedad civil a idear políticas para proporcionar asistencia sanitaria a las personas encarceladas, la OMS y la ONUDD han desarrollado los siguientes principios de buen gobierno para la salud en las cárceles (tomado de "Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health", 2013) (36):

- Las personas encarceladas tienen los mismos derechos a la salud y al bienestar que cualquier otra persona.
- Las personas encarceladas provienen

sobre todo de las capas socialmente desfavorecidas de la comunidad y soportan una mayor carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles que la población general.

- Las prisiones son lugares con altos riesgos de enfermedad. Debido a que hay un intercambio constante entre sus habitantes y las comunidades, representan un desafío complejo y difícil para la salud pública, especialmente en lo referente a la lucha contra las enfermedades transmisibles como el VIH o la TB.
- Los Estados tienen el deber especial y soberano de atender a las personas encarceladas. Son responsables de todos los problemas evitables de salud de las personas encarceladas, causados por medidas de sanitarias inadecuadas o condiciones de reclusión inadecuadas en lo que se refiere a higiene, alimentación, espacio, calefacción, iluminación, ventilación, actividad física y contactos sociales.
- Los servicios sanitarios en las prisiones deben cumplir como mínimo con las normas profesionales, éticas y técnicas equivalentes a las que se aplican en los servicios de salud pública en la comunidad.
- Los servicios sanitarios en las prisiones deben ser proporcionados exclusivamente para atender a las personas encarceladas y no deben participar nunca en el castigo de las personas encarceladas.
- Los servicios sanitarios en las prisiones deben ser totalmente independientes de las administraciones penitenciarias, pero deben coordinarse eficazmente con ellas.
- Los servicios sanitarios en las prisiones deben estar integrados a las políticas y los sistemas nacionales de salud, en particular en lo que se refiere a la formación y el desarrollo profesional del personal de atención sanitaria.

El cumplimiento de estos principios, así como la eliminación de algunas de las políticas punitivas dirigidas a delincuentes por delitos de escasa importancia, puede ayudar a abordar algunas de las barreras estructurales y socioculturales que se describen a continuación.

# Barreras estructurales para el diagnóstico y tratamiento



## Falta de recursos e infraestructuras deficientes

Como se ha indicado anteriormente, las prisiones están notoriamente superpobladas y carecen de los recursos sanitarios adecuados (37). Este problema es universal y se encuentra en los países de rentas altas, medias y bajas. En los países de medianos y bajos ingresos, esta falta de recursos, sin embargo, podría ser tan drástica que incluso las necesidades básicas de las personas encarceladas no pueden ser satisfechas, lo cual tiene un grave impacto en la situación sanitaria de las personas (37). Dado que la TB se transmite por el aire, algunas medidas elementales de control de la TB dentro de las prisiones incluyen un buen nivel de circulación del aire, lo que podría lograrse mediante la mejora de la ventilación (11). Sin embargo, incluso medidas tales como la apertura de ventanas y la instalación de extractores de aire pueden ser difíciles de implementar en entornos de bajos recursos, y la instalación de dispositivos germicidas de irradiación ultravioleta

podría estar completamente fuera de las posibilidades. Los informes de algunas prisiones han descrito instalaciones severamente sobrepobladas en las cuales las personas encarceladas son encerradas en celdas durante 23 horas al día; esto aumenta las posibilidades de transmisión de la TB y elimina la posibilidad de circulación de aire, todo ello debido a la falta de personal y de recursos para mantener una población carcelaria tan grande (38). La falta de recursos también se traduce en una deficiente infraestructura sanitaria dentro de las cárceles, la falta de formación y preparación de los trabajadores sanitarios de las prisiones para hacer frente a crisis sanitarias tales como la TB y la MDR-TB, ratios más altas de personas encarceladas – personal que dificultan la cohesión de las poblaciones reclusas y muchos otros problemas que pueden impedir la detección de casos y la prestación de tratamientos eficaces de la TB centrados en el paciente (11,39,40).

## Retraso en el diagnóstico y la logística de admisión y alojamiento

El abordaje de la TB en las cárceles requiere, entre otras cosas, una agresiva detección de casos. La detección de casos requiere un aumento del número y la mejora de la capacidad del personal médico penitenciario y los esfuerzos comprometidos de las autoridades carcelarias para impedir la propagación de la TB en las prisiones. La OMS recomienda dos enfoques para la detección de casos en las prisiones: activo y pasivo (11). La detección activa de casos debe producirse tanto en la admisión inicial de la persona como durante todo el período de encarcelamiento, durante el cual la población reclusa

debe ser sometida regularmente a pruebas de detección de la TB. En la admisión inicial, debería llevarse a cabo un examen médico respetuoso hacia la persona que está siendo encarcelada, incluyendo una prueba de detección de la TB a través de cuestionarios, radiografía de tórax, prueba cutánea de tuberculina (TST) y ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA), o una combinación de éstos métodos (11,41). El uso de la radiografía portátil y asequible ha demostrado ser eficaz para la rápida detección de la TB y la prevención de la TB en otros entornos con recursos limitados (42). En entornos de bajos



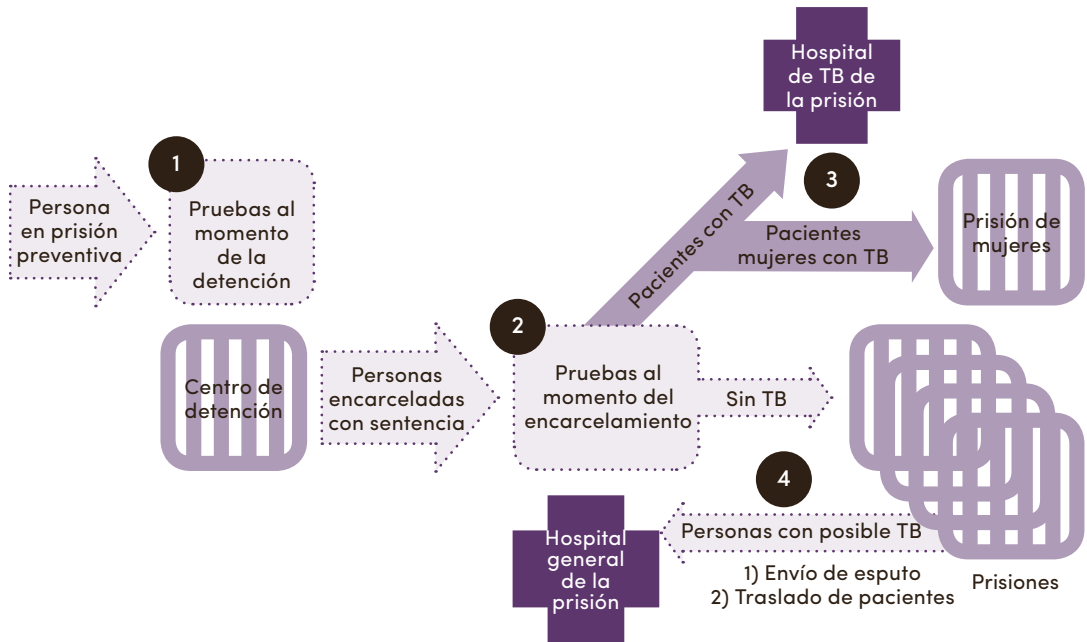
recursos con alta prevalencia del VIH, los investigadores también han encontrado que el bajo índice de masa corporal, la infección por el VIH y el dolor en el pecho son indicadores fiables de TB en las poblaciones penitenciarias (43). Éstos y otros métodos creativos deben ser probados en entornos en los que las recomendaciones de la OMS no puedan ser implementadas fácilmente. Además, se deben desarrollar nuevas tecnologías con urgencia para mejorar y simplificar el diagnóstico.

La OMS y otros organismos (11,44) también recomiendan que, al momento de la admisión, las personas encarceladas con sospecha de TB deben ser separadas de la población general de la prisión y especialmente de las personas que viven con el VIH. Esta separación temporal protege tanto a las personas encarceladas con

posible TB, que pueden iniciar el tratamiento, como a la población general de la prisión de contraer la TB de sus pares. Esta estrategia permite que las autoridades de la prisión puedan cumplir con su obligación de proteger la salud de todas las personas encarceladas (11). Un estudio reciente en Mongolia demostró que la detección inicial y la separación de las personas encarceladas con TB tuvieron un impacto significativo en la trayectoria de la TB en la cárcel; durante un período de nueve años, el país redujo las tasas de notificación de TB en prisión a más de la mitad mediante un proceso de detección y aislamiento, así como mediante la hospitalización de las personas encarceladas con TB en los hospitales penitenciarios (45) (véase también la Figura 2). Sin embargo, hay que señalar que un modelo así requiere recursos que no siempre están disponibles.

**FIGURA 2. FLUJOGRAMA DE LA DETECCIÓN Y REORIENTACIÓN DE PERSONAS ENCARCELADAS CON TB EN EL SISTEMA PENITENCIARIO DE MONGOLIA** (véase Yanjindulam P, Oyuntsetseg P,

Sarantsetseg B, Ganzaya S, Amgalan B, Narantuya J, et al. (22) para el artículo completo)





Por supuesto que esta separación no debe significar un aislamiento prolongado; los reclusos sometidos a evaluación para la TB no deben pasar tiempo en régimen de aislamiento (39), ni deben sufrir discriminación indebida en razón de su estado de salud. Sin embargo, las limitaciones existentes a menudo hacen que este sencillo paso sea difícil de implementar. Encontrar el espacio extra representa un desafío en ambientes carcelarios sobrepoblados, y los establecimientos penitenciarios separan a las personas encarceladas por la naturaleza de sus delitos y no en función de las directivas de salud pública. Mantener a las personas con TB separadas durante su encarcelamiento requiere un fuerte compromiso por parte de las autoridades carcelarias y de las autoridades sanitarias de las prisiones. El examen inicial y la discusión con las personas encarceladas en el momento de la admisión también pueden ayudar a determinar si han estado obteniendo tratamiento para la TB en la comunidad, y por lo tanto, deberían continuar con su régimen. Por ende, se requieren vínculos más fuertes entre los establecimientos penitenciarios y sanitarios de la comunidad (40). El hecho de no seguir estos sencillos pasos a menudo puede dar lugar a retrasos en el diagnóstico de la TB, lo cual a veces puede conducir a brotes masivos en la población general de la prisión (46).

La detección pasiva de casos debe producirse mediante la auto-referencia de las personas encarceladas a las unidades de salud de las cárceles y las pruebas a todas las personas encarceladas que se presenten en los centros de salud penitenciarios con preocupaciones que podrían indicar un diagnóstico de TB (11). Esta metodología, sin embargo, representa un desafío, porque se basa en que las personas encarceladas informen ellas mismas sobre los síntomas. Mientras que las personas encarceladas podrían estar dispuestas a informar sobre sus problemas de salud, su capacidad de hacerlo a veces depende de su posición dentro de la jerarquía de la prisión. La seriedad con la que se tomen en cuenta sus preocupaciones

también puede depender de la profesionalidad y las actitudes del personal sanitario de la prisión (11). Está claro que ninguno de estos enfoques puede tener éxito sin la participación tanto de los funcionarios de la prisión como de las propias personas encarceladas.

## Interrupciones en el tratamiento

Como se ha mencionado, las poblaciones que son susceptibles a la TB también podrían estar en mayor riesgo de encarcelamiento. En el momento del arresto y de la detención, algunos individuos que están a punto de ser encarcelados podrían haber ya estado recibiendo tratamiento para la TB en la comunidad. Del mismo modo, mientras reciben tratamiento en la cárcel, una serie de medidas punitivas y/o logísticas, tales como régimen de aislamiento, transferencia entre prisiones y otras prácticas pueden interferir con el tratamiento (1,11,22,39). Si el individuo preso con TB también está consumiendo drogas, proporcionar un tratamiento de sustitución es fundamental para asegurar el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, un tratamiento así a menudo no está disponible en las prisiones (13). Las interrupciones y la falta de cumplimiento a veces también son el resultado de la cultura de la prisión (ver factores socioculturales, más adelante). Sin embargo, la logística carcelaria, la negligencia y la falta de compromiso para mejorar las condiciones y la atención por parte de las autoridades y el personal de las cárceles son prevalecientes sobre estos otros factores (1). Cuando las personas con TB son liberadas de las cárceles, su régimen de tratamiento también podría verse interrumpido e incluso podría no estar disponible en las comunidades en las que viven (39). Los ex reclusos podrían no desear seguir un tratamiento para una variedad de razones; sin embargo, es muy importante conectarlos con las autoridades sanitarias y las organizaciones de apoyo de la sociedad civil en la comunidad, para facilitar la continuación del tratamiento y su éxito.

# Barreras socioculturales para el tratamiento



## Otras comorbilidades

Las personas en prisión con TB a menudo presentan una variedad de otras comorbilidades, incluyendo las hepatitis virales y el VIH (4). Esto presenta desafíos tanto para el personal sanitario de las prisiones como para las personas encarceladas con TB. Las autoridades sanitarias de las prisiones deben tomar decisiones con respecto al tipo de tratamiento, mientras que las personas encarceladas con TB y otras comorbilidades se enfrentan a efectos secundarios duraderos e interacciones de varios medicamentos (39). Estos desafíos no pueden ser ignorados, y debe proporcionarse un apoyo adecuado a las personas encarceladas con TB que también presenten otras afecciones.



## Cultura y jerarquía carcelaria

Mientras que pocos informes de investigación han abordado estos temas, es evidente que la dura cultura de muchas prisiones impulsa a las personas encarceladas a incurrir en ciertas conductas que podrían interferir con incluso el más eficiente de los programas contra la TB. Teniendo en cuenta que las intervenciones de TB ya son frágiles en la mayoría de las prisiones, la cultura

y la jerarquía carcelaria podrían interferir seriamente con estas actividades. La existencia de mercados informales en las cárceles ha sido bien documentada. Los medicamentos para la TB podrían pasar a formar parte de este mercado cuando los reclusos tratados por TB empiecen a sentirse bastante mejor debido a la recepción de los medicamentos y/o las circunstancias o su



posición en la jerarquía de la prisión los fuercen a vender o permutar sus medicamentos (22,39). Informes informales y anecdóticos también han puesto de manifiesto el funcionamiento de las jerarquías de la prisión, con las personas encarceladas “de alto nivel” actuando como guardianes para el acceso a los servicios médicos y de otra índole, pudiendo utilizar este acceso para ejercer coerción sobre los que son considerados de un rango inferior (39,47). En algunas prisiones, en las cuales se sabe que los programas de TB están mejor financiados, y las personas encarceladas con TB reciben beneficios nutricio-

nales adicionales o son reubicados en hospitales de TB dentro de la prisión, algunas personas encarceladas pueden desear simular síntomas de TB e intercambiar esputo para asegurarse el diagnóstico con el fin de ser transferidas a estos lugares aparentemente más atractivos (39,40). Estos fenómenos deben ser tomados en cuenta, y los organismos deben promover la observación cercana de la ingesta de medicamentos y la educación a las personas encarceladas sobre los peligros del tratamiento no concluido y de desarrollar resistencia si son tratados erróneamente o varias veces.

## Mujeres en prisión

Hasta el 6,5% de las personas encarceladas del mundo son mujeres, y esta cifra representa un incremento de cinco veces de la población carcelaria femenina en los últimos 15 años (7). Los niveles más altos de encarcelamiento de mujeres han sido observados en Europa del este y Asia central, mientras que los niveles están por encima del promedio en América Latina y Asia sudoriental y oriental (7). De acuerdo con la División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas, las minorías raciales, incluidas las mujeres indígenas, “representan el sector de más rápido crecimiento de la población carcelaria” (48). Las investigaciones han demostrado que las mujeres presas han sufrido múltiples formas de opresión, abuso, pobreza y marginación (7). Además, la mayoría de las mujeres presas han cometido delitos no violentos motivados por la mejora de su situación financiera (7). También se ha documentado que la inmensa mayoría de las mujeres que han cometido delitos violentos han sido también víctimas de violencia extrema ellas mismas, o han cometido los delitos en respuesta al abuso y la violencia doméstica sistemáticos (49,50). Una elevada proporción de las mujeres en todas las regiones, y en especial en la región de Europa del este y Asia central, están encarceladas por delitos no violentos relacio-

nados con las drogas (7). Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres en prisión son madres (48) y representan la única fuente de ingresos de su hogar, el encarcelamiento en exceso de las mujeres representa una carga social adicional y conduce a hogares rotos. Los datos sobre la TB entre las mujeres presas son escasos. Sin embargo, un estudio realizado en Brasil encontró que el tiempo pasado en prisión aumentaba el riesgo de TB en las mujeres (51). También hay evidencia de que la salud de las mujeres presas es a menudo ignorada por infraestructuras carcelarias débiles (52). Por ejemplo, se informó de niveles más bajos de pruebas de TB en las mujeres presas en Zambia que en sus homólogos masculinos y una indiferencia general hacia sus necesidades sanitarias (53,54). Se cree que estas experiencias son comunes para las mujeres presas a nivel mundial (7). Las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok) detallan alternativas al encarcelamiento y servicios específicos de género (55). Estas reglas deberían ser cumplidas a la hora de considerar las políticas dirigidas a las delincuentes femeninas y la elaboración de servicios para las mujeres presas.



## Acciones

### Abogar por la reforma penitenciaria y mejorar las condiciones en las cárceles

Está claro que, sin mejoras generales en las condiciones de reclusión a nivel mundial y sin revisiones a los estrictos códigos penales que colocan a los delincuentes no violentos en las cárceles, el problema de la TB en los lugares de detención persistirá. La ONUDD recomienda alternativas al encarcelamiento que comienzan con la revisión de las leyes y políticas sobre sentencias e incluyen el establecimiento de regímenes de libertad condicional y supervisión comunitaria que implican un ahorro significativo y fomentan una mejor integración de las personas, a priori destinadas al encarcelamiento, en las comunidades (28). Estos planes también podrían ayudar significativamente en el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB, que ya no serían encerradas en espacios hacinados, sin ventilación, sino que recibirían tratamiento en los sistemas de salud de la comunidad.

### Garantizar la continuidad del tratamiento

Garantizar la continuidad del tratamiento es fundamental para el éxito de los programas de prevención y control de la TB en las cárceles. Por lo tanto, es esencial centrarse en el fortalecimiento de las conexiones dentro del sistema penitenciario y crear registros médicos que se puedan mover junto con la persona con TB de un lugar a otro. Por otra parte, la conexión de las personas encarceladas liberadas con las organizaciones comunitarias es esencial para asegurar el cumplimiento del tratamiento y su terminación. Las organizaciones comunitarias que trabajan con ex personas encarceladas y proporcionan apoyo para el tratamiento también pueden proporcionar servicios esenciales tales como refugio temporal y nutrición (56). Las organizaciones comunitarias también pueden hacer participar a personas que han sufrido ellas mismas de encarcelamiento y podrían entender mejor las necesidades de las personas encarceladas recién liberadas (40,56,57).



### Adoptar medidas legales

Para aumentar la conciencia de los problemas de la TB en la cárcel, varias ex personas encarceladas, apoyadas por grupos de derechos humanos, han presentado casos a través de mecanismos nacionales e internacionales de derechos humanos. Una victoria judicial de un ex preso contra las autoridades carcelarias en Sudáfrica ha sacado a la luz las terribles condiciones que facilitaron su adquisición de TB mientras estuvo recluso en la cárcel (58,59). Las decrépitas condiciones de reclusión y el trato inhumano a las personas encarceladas en las cárceles rusas, que incluye una TB galopante, han sido expuestas por varias resoluciones positivas adoptadas por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (60). Aunque no siempre representan una ganancia directa para la persona afectada por la TB, estos casos ayudan a ejercer presión sobre los gobiernos y los sistemas penitenciarios para que tomen medidas.

## Integrar y empoderar a las personas encarceladas

Al igual que con otras comunidades, integrar y empoderar a las personas encarceladas para que conozcan sus derechos y participen en la prevención y tratamiento de la TB es esencial para el control de la TB en las cárceles. Si bien hay pocos ejemplos documentados de programas exitosos con la participación de personas encarceladas, al menos dos sistemas penitenciarios han informado de la participación de “trabajadores de la salud encarcelados” como pares capacitados de forma similar a los trabajadores de salud de la comunidad para supervisar el tratamiento en las prisiones (40,61,62). La educación y la participación de las personas encarceladas en la elaboración de campañas de información acerca de la salud relacionadas con la TB también han sido observadas como metodologías eficaces y productivas (39,63). Los implementadores, sin embargo, advierten que la programación educativa y de empoderamiento no debe dar lugar a ningún malentendido en cuanto a los peligros de la interrupción del tratamiento, fingir la TB o participar en otras estrategias que las personas encarceladas podrían considerar debido a las circunstancias de su entorno (39). Algunos sistemas penitenciarios han permitido que las organizaciones de la sociedad civil trabajen con las personas encarceladas en las cárceles. Estos modelos pueden ser aún más eficaces, ya que funcionan a través de las redes de pares y por lo tanto pueden fomentar la confianza y la mayor adhesión entre la población carcelaria.

## Formar y fomentar la colaboración con el personal penitenciario

Proporcionar educación y formación para el personal penitenciario, así como convencer al personal para que colabore con las personas encarceladas en las actividades de detección de la TB y les haga participar en la prestación de servicios sanitarios, son factores fundamentales para el éxito de los programas de TB en las prisiones (11,39,64). Además, la formación y otras actividades educativas para el personal penitenciario pueden servir como incentivo/ estímulo para hacer que circunstancias difíciles sean más manejables y proporcionar vínculos con otros profesionales que trabajan en los centros penitenciarios para lograr su apoyo.







## Recomendaciones

Aunque estas recomendaciones proporcionan un esquema de actuación para una amplia gama de actores clave involucrados, otros, incluyendo las agencias de la ONU y los colectivos de empleados de sanidad a nivel local y global, deberían tomar nota y evaluar su potencial para ser utilizados en la mejora de la prevención, el tratamiento y la atención en materia de TB para las personas encarceladas. Además, los socios públicos y privados deberían tomar nota de las recomendaciones que se refieren al desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico y otras tecnologías que pueden acelerar y facilitar la detección y tratamiento de la TB en las cárceles.

Sociedad civil	Organizaciones de personas encarceladas y ex personas encarceladas con TB	Gobiernos	Donantes
Abogar por alternativas al encarcelamiento, especialmente para delincuentes no violentos que pueden ser vulnerables a la TB; promover el acceso a los responsables de formular las políticas para personas encarceladas y ex encarceladas.	Documentar los impactos del encarcelamiento en la vida de las personas encarceladas con TB; acceder a los responsables de formular las políticas para contarles historias de personas encarceladas.	Reducir la carga económica y de salud pública de la TB en la sociedad; considerar la reforma de la justicia penal y alternativas al encarcelamiento para delincuentes no violentos.	Programar fondos, revisar políticas y establecer reformas teniendo como objetivo las alternativas a la reclusión.
Fomentar las relaciones entre las organizaciones de la sociedad civil, los colectivos/ organizaciones de personas encarceladas y los servicios sanitarios penitenciarios.	Abogar por el acceso a los servicios sanitarios para todas las personas encarceladas y por mejores intervenciones que conecten los sistemas de salud penitenciarios con los servicios de salud en la comunidad.	Asegurarse de que los centros de salud sean completamente funcionales y estén bien dotados de personal en todas las prisiones; desarrollar modelos rentables para la prestación de servicios de salud penitenciarios mediante la rotación del personal y el uso de otros enfoques creativos; facilitar la colaboración entre las autoridades penitenciarias y sanitarias con la participación de la sociedad civil.	Promover modelos rentables para aumentar el acceso a la atención médica para las personas encarceladas; proporcionar financiación inicial para poner en marcha los servicios de salud y los programas de TB en las cárceles.



Sociedad civil	Organizaciones de personas encarceladas y ex personas encarceladas con TB	Gobiernos	Donantes
Iniciar litigios estratégicos para hacer que los gobiernos se hagan responsables de las violaciones contra las personas encarceladas que impactan en su salud.	Documentar las violaciones de los derechos de las personas encarceladas y hacer responsables a los gobiernos en cuanto a las obligaciones internacionales; trabajar con grupos de derechos humanos y colectivos legales para denunciar a los sistemas penitenciarios en los casos de negligencia.	Cumplir con las obligaciones internacionales en materia de salud de las personas encarceladas.	Apoyar la documentación de violaciones en las cárceles y trabajar junto a la sociedad civil para presionar a los gobiernos para que cumplan con las obligaciones internacionales; apoyar programas que cumplan con las directrices internacionales.
Abogar por la financiación adecuada para los servicios sanitarios penitenciarios; utilizar la escasez de recursos para abogar por alternativas a la prisión.	Abogar por mejoras en todo el sistema de atención médica y para la TB en las prisiones.	Asegurarse de que haya recursos suficientes dedicados al tratamiento de la TB en las prisiones, que el personal esté debidamente capacitado, cuente con recursos y apoyo y que se implementen sistemas para realizar las pruebas a las personas encarceladas y para proporcionar la continuidad del tratamiento.	Ayudar a los gobiernos a idear planes sostenibles para proporcionar tratamiento para la TB en las prisiones, y promover modelos de diagnóstico y tratamiento que mantengan la continuidad y sean eficaces.
Abogar para el acceso de las organizaciones de la sociedad civil para trabajar con personas encarceladas.	Trabajar a nivel de la comunidad para crear redes de seguridad para las personas que son liberadas de la prisión y que podrían necesitar un tratamiento de apoyo; abogar por el acceso a las prisiones, donde el apoyo entre pares para personas encarceladas con TB es fundamental.	Trabajar con la sociedad civil para asegurar su participación en la creación de programas de TB para las prisiones y para crear vínculos con tratamientos de apoyo en la comunidad para personas liberadas.	Apoyar y difundir los resultados de los programas que empoderan eficazmente a las personas encarceladas e involucran a la sociedad civil en el diseño y ejecución de los programas de tratamiento de la TB dentro de las prisiones y después de la liberación.
Promover la investigación independiente para estimular la documentación de las condiciones en las prisiones.	Apoyar la investigación sanitaria sobre las personas encarceladas para mejorar la comprensión de la forma de aumentar la eficacia de las intervenciones.	Fomentar la colaboración multisectorial para llevar a cabo investigaciones sobre las condiciones de salud en las prisiones y producir datos que pueden ser compartidos entre sectores.	Financiar las investigaciones que permitan obtener datos para mejorar las intervenciones.

# Referencias

1. Biadglegne 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/finalj3\\_Art3.pdf](http://www.unodc.org/pdf/crime/forum/finalj3_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 Retrovirol.* 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. Vinkeles 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; 2009 (<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.

# 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  
Deepti Chavan  
Duncan Moeketse  
Elchin Mukhtarli  
Endalkachew Fekaduer  
Eva Limachi  
Harry Hausler  
Herve Isambert  
Imran Zafar  
James Malar  
John Duncan  
Karabo Rafube  
Kate Thomson  
Kevork Kara –Agopian  
Kibibi Mbwavi  
Liesl PageShipp  
Lisa Leenhouts–Martin  
Loyce Maturu

Maggy Gama  
Manita Pandey  
Marciel Buen  
Marina Smelyanskaya  
Melecio Mayta Ccota  
Mo Barry  
Moises Uamusse  
Nduru Gichamba  
Nonna Turusbekova  
Patricia Odolo  
Paul Moses Ndegwa Mutiga  
Pilar Ustero  
Prabha Mahesh Shankar  
Ramya Ananthakrishnan  
Rhonda Marama  
Safar Naimov  
Samuel Boy Kunene  
Sophie Dilmitis  
Stacie Stender  
Steph Topp  
Steven John  
Thato Mosidi  
Timur Abdullaev  
Valeriu Istrati  
Vũ Manh Trí  
Yana Morenets  
Yuki Takemoto

## Diseño y diagramación Cover

Miguel Bernal  
Nina Saouter

**Stop TB Partnership**

The Stop TB Partnership  
acknowledges with gratitude the financial  
and technical support received from  
the Global Fund to Fight AIDS, TB & Malaria.

hosted by  
 **UNOPS**

 **END  
TB**

Chemin de Blandonnet 2,  
1241 Vernier  
Geneva, Switzerland  
[www.stoptb.org](http://www.stoptb.org)