



**Organización Panamericana de la Salud
Programa Regional de Tuberculosis**



**VI Reunión Regional:
“Avances y desafíos del control de la TB en
Poblaciones Privadas de Libertad (PPL)”**

La Ceiba – Honduras
20 - 22 de febrero, 2013



Trabajemos por prisiones y países libres de tuberculosis



CONTENIDO

Abreviaciones y acrónimos	4
Agradecimientos	6
Objetivos	7
Revisión de las recomendaciones y su cumplimiento del “V taller Regional para el control de la TB en Poblaciones Privadas de Libertad, Panamá 2010”	7
La salud de las PPL y sus determinantes en LAC	8
Instrumentos de derechos humanos aplicables al control de la TB	9
Situación de TB en las Américas y en la PPL. Desafíos y oportunidades para mejorar el control de la TB en PPL	10
Panel: Control de la TB a la luz de los instrumentos de derechos humanos	12
• Experiencia de El Salvador	12
• Experiencia de Panamá	13
• Experiencia de Guyana	14
Debilidades de los sistemas de salud de las PPL. ¿Como se las puede superar?	14
Panel: Debilidades de los sistemas de salud de las PPL y experiencias en el control de la TB	15
• Experiencia de Nicaragua	15
• Experiencia del Ecuador	16
• Experiencia de Venezuela	17
Trabajo de grupos: Uso de los instrumentos de derechos humanos para abordar las debilidades del control de la TB en PPL	17
El control de la TB en Honduras	19
Recomendaciones para el trabajo coordinado entre los PNTs y los centros de salud de los Centros Penitenciarios “Guía para el control de la TB en PPL de LAC”	20
Panel: Experiencias de trabajo coordinado de los PNTs y las Direcciones de Salud de Centros Penitenciarios	21
• Experiencia de República Dominicana	21
• Experiencia de Bolivia	22
• Experiencia de Paraguay	23
Experiencias exitosas para mejorar el control de la TB. La introducción de métodos rápidos de diagnóstico de la TB y la TB-MDR en PPL – ventajas y desventajas.	24
Panel: Diagnóstico de la TB y la TB-MDR en PPL:	26
• La incorporación del Xpert/MTB/RIF en PPL: Ventajas y desafíos. Experiencia de El Salvador	26
• La incorporación de LPA (line probe assays) en PPL: Ventajas y desafíos. Experiencia del Perú	26
• Uso de métodos convencionales. Ventajas y desafíos. Experiencia de Colombia	27
Situación y control del VIH en PPL	28
Panel: El manejo de la coinfección TB/VIH en Centros Penitenciarios	29
• Experiencia de Brasil	29
• Experiencia de Guatemala	30
• Experiencia de Panamá	31
Diálogo: El tratamiento estrictamente supervisado en PPL. Un mito o una realidad	32

Control de contactos en PPL – Guía de control de contactos de OMS y su adecuación en PPL	32
Panel: ¿Quiénes son considerados contactos en PPL y cuáles son las pautas de manejo de los mismos?	34
• Experiencia de Perú	34
• Experiencia de Nicaragua	34
• Experiencia de Bolivia	34
Trabajo de grupos: ¿Cuáles deberían ser los lineamientos de trabajo del control de la TB en PPL en el 2013-2014?	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
Agenda	38
Lista de participantes	42

ABREVIACIONES Y ACRONIMOS

ACMS	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
ADVP	Adicto a drogas por Vía Parenteral
ARV	Antirretrovirales
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CI	Control de infecciones
CP	Centros Penitenciarios
DDHH	Derechos humanos
DFC	Drogas fijas combinadas
DOTS/TAES	Primer componente de la Estrategia Alto a la TB
FM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la TB y la Malaria
H	Isoniacida
HTA	Hipertensión arterial
INS	Instituto Nacional de Salud
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MdeS	Ministerio de Salud
M&E	Monitoreo y evaluación
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNT	Programa Nacional de Control de la TB
PPD	Derivado proteico purificado para la prueba de tuberculina
PPL	Persona o Población Privada de Libertad
PSD	Pruebas de sensibilidad a las drogas
PV	Personas viviendo con VIH
R	Rifampicina
RRHH	Recursos Humanos
SP	Sistema Penitenciario
SR	Sintomático Respiratorio

SS	Servicios de salud
TAR	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TBP BK+	TB pulmonar con baciloscopía positiva
TBTF	TB en todas sus formas
TB/VIH	Co-infección tuberculosis y VIH
TB-MDR	TB multidrogorresistente
TB-XDR	TB extensamente resistente
TDO	Tratamiento directamente observado
TPC	Terapia preventiva con Cotrimoxazol
TPI	Terapia preventiva con isoniacida
UMO	Unidad Médica Odontológica
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

La preparación de esta reunión fue realizada por el Programa Regional de Tuberculosis (HSD/CD) de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en colaboración con la Representación de la OPS/OMS de Honduras. Fue posible su realización gracias a los proyectos financiados por USAID y de AECID.

David Zavala y Mirtha del Granado prepararon esta publicación.

Agradecimientos

Los participantes y organizadores de la VI Reunión Regional “Avances y Desafíos del Control de la TB en Poblaciones Privadas de Libertad” y la OPS/OMS expresan su agradecimiento al Ministerio de Salud de Honduras y a los responsables del Programa Nacional de Tuberculosis de Honduras por las facilidades y apoyo brindado al desarrollo de esta reunión.

También se hace extensivo el reconocimiento al personal de la Oficina de la OPS/OMS en Honduras por la atención y apoyo logístico que hizo posible su realización.

VI Reunión Regional “Avances y Desafíos del Control de la TB en Poblaciones Privadas de Libertad”

La Ceiba, Honduras - 20 al 22 de marzo, 2013

Objetivos de la Reunión

1. Revisar el cumplimiento de los compromisos del “V Taller Regional para el Control de TB en Poblaciones Privadas de Libertad, Panamá 2010”.
2. Conocer los instrumentos de Derechos Humanos y su uso para preservar la salud de la PPL.
3. Conocer los avances y compartir experiencias exitosas en el control de la TB en los Centros Penitenciarios de Latinoamérica.
4. Definir lineamientos estratégicos para el control de la TB en el 2013-2014.

Revisión de las recomendaciones y su cumplimiento del “V taller Regional para el control de la TB en Poblaciones Privadas de Libertad, Panamá 2010”

M. del Granado

Recomendaciones

- Formalizar la coordinación entre los Ministerios de Salud y los Ministerios de Justicia, Gobernación – acuerdos, cartas de acuerdo.
- Incorporar la salud de las PPL en todas las reformas de salud.
- Fortalecer el sistema de información –del PNT y del Sistema Penitenciario para el M&E del programa de TB del Sistema Penitenciario.
- Hacer visibles actividades de control de TB en Centros Penales –publicación de datos de TB en PPL, acciones de control en Centros Penales.
- Realizar actividades que incrementen la detección oportuna de casos en CP:
 - Al momento del ingreso – detección activa.
 - Permanente durante la encarcelación – detección activa y pasiva.
 - Control de contactos –intra y extramuros.
- Mejorar los resultados de tratamiento:
 - Fortalecer el TDO por personal de salud y líderes PPL.
 - Educar y sensibilizar a los enfermos PPL.
 - Incorporar a promotores y líderes PPL para facilitar la adherencia.
- Debido al impacto negativo del VIH y la TB-MDR los CP deben:
 - Mejorar el trabajo conjunto entre PNT y VIH/SIDA: mejorar el acceso a test VIH, ARV y TPC.
 - Introducir la vigilancia rutinaria de la resistencia a medicamentos anti-TB en todos los casos de TB.
 - Establecer flujos para el manejo de los casos TB/VIH y TB-MDR.
- Identificar recursos económicos para el control de la TB:
 - Recursos nacionales – Sistema Penitenciario.
 - Fondo Mundial: fundamentalmente destinado a mejoras de estructura (equipamiento, salas de aislamiento, más que actividades operativas que deben ser financiadas por el estado o el PNT).

- Los PNT deben integrar en sus planes estratégicos y operativos al personal de salud del SP:
 - En actividades de capacitación, reuniones nacionales, premios al desempeño.
 - En actividades M&E de los PNT de CP en forma conjunta.
- Se debe formar un grupo de expertos en Salud Penitenciaria que analice a profundidad la información de TB en el SP, que elabore y difunda boletines, y que efectúe acciones de abogacía.

La salud de las PPL y sus determinantes en LAC

R. Montoya

La salud de la PPL se ve afectada por los determinantes sociales, debido a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales y a los estilos de vida de las PPL.

Los derechos de los reclusos provienen de los derechos humanos generales universales y se aplican a todas las PPL, los cuales son:

- El derecho a la vida y a la seguridad de la persona.
- El derecho a no ser torturado o maltratado.
- **El derecho a la salud.**
- El derecho a un juicio justo.
- El derecho a la no discriminación de ningún tipo.
- El derecho a no ser sometido a esclavitud.
- El derecho a la libertad de conciencia y pensamiento.
- El derecho a la libertad de culto.
- El derecho al respeto de la vida familiar.
- El derecho al desarrollo personal.

Uno de los principales problemas en los CP es la sobrepoblación existente que sobrepasa hasta tres veces su capacidad. Las tasas de TB en CP superan los promedios nacionales de sus respectivos países.

La tuberculosis es uno de los problemas más importantes que se da dentro de los CP; los mismos para dar respuesta implementan programas de TB y otros como el control de la hepatitis viral, ETS, VIH/SIDA, vigilancia nutricional, atención materno infantil, detección de cáncer de cuello uterino y mama, entre otros, pero en la mayoría de casos con déficit de RRHH.

Sobrepoblación penitenciaria en países de América Latina

País	Años 2005-2007			Año 2011		
	Capacidad del sistema	Población existente	Densidad por cien plazas	Capacidad del sistema	Población existente	Densidad por cien plazas
Argentina	49.322	46.263	94			
Bolivia	3.711	7.682	207			
Brasil	215.003	371.482	173	305.841	512.285	168
Colombia	52.437	61.133	117	72.785	93.387	128
Costa Rica	7.931	7.862	99	8.894	11.339	127
Chile				36.740	53.602	146
Ecuador	7.518	12.081	161	10.585	15.420	146
El Salvador	7.770	12.581	162	8.187	24.399	298
Guatemala	6.454	8.243	128	6.492	12.303	190
Honduras	8.280	11.691	141	8.190	11.985	146
México	158.968	204.130	128	184.193	225.697	123
Nicaragua	5.446	5.672	104	4.399	7.868	179
Panamá	7.216	11.617	161	7.443	13.397	180
Paraguay	4.874	6.238	128	5.863	7.161	122
Perú	21.794	33.471	154			
R. Dominicana	9.210	12.708	138	12.207	21.688	178
Uruguay	4.840	7.042	145	7.302	9.067	124
Venezuela	16.609	19.047	115			



Fuente: Carranza, Elías. ILANUD. 2011.

La mayoría de prisiones fueron construidas para maximizar la seguridad pública y no para minimizar la transmisión de infecciones. La probabilidad de transmisión de microorganismos potencialmente

patógenos además se ve incrementada por: demoras en el diagnóstico y tratamiento, acceso restringido a jabón, agua, insuficiente experiencia en control de infecciones y prohibiciones contra el uso de condones y agujas estériles entre otras estrategias. La transmisión de enfermedades infecciosas respiratorias se ve agravada por la presencia de enfermedades mentales, que dificulta su adecuado manejo.

Recomendaciones

- Mejorar las condiciones generales de vida en las prisiones.
- Implementar el Control de infecciones en penales (Plan de Control de Infecciones).
- Priorizar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de las PPL con sospecha de TB
- Sensibilizar y capacitar a los trabajadores de penales.
- Establecer una coordinación estrecha entre los centros de reclusión y los servicios de salud (programas de TB, VIH entre otros).

Instrumentos de derechos humanos aplicables al control de la TB

S. Del Pino

El artículo 25º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia: la salud y el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. El derecho a la salud se encuentra también contemplado en la constitución de la OMS y de la OPS.

Instrumentos internacionales que garantizan la salud y otros derechos humanos de las PPL

- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Convención de los Derechos del Niño.
- Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Convención contra la Tortura.
- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

A nivel regional, también se cuenta con instrumentos que garantizan el derecho a la salud y otros DDHH relacionados a las PPL en las Américas.

En el sistema de Naciones Unidas estos instrumentos son implementados por las diferentes oficinas y agencias especializadas que fomentan el respeto de los DDHH en las diferentes regiones del mundo.

TB y derechos humanos en prisión, ¿Por qué?

En los CP existe discriminación, violencia y frecuentes violaciones a los DDHH. La alta incidencia de TB, de la coinfección TB/VIH; la presencia de TB entre la PPL en detención preventiva y en otras poblaciones expuestas al *M. tuberculosis* como el personal de custodia, personal de salud y visitantes representan un quebranto a los DDHH.

Frente a esta situación es importante evaluar el impacto que tienen las deficiencias de los sistemas judiciales en el contexto de la TB y otras enfermedades que se dan en prisión; los acuerdos existentes entre los ministerios alineados con los instrumentos de DDHH; la necesidad de promover la cooperación entre los países para promover buenas prácticas y la necesidad de involucrar en el proceso a todos los actores clave (sociedad civil, iglesia, familiares, PPL, entre otros).

Grupos vulnerables en el contexto carcelario

En el contexto carcelario, hay grupos especialmente vulnerables, como son los jóvenes y adolescentes en conflicto con la ley, las mujeres y los niños, las personas con discapacidad, los indígenas y afrodescendientes, los adultos mayores, los adultos jóvenes, los grupos LGTBI y el personal carcelario, entre otros.

La OPS viene desarrollando diversas actividades en el contexto de las prisiones para abordar sus problemas al interior, como la TB, y promocionar el derecho a la salud y otros DDHH relacionados, a través de talleres, asistencia técnica, apoyo a Relatorías y desarrollo de herramientas..

Herramienta para la promoción de la salud en centros penales.

Esta herramienta permite mejorar las condiciones de salud en los CP con el uso de instrumentos de DDHH y permite recabar toda la información necesaria sobre el perfil de cada CP. Las líneas que desarrolla esta herramienta son:

1. Política y coordinación.
2. Información general sobre centros.
3. Situación de salud.
4. Sistema de salud en prisión.
5. Salud medioambiental y control de infecciones.
6. Protección al equipo de apoyo.

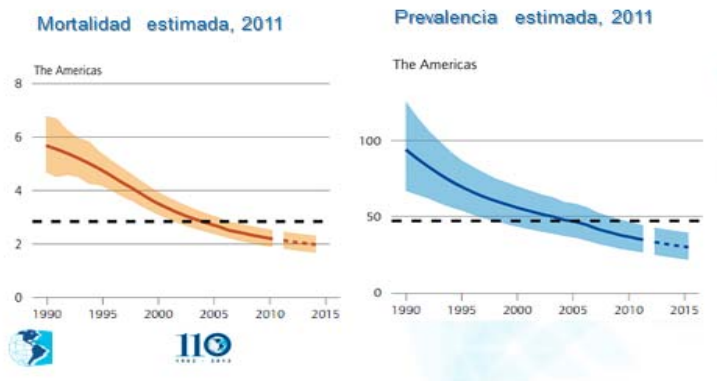
Situación de la TB en las Américas y en la PPL. Desafíos y oportunidades para mejorar el control de la TB en PPL

M. del Granado

Logros

- A nivel de las Américas se alcanzó anticipadamente las metas de los ODM, respecto a la prevalencia, incidencia y mortalidad de TB estimada.
- En la Región, la estrategia Alto a la TB se encuentra implementada, aunque con progresos que varían de un país a otro y dentro de un mismo país.
- El manejo programático de la TB-MDR está en expansión, con un mayor número de casos diagnosticados.

Cumplimiento de los ODM



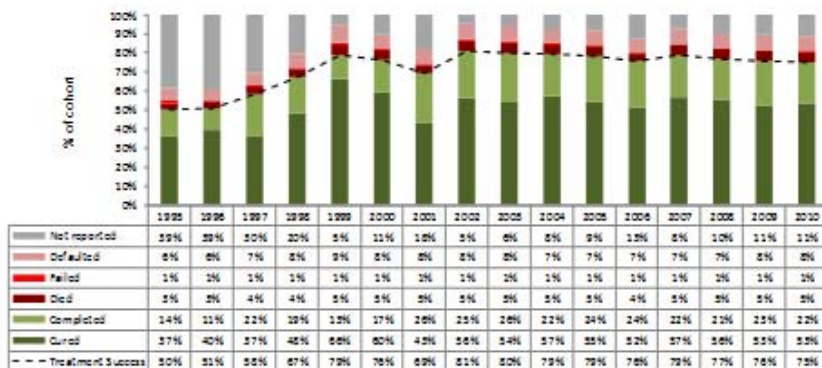
- Se ha mejorado la oferta y realización del test VIH a los afectados con TB y se implementan las actividades de colaboración TB/VIH en la mayoría de los países de las Américas.
- El 85% del presupuesto disponible de los PNT proviene de recursos estatales.

Problemas

Dentro de los principales problemas en el control de la TB en la Región de las Américas resaltan:

- La tasa de éxito de tratamiento para casos nuevos es baja: 75%, viéndose afectados por los casos no evaluados + abandonos (19%) y 5% de fallecidos.
- Presencia de un alto porcentaje de fallecidos entre los afectados con TB/VIH.
- Existencia de bajos porcentajes de enfermos TB/VIH que reciben TAR y TPC.
- Aún hay poco uso del cultivo y PSD en el diagnóstico de la TB-MDR y TB-XDR

Tasa de éxito de tratamiento lejos de las metas, cohorte TBP BK+, 2010



Estos problemas traen como consecuencia que:

- Se dejaron de diagnosticar y tratar al menos 50.000 enfermos con TB de los cuales 2.500 fueron niños.
- Fallecieron por esta causa 22 mil a 30 mil personas.
- Se dejaron de identificar 12 mil enfermos coinfectados TB/VIH de los notificados.
- Se dejaron de diagnosticar y tratar 2.500 enfermos con TB-MDR.
- No recibieron 7.500 TAR y 12.000 TPC enfermos notificados con TB/VIH.

Oportunidades

Los casos de TB se concentran en tres grandes grupos: 1) Pobres (pobladores de barrios marginales de la ciudad, PPL, minorías étnicas), 2) Contactos de los afectados, principalmente niños, 3) Entre personas con factores de riesgo: PV, personas con diabetes, desnutridas, alcohólicas, consumidores de drogas, entre otros.

Las PPL es una población que tiene un mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales (1 de cada 7); enfermedades

Poblaciones Privadas de Libertad (PPL)



infecciosas (TB, VIH/SIDA, hepatitis B y C y/o enfermedades respiratorias) y también mayor susceptibilidad a enfermedades crónicas (HTA, diabetes mellitus, asma, entre otros).

Las acciones a realizar deben fortalecer los servicios de salud de los CP con un mayor financiamiento y mejora de la logística, contar con personal de salud altamente capacitado, implementar programas de sustitución de drogas, contar con un buen sistema de información de salud, mayor integración de la atención abordando tanto las enfermedades infecciosas como las no infecciosas e implementar programas de seguimiento post-encarcelación. En la actualidad, hay una interrogante, si se debe integrar los servicios de salud de los CP a la red de los MdeS. La respuesta a ello debe incluir que las acciones sanitarias en los CP que preserven la salud de las PPL en respeto a sus DDHH.

Panel: Control de la TB a la luz de los instrumentos de los derechos humanos

Experiencia de El Salvador

O. Alfaro

El SP cuenta con 19 centros penales y 2 granjas penitenciarias. La capacidad instalada de estos CP es para 8,400 PPL, sin embargo, alberga a unos 28 mil privados de libertad.

Dentro del perfil epidemiológico de las clínicas de los CP la tuberculosis se ubica en el décimo lugar y las infecciones respiratorias en el primer lugar.

Estrategias para control de enfermedades en centros penales

1. Aumento y mejor distribución de horas laborales del personal de clínicas.
2. Creación de miércoles preventivo.
3. Creación de Grupo Básico de Trabajo
4. Desarrollo de actividades anti-dengue e incorporación a la estrategia "Día D" del MdeS.
5. Diagnóstico, modificación y adjudicación de dietas para PPL con enfermedades crónicas.
6. Programación y desarrollo de mega brigadas médicas en todos los CP.
7. Desarrollo de brigadas locales de desparasitación, dar vitaminas y diagnosticar problemas dermatológicos.
8. Alianzas con diferentes instituciones (PN/VIH, PNT, servicios de salud –MdeS, pastoral, penitenciaria, ONG, alcaldías).
9. Coordinaciones de clínicas con hospitales locales y regionales.

Dentro de las medidas para mejorar el diagnóstico y control tuberculosis en los CP se encuentran:

- Búsqueda de sintomáticos respiratorios por personal de clínica de cada CP (UMO).
- Brigadas médicas con búsqueda de sintomáticos respiratorios (UMO).
- Formación de promotores de salud penitenciarios (UMO).
- Cultivo Lowenstein Jensen y Ogawa Kudoh para diagnóstico y tipificación (MdeS/UMO).
- Coordinación con el PNT para toma de Rayos X en cada CP (MdeS/UMO).
- Uso de prueba de Gene Xpert para diagnóstico y resistencia a la rifampicina (MdeS/UMO).
- Uso de broncoscopia en segundo y tercer nivel de atención para tuberculosis de difícil diagnóstico (MdeS/UMO).

Experiencia de Panamá

M. Valdez

Avances en el Control de la TB en Población Privadas de Libertad (PPL)

En los CP de Panamá se tuvieron los siguientes avances:

- El MdeS ha asumido la atención de la salud en los CP.
- Se ha elaborado el plan de trabajo para el abordaje integral de las PPL.
- Se capacita a los integrantes del equipo de salud en temas como: promoción y prevención de las enfermedades infecto-contagiosas.
- Se aborda diferentes aspectos en promoción de la salud:
 - Trabajo intersectorial y participación social
- Se sensibiliza y socializa con las autoridades y a otros autores (policías, custodios y familiares) de la importancia de la promoción de la salud y promoción de las enfermedades infecto-contagiosas.

Desafíos

- Estimular el autocuidado a la salud, la práctica de estilos de vida y entornos saludables.
- Formar y capacitar a pares.
- Sensibilizar al personal policial y custodios.
- Trabajar en los factores de riesgo que determinan enfermedades: cloración de agua, disposición de basura, eliminación de vectores, desnutrición, captación de SR y realización de baciloscopías, entre otros.
- Cumplir las normas y procedimientos bajo supervisión del MdeS.

Experiencia de Guyana

J. Mohanlall

Situación actual

Los proveedores de salud para la atención de afectados de TB en Guyana se distribuyen en: 18 sitios dependientes del Sector público, en 5 prisiones y 1 Institución Correccional de Menores. Cuatro proveedores privados que refieren los casos para su investigación y tratamiento.

El número de casos reportados por el Ministerio de Salud (PNT) fue de 725 casos, al 95.6% de los cuales se les realizó la prueba de VIH, con una positividad de 30.7%.

Actividades desarrolladas

- Se ha desarrollado un plan de acción para el control de la TB en las prisiones con participación de sus autoridades.
- Se ha realizado el entrenamiento del personal del Programa de Control de la Tuberculosis y de los funcionarios de prisiones.
- Se ha establecido un: protocolo para la búsqueda de casos TB y de tratamiento supervisado (TDO).
- Se recopila y elabora los informes.
- Se ha establecido laboratorios para baciloscopía.

Principales desafíos

- Existencia de hacinamiento en las principales prisiones.
- La falta de personal de salud en prisiones.

- Deficiencia en medidas de control de infecciones en la prisión principal (ventilación de la unidad de aislamiento).
- Dificultad para el transporte de los reclusos para las interconsultas o evaluaciones médicas.
- Pérdidas durante el seguimiento cuando el PPL es excarcelado.

Debilidades de los sistemas de salud de las PPL. ¿Cómo se las puede superar?

Q. Juarez

El SP en Honduras ha pasado por una serie de cambios a lo largo del tiempo, estando actualmente en un proceso de transferencia de la administración y el control de los CP. La mayor limitante existente en el SP es el presupuesto insuficiente. En julio de 2010, la Policía nacional solicitó se declare en emergencia los CP, con el fin de efectuar mejoras en infraestructura y reducir el hacinamiento.

En el 2012 se diagnosticaron y trataron 172 casos en los CP de Honduras.

Factores de riesgo para el desarrollo de TB en los CP:

- Personas con bajas defensas inmunitarias debido a varios factores, como la malnutrición, uso de drogas, alcohol.
- Repetida y prolongada exposición de los PPL a enfermedades dentro de los CP.
- Hacinamiento, carencia de luz, higiene y ventilación.
- Detección tardía y tratamiento no adecuado de la enfermedad.
- Encarcelamiento prolongado que aumenta la probabilidad de contraer TB.
- Altas transferencias de PPLs de un CP a otro incrementando el riesgo de la diseminación de la enfermedad.
- Recursos humanos, materiales y financieros limitados.

Desafíos en el manejo de la TB en los CP

- Estrechar la coordinación entre el MdeS y la Policía Nacional para el control de la TB en los servicios de salud de los CP de todo el país.
- Mejorar la información entre los servicios de salud cuando un PPL está en tratamiento de TB y es liberado.
- La infraestructura en los CP es inadecuada, con pobre ventilación y escasa iluminación en celdas.
- Los servicios de salud en los CP carecen de material para dar atención adecuada a las PPL.
- No se realiza la revisión médica inicial cuando la PPL ingresa al CP.
- Ausencia de condiciones de aislamiento para PPL con enfermedades infecto- contagiosas.
- Falta de información y capacitación del personal policial en cuanto a la importancia de la TB.
- La observación del tratamiento anti-TB no es rigurosa, ocasionando muchos abandonos.
- Ausencia de educación de las PPL afectadas de TB.
- La ausencia de equipos médicos motivados y entrenados para ejecutar actividades de control de TB.

Actividades desarrolladas

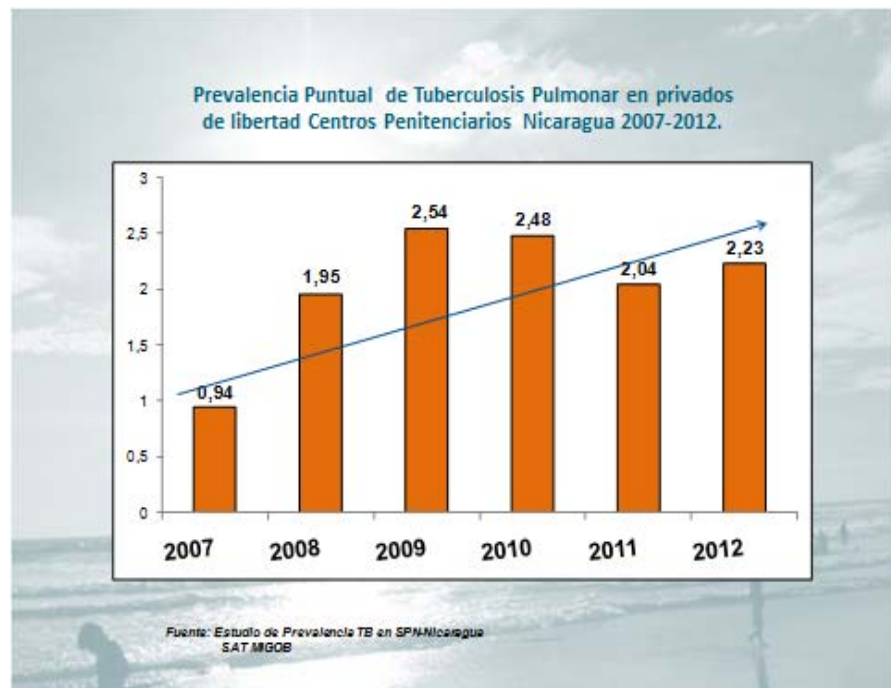
- Programación y ejecución de actividades de prevención normadas, según los recursos disponibles.
- Localización de casos a través de la búsqueda de SR.
- Registro de enfermos con TB en libro de registro de casos.

Panel: Debilidades de los Sistemas de Salud de las PPL y experiencias en el control de la TB

Experiencia de Nicaragua

Existen 8 CP, con una población penal en incremento de 71% en el 2012, respecto al 2009, superando la capacidad instalada. El 78% son condenados y 22% sin sentencia; el 95.8% son PPL nicaragüenses; 96% son varones y 99.14% son adultos.

Entre septiembre y octubre de 2010, se desarrolló la implementación del proyecto para determinar la prevalencia de TB en 8 CP. En dicho periodo, de 4400 PPL y 257 funcionarios de los CP, se encontró 474 SR (10.2%). De estos SR, fueron examinados 457 (96.4%) y se diagnosticó TB en 2 SR.



También se realizaron encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis a las PPL y a funcionarios de los CP.

Logros institucionales en el control de la TB en CP

- Oportunidad de movilización de recursos financieros para el componente de TB en prisiones de la subvención del Fondo Mundial.
- Mejora de la calidad y acceso al diagnóstico de la población privada de libertad.
- Fortalecimiento de la red de promotores para la búsqueda y control de casos en el interior de las prisiones.
- Firma de un acuerdo Interinstitucional entre el MdS-Ministerio de Gobierno para la sostenibilidad de las acciones en el control de la tuberculosis.

Retos institucionales

- Dar sostenibilidad de los logros obtenidos.
- Mantener la búsqueda activa de SR y lograr el 100% de SR examinados.
- Fortalecer los servicios de salud de la Dirección Penitenciaria de Tipitapa, con la dotación de equipo de Rayos X, para la captación de pacientes BK (-).
- Fortalecer la salud ocupacional de los funcionarios que laboran en los diferentes centros penitenciarios del país.

Retos para el estado y la sociedad:

- Establecer alternativas para la reducción del nivel actual de hacinamiento que tenga que ver con el crecimiento de las instalaciones físicas para albergar a las PPL en mejores condiciones.
- Discutir o revisar para diversos delitos, los tiempos de condena o las formas de condena que ayuden a reducir la estancia en CP.

Experiencia de Ecuador

Situación del sistema penitenciario

Ecuador cuenta con 36 CP, 11 centros de adolescentes en conflicto con la ley, 10 centros de detención provisional y 3 casas de confianza. La población privada de libertad se encuentra mayormente concentrada en la Zona 8 Guayaquil (34%). El 94% de las PPL son de sexo masculino. La características étnica de las PPL son: 12% extranjeros, 9% afroecuatorianos, 4% indígenas y 75% mestizos. De las 20,765 PPL, el 56.5% son sentenciadas. En la mayoría de CP, su población sobrepasa la capacidad instalada.

Situación de la TB en CP

En el 2012 se diagnosticaron 188 casos de TBTF. El mayor número de casos estuvo concentrado en Guayaquil (101 casos, 53.7%).

Debilidades del SP

- Reforma del Estado demorada en función de la Constitución 2008.
- Reformas al Sistema Judicial demorada. Priorización de la vigilancia y seguridad vs salud como DDHH
- Elevadas tasas de hacinamiento.
- Limitado control de TB en establecimientos penitenciarios.
- Modelo de salud integral penitenciario elaborado pero aun no implementado.
- Infraestructura penitenciaria que facilita la transmisión de enfermedades infecciosas como la TB
- Falta de coordinación interprogramática TB, VIH, diabetes, drogadicción, alcoholismo, etc.
- Limitados avances en la coordinación interinstitucional MdeS-Ministerio de Justicia,
- Demoras en la implementación del Sistema de Información de TB.

Avances en el SP

- Reforma del SP que consiste en:
 - Incremento de recursos del Estado para mejoramiento de la infraestructura penitenciaria.
 - Tercerización de la alimentación de acuerdo a necesidades nutricionales.
- Reforma de salud del SP
 - Convenio MdS-Ministerio de Justicia en el 2012 para transferencia de competencias, entre las que destacan:
 - Implementar el Modelo de Atención Integral Penitenciario basado en el protocolo de salud MAIS.
 - Consultas de especialidades a cargo del MdeS.
 - Formación de clubs de PPL para enfermedades crónicas y otras para análisis de necesidades de salud.
 - Elaboración de manual de normas y protocolos de atención para PPL con TB y guías de capacitación para personal de salud y promotores en TB.
 - Mejoramiento de infraestructura para el tratamiento de TB (1.128.233 millón MdeS).
 - Centro Nacional de Tratamiento de TB Guayas, Centros Regionales de Tratamiento de TB en El Rodeo y Santo Domingo de los Tsáchilas.

Experiencia de Venezuela

Datos generales

Se cuentan con 30 CP, pero existe una tasa de hacinamiento de 180%. Existe deficiencias en los servicios públicos, falta de personal debidamente capacitado, hay escaso presupuesto y problemas de seguridad. Sin embargo, se está avanzando en la humanización del SP con 4 establecimientos nuevos, adecuación de la infraestructura y de la fuerza de trabajo. También se viene realizando la clasificación de los PPL.

Dentro del proceso de humanización del SP, el PPL es evaluado al ingresar al establecimiento penitenciario; se realiza diagnóstico en el laboratorio más cercano al establecimiento y en el Laboratorio Regional de TB. Se hace la notificación inmediata del caso con inicio de tratamiento (el centro de salud más cercano entrega los medicamentos al personal del CP).

Logros alcanzados

- Plan de humanización del SP, que comprende:
 - Adecuación de la infraestructura.
 - Aumento y capacitación del personal de salud en los CP.
 - Formación de custodios penitenciarios en entidad especializada.
 - Dotación de los servicios médicos.
 - Trabajo interministerial coordinado incluyendo ONG.

Modelo de trabajo

- Reunión entre los directores de los CP y los coordinadores regionales del Programa de TB. (ACUERDOS-PLAN)
- Capacitación a las PPL, Personal de seguridad y de salud del centro.
- Sensibilización e identificación de un representante de cada uno de los actores principales (Establecimiento de salud, laboratorio, PPL, Director del Penal, etc.).
- Monitoreo por parte del equipo Coordinador Regional y Nacional del Programa de TB.

Trabajo de grupos: Uso de los instrumentos de derechos humanos para abordar las debilidades del control de la TB en PPL

Grupo 1. Nicaragua, Bolivia, El Salvador y Panamá

Uso de los instrumentos de derechos humanos

- Aunque hay conocimiento en general y preocupación por la protección de los derechos humanos, existe desconocimiento sobre los instrumentos específicos para su protección.
- En términos generales no se están respetando los derechos humanos de las PPL.
- Existen barreras derivadas de la normativa de los CP.

Desafíos

- Condiciones básicas deficientes en los CP.
- Poca información sobre los derechos, sobre su condición y tratamiento.
- Demoras en los procesos judiciales.

Conclusiones

- El derecho a la salud es solo uno de los muchos derechos que se ven afectados en los CP, si bien íntimamente relacionado a muchos otros derechos.

- El Estado como garante al derecho a la salud debe de aportar todos los recursos para cumplir con sus responsabilidades.
- Es necesario que se facilite el dialogo intersectorial.

Grupo 2: Guyana, República Dominicana, Paraguay y Honduras

Fortalezas

- En la mayoría de los países existen instancias como los comisionados de los DDHH, secretarías, Iglesia Católica etc. que contribuyen a la promoción y protección de los DDHH de las PPL .

Limitantes

- Falta de apoyo psicológico al personal de los CP y a las PPL.
- Falta de coordinación entre los penales para la vigilancia de los casos cuando son transferidos
- Desconocimiento de normas de DDHH.
- No se registran los casos de discriminación contra las PPL con TB.

Recomendaciones

- Coordinar con las universidades para aumentar las capacidades en el manejo de los instrumentos de DDHH con respecto a las PPL afectadas con TB.
- Capacitar y sensibilizar a todo el personal de los CP.
- Involucrar a las instituciones académicas en investigaciones en salud sobre las PPL.
- Promover vacaciones profilácticas para evitar el estrés psicológico del personal de CP.

Grupo 3. Perú, Colombia, Ecuador, Brasil y Guatemala

Instrumentos de DDHH en CP

- Se utilizan pero con diferente nivel de uso en los países.
- Es necesario seguir agilizando los procesos judiciales.
- Es necesario tener en cuenta los DDHH de las poblaciones más vulnerables (por inclinación sexual, creencias, etc.)
- Capacitación en instrumentos de DDHH al personal de salud, personal penitenciario o líderes.

Brechas en la aplicación de derechos humanos

- Educación en deberes y derechos.
- Acceso a servicios.
- Seguridad alimentaria.
- Rehabilitación
- Deficiencias en el sistema de información.
- Dificultades en el abordaje de la salud mental.
- Débil control del tráfico de influencias para acceder a servicios (peajes, cuotas, pago de oportunidad).
- Formación del talento humano en los curriculum universitario y tecnológicos.

¿Qué acciones se pueden establecer a corto y mediano plazo para la aplicación de instrumentos de derechos humanos?

- Plan integral de formación en DDHH con participación de todos los actores.
- Crear mesas de trabajo para el abordaje de DDHH entre la PPL.
- Ubicar en la agenda pública el tema de DDHH.

- Formular políticas públicas en DDHH sostenibles.
- Fortalecer institucionalidad y la intersectorialidad

El control de la TB en PPL de Honduras

M. Maldonado
J. Interiano

La tendencia de la incidencia de TB en Honduras se mantiene descendente; se han identificado cuatro regiones con las tasas más elevadas que el promedio nacional y priorizado 48 municipios. La tasa de incidencia en CP es extremadamente mayor en penales que el promedio nacional.

En el año 2012, 75.2% de los afectados por TB se sometieron a la prueba de VIH, siendo 11.3% positivos. En CP, la cobertura de la prueba VIH es de 80.8% de los afectados de TB con 7.9% positivos.

El resultado de tratamiento en casos nuevos de TBP BK+ en el país mostró una tasa de éxito de 87.6%, 4.8% de abandonos y 5.3% de fallecidos. La tasa de éxito en CP fue 97.2%, superior al promedio del país.

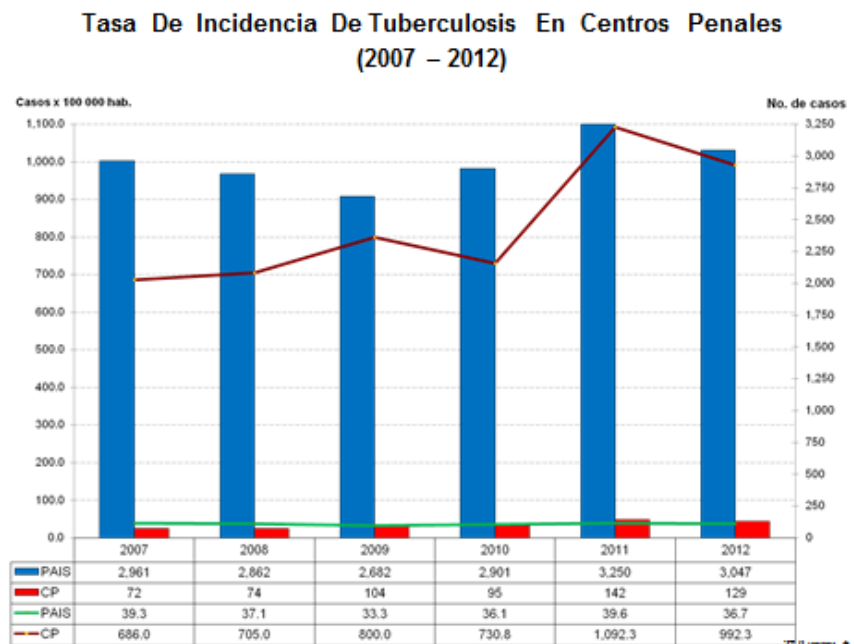
Los casos de TB-MDR notificados en el 2012 fueron 6 con tendencia decreciente en los tres últimos años.

Logros

- Coordinación interinstitucional con la Secretaría de Salud y Seguridad.
- Apoyo político por autoridades de la Secretaría de Salud: Subsecretaría de Riesgo Poblacionales y la Dirección General de Promoción de la Salud.
- Capacitación en control de infecciones en TB a Directores de CP y jueces de ejecución.
- Revisión y capacitación en la guía para el abordaje de la tuberculosis en CP.
- Jornadas de evaluación con los directores de CP.
- Incorporación de los directores de CP en los Comité de Co-infección TB-VIH.
- Remodelación y/o construcción de clínicas de atención en 18 CP.
- Plan de salud incorporado en el plan anual municipal.

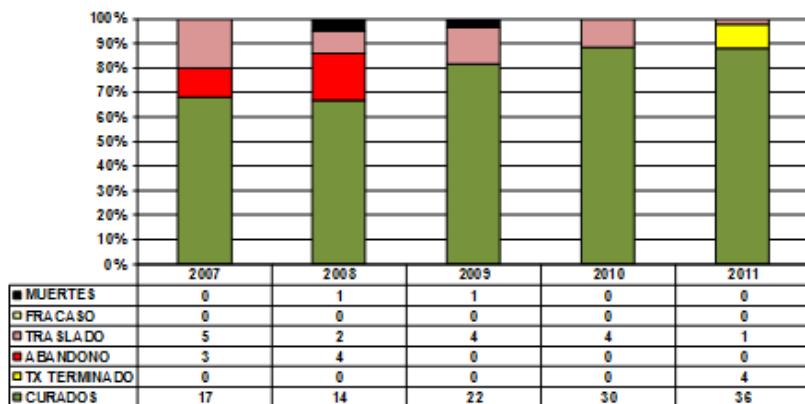
Situación en San Pedro Sula

En los últimos años, la incidencia de TB en San Pedro Sula se ha incrementado pero la tasa de éxito del tratamiento fue de 97.5%



- El CP de San Pedro Sula, es la que presenta el mayor número de afectados por TB en el SP de Honduras. Pese a existir compromiso por parte del personal por realizar búsqueda activa de casos, diagnóstico oportuno y tratamiento supervisado, la sobrepoblación y las malas condiciones en que viven los PPL limita un verdadero control de la tuberculosis.

TENDENCIA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTOS CASOS NUEVOS 2007 - 2011



CP San Pedro Sula

- Las actividades de control de la TB en el CP debe ser abordado con el involucramiento de otros actores: ONG, Municipalidad, Cruz Roja, sociedad civil.
- La coordinación entre la Secretaria de Seguridad y Secretaria de Salud de San Pedro Sula debe continuar fortaleciéndose.

Recomendaciones para el trabajo coordinado entre los PNTs y los centros de salud de los Centros Penitenciarios "Guía para el control de la TB en PPL de LAC"

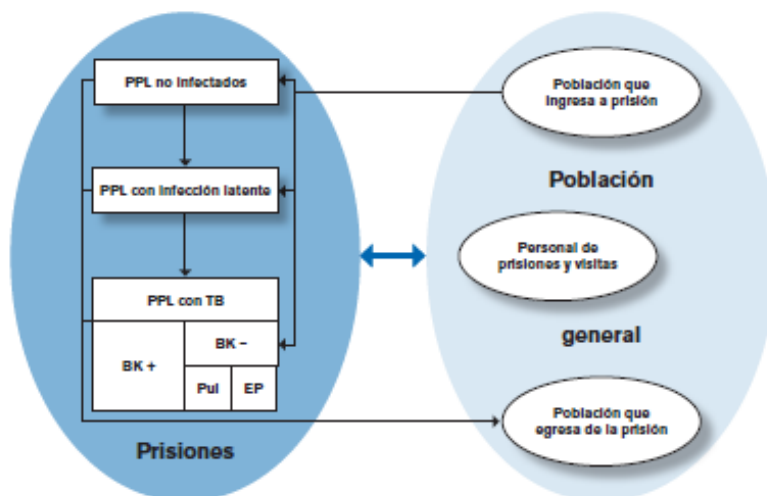
M. del Granado

Recomendaciones de la organización del control de la TB.

- Elaborar acuerdos legales (carta de acuerdo o compromiso) entre el Ministerio de Justicia o Gobierno y MdeS:
 - Integrar los SS de los CP a la red de SS del MdeS (1 SS del MdeS por cada CP).
 - Identificar para cada CP un laboratorio de TB (BK, cultivo, PSD).
 - Integrar los laboratorios de los CP a la red nacional de laboratorios de TB implementando el programa de gestión de la calidad y capacitación de su personal.
- Establecer mecanismo de dotación de insumos y medicamentos:
 - De los PNT a los CP en forma gratuita (1era y 2da línea).
 - Identificar para los CP:
 - los centros de referencia para el manejo de la infección VIH (TAR, TPI o TPC, Rx. de tórax, PPD, etc.).
 - los centros de referencia para el manejo de TB-MDR/XDR.
- Implementar los registros e informes de notificación de casos y cohortes:

- establecer los flujos de la transmisión de la información dentro el SP y del SP al PNT.
- Establecer los flujos de referencia y contra-referencia de pacientes PPL cuando son excarcelados y las estrategias de seguimiento.
- Definir la responsabilidad de las actividades de capacitación (personal de salud y de seguridad de los CP), de M&E y supervisión en el SP y rol del PNT.
- Incorporar al personal de salud y de seguridad de CP en actividades del PNT: evaluaciones, seminarios, investigación, etc.

Figura 1. Esquema de la transmisión de la TB entre los centros penitenciarios y la población general



Fuente: Modificado de *Guías para el control de TB en prisiones. WHO, 1998*

“Los Centros Penales son reservorios de TB; reciben TB, concentran TB, empeoran la TB al no proveer adecuada búsqueda de casos y tratamiento; crean TB-MDR por los tratamientos erráticos o no supervisados; diseminan TB entre la población vulnerable a la infección; y exportan TB a través de visitas y otros contactos”.

“La TB no es parte de la condena, como tampoco lo es la muerte por falta de tratamiento adecuado para la TB sensible o TB-MDR”.

Panel: Experiencias de trabajo coordinado de los PNTs y las Direcciones de Salud de Centros Penitenciarios

Experiencia de República Dominicana

Situación del SP

Existen 39 CP, con una población total de 23,999, siendo el 97.2% varones. 29 CP cuentan con servicios médicos, en los cuales está implementada la estrategia DOTS/TAES, habiéndose capacitado al personal. Cinco CP brindan atención a PPL afectados de TB-MDR. Desde el año 2006 se ha firmado un convenio entre el MdeS y el Ministerio de Justicia, fortaleciendo la coordinación de ambos.

Situación de TB en los CP.

La incidencia de TB en los CP es 16.5 veces mayor que en la población general (año 2011). Respecto al resultado de tratamiento, en el 2010 tuvo una tasa de éxito de 82%, pero con alta tasa de transferencias no confirmadas (13%) y 5% de fracasos. En el 2011, la tasa de éxito disminuyó a 71% debido a que hubo 12% de abandonos, 11% de transferencias no confirmadas, 3% de fracasos y 3% de fallecidos.

Actividades ejecutadas

- Se ha establecido la coordinación con la Dirección de Prisiones para la implementación de la estrategia DOTS/TAES en prisiones.
- Se realizan reuniones con la Dirección de Prisiones y visitas de supervisión con capacitación en servicio a todos los CP.
- Se desarrollaron dos talleres de capacitación en manejo de la TB, la co-infección TB/VIH y TB MDR.
- Se elaboró el plan de trabajo para implementar medidas de control de infecciones en 12 CP priorizados.
- Se realizó el taller de sensibilización sobre TB, deberes y derechos de las personas afectadas con TB, dirigidos al personal administrativo de la Dirección General de Prisiones y encargados de cárceles.
- Se desarrolló el taller de capacitación para promotores de salud en la Penitenciaría Nacional de la Victoria y Najayo.

Desafíos para el control de la TB en CP.

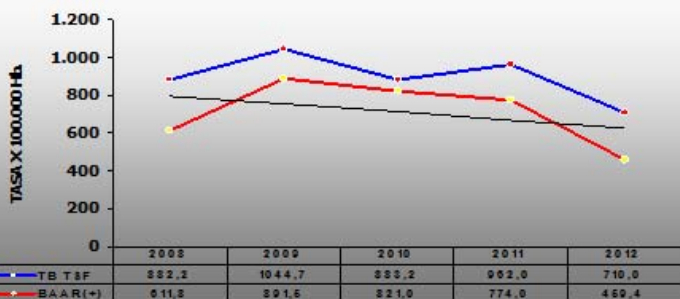
- Elaborar un Plan integral –MdeS y Dirección General de Prisiones y otros actores del sistema para fortalecer la estrategia Alto a la TB.
- Fortalecer la atención a la coinfección TB/VIH.
- Continuar realizando las actividades incluidas en el Plan Estratégico del PNT, 2012-2015.
- Realizar investigaciones operativas: Ejemplo Factores de riesgo asociados a la TB, condicionado a la situación jurídica de las PPL.
- Fortalecer la captación del SR oportuna y el seguimiento de los mismos en los CP.
- Diagnosticar y tratar los casos de TB infecciosos, reduciendo el abandono y la transferencia sin confirmar.
- Evaluar y hacer seguimiento de los contactos.
- Fortalecer la referencia y contrarreferencia de los PPL con TB.
- Implementar actividades de promoción sobre TB-MDR y VIH.
- Implementar el diagnóstico rápido de TB y TB-MDR.

Experiencia de Bolivia

Bolivia tiene como mandato político y social “Garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el



Incidencia Notificada de TB TSF Y TBP BAAR(+) Centros Penitenciarios de Bolivia, 2008 – 2012



FUENTE: PROCT-PNCT

marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para *vivir bien*.

Desde el 24 de septiembre de 2009 existe un convenio entre el MdeS y el Ministerio de Gobierno donde enfatizan actividades integrales en salud y específicas en prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de la TB. El MdeS se compromete en implementar el programa de salud, entrega de medicamentos y otros aspectos logísticos. El Ministerio de Gobierno

proporcionará infraestructura, RRHH y seguridad.

De la población privada de libertad, 74% está sin sentencia. Santa Cruz, La Paz y Cochabamba concentran el 77.6% de PPL. La incidencia de TBTF y de TBP BK+ en el año 2012 llegó a 710 y 458.4 por 100 mil habitantes respectivamente. Respecto al resultado del tratamiento hubo una variación importante en la tasa de éxito, pues hasta el año 2009 fue inferior al 60% pero luego de la firma del convenio llegó a 92.6% (2010) y 89.3% (2011). Se ha mejorado la cobertura de pruebas rápidas de VIH en afectados por TB, con una cobertura de 75% (2012), encontrándose 17% de coinfectados.

Logros

- Los programas regionales de TB en Bolivia asumen la responsabilidad de actividades en TB en los CP pese a dificultades.
- Existe gran compromiso de trabajo por parte del recurso comunitario capacitado y comprometido con las PPL.
- Cada CP tiene su establecimiento de salud y red de referencia correspondiente.
- Las sanidades de los CP informan en los instrumentos de registro del PNT en forma trimestral.
- Se cuenta con información oficial de las tasas de incidencia de cada CP.
- Las PPL acceden a actividades de información, educación y comunicación por parte del PNT y del nivel departamental.
- Se ha incorporado actividades de supervisión en forma periódica a los CP con recursos estatales y del FM.
- Las sanidades de los CP de varones y mujeres están con capacidad de realizar DOTS.
- Se ha impreso la Guía de Formación de Promotores de Salud en CP, Guía de Atención de Salud Pulmonar para CP y rotafolio de atención pulmonar para CP.

Dificultades encontradas

- PPL con tuberculosis y adicción al alcohol y/o drogas, que salen en libertad y rehúsan dar domicilios confiables.
- Carencia de RRHH en el régimen de salud del SP.
- Insuficiente recursos económicos en el área de salud del régimen penitenciario.
- El PPL prioriza la parte legal y laboral antes que su salud.
- Falta de interés y desconocimiento del sistema judicial (jueces, fiscales) sobre la problemática de TB.
- Deficiente alimentación.
- Algunos ambientes de las sanidades son pequeños, poco o nada ventilados.
- No disponen de salas de aislamiento para casos TBP BK +, TB-MDR y VIH/SIDA.
- No disponen de ambientes para toma de muestra.

Desafíos

- Propuesta de inclusión de las sanidades de los CP al Sistema Público de Salud.
- Fortalecer los avances en la aplicación de las actividades de colaboración TB/VIH.
- Vigilancia de la resistencia a medicamentos anti-TB a través de la realización de cultivos y PSD.
- Gestión de RRHH para apertura de laboratorio de tuberculosis en CP de Palmasola de la ciudad de Santa Cruz.

Experiencia de Paraguay

Situación de los CP

Existen 16 centros de reclusión para personas dependientes de la Dirección General de Institutos Penales (Ministerio de Justicia y Trabajo). La población penitenciaria es de 8.070, donde el 93% son de sexo masculino. La mayoría de CP tiene infraestructura inadecuada. Los servicios básicos se encuentran en mal estado y no existen áreas de aislamiento. El porcentaje promedio de hacinamiento en los establecimientos penitenciarios es del 75% y la tasa de ocupación promedio del 130 %. Sólo el 25 al 30% de los internos tienen sentencia y cumplen una condena.

Situación de la TB en CP

En el ámbito nacional, la tasa de incidencia de TBTF es 34.6 por 100 mil habitantes y la tasa de TBP BK+ es 21 por 100 mil habitantes, a nivel penitenciario la incidencia TBTF es 2,354.3 por 100 mil habitantes y la incidencia de TBP BK+ es 2,267.7. El SP notifica el 9.1% de los casos totales del país. Las actividades de detección de casos en CP han mejorado significativamente en el año 2012. El 3.7% de afectados por TB está co-infectado con VIH. La tasa de éxito de tratamiento fue 87%, registrándose 10% de fracasos, 2% de abandonos y 1% de no evaluados. La consejería y la prueba VIH ha ido incrementando, llegando al 2012 una cobertura de 90%.

Acciones para el control de la TB

- Actividades de ACMS desde 2009, realizándose sensibilización a autoridades penales y del Ministerio de Justicia, también se formó comité de salud penitenciaria con participación multisectorial.
- La Guía Nacional de Control de la TB (2010- 2011- 2012) incluyó directivas sobre el trabajo con la PPL.
- Capacitación sobre TB a profesionales de salud del SP y a agentes penitenciarios.
- Elaboración del diagnóstico del Marco legal penitenciario en Paraguay y de las propuestas de reformas normativas para una ampliación del presupuesto penitenciario, en el marco de la prevención y el control de la tuberculosis en personas privadas de libertad.
- Elaboración del Plan de Control de Infecciones en TB para Centros Penitenciarios.
- Estudio de valoración del riesgo de infecciones transmitidas por vía aérea en Centros Penitenciarios.
- Investigación de la situación de TB con enfoque de género en los Centros Penitenciarios
- Elaboración de un plan de implementación de control de infecciones en CP.
- Desarrollo de otras intervenciones puntuales en diferentes CP para la detección, diagnóstico y/o tratamiento de TB.

Pendientes para el control de la TB

- Implementar el modelo de trabajo de la Penitenciaría Regional de Ciudad del Este en los demás CP.
- Implementar el plan de control de infecciones en todas las penitenciarías del país.
- Implementar el Gene Xpert.
- Implementar laboratorios de cultivo en los 3 CP prioritarios: Tacumbú, Alto Paraná y Encarnación.
- Mejorar el seguimiento de los pacientes que salen en libertad.

Experiencias exitosas para mejorar el control de la TB. La introducción de métodos rápidos de diagnóstico de la TB y la TB-MDR en PPL –ventajas y desventajas

E. Montoro

Actualmente los desafíos para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis son varios, considerando que sólo alrededor del 63% de casos de TBP BK+ son detectados. La baciloscopia, por su baja

sensibilidad, resulta poco útil en contextos con alta prevalencia de VIH; por otro lado, sólo el 5% de casos de TB-MDR son confirmados por el laboratorio y muchos casos de TB-XDR no son detectados debido a la falta de realización de pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea. Hoy en día existe una necesidad creciente de disponer de pruebas de diagnóstico rápido, especialmente en casos con BK negativa, por tanto, es necesario contar con pruebas diagnósticas rápidas con calidad garantizada, acceso universal a pruebas de diagnóstico para todos los pacientes.

Gene Xpert[®] MTB/RIF

La OMS recomienda al Gene Xpert[®] MTB/RIF como método de diagnóstico inicial para personas con alto riesgo de TB-MDR o TB/VIH, puede ser usado como método de diagnóstico inicial junto con la baciloscopia y radiografía de tórax en casos sospechosos de TB. No reemplaza la realización de baciloscopia y cultivo para monitoreo del tratamiento. También es necesario realizar investigaciones para definir el nivel para su implementación y el o los algoritmos de diagnóstico para su utilización.

Ventajas:

- Primera vez que una prueba cuenta con mayor sensibilidad que la baciloscopia.
- Puede ser aplicado y descentralizado con facilidad (al menos con mucha mayor facilidad que el cultivo).
- Requiere mínimo entrenamiento del personal de laboratorio.
- Mínimo tiempo de procesamiento de las muestras.
- Xpert soporta condiciones variables de temperatura y humedad.
- Altos niveles de satisfacción de los usuarios.

Desventajas

- Requiere suministro continuo y estable de electricidad.
- Se necesita almacenar grandes cantidades de cartuchos (falta de espacio en los laboratorios).
- Residuos generados es mayor que la baciloscopia.
- Requiere calibración anual: dificultad en áreas rurales y zonas distantes.
- Requiere de seguridad antirrobo.

Otros métodos moleculares:

- INNO-LIPA: alta sensibilidad y especificidad para detectar resistencia a rifampicina (R) a partir de aislamientos de cultivos, baja a partir de muestras clínicas.
- GenoType MTBDRplus: alta precisión para detectar resistencia a R en muestras y aislamientos. La especificidad fue excelente para isoniacida (H) pero la sensibilidad fue variable.

Estos métodos requieren personal con mayor entrenamiento, mayor equipamiento en el laboratorio.

El laboratorio de referencia nacional debe conducir el proceso de incorporación de todo nuevo método de diagnóstico, experimentar y validar en la rutina propia de trabajo el nuevo sistema y conducir, junto con el PNT, la descentralización, seleccionar lugares y asegurar la calidad de los resultados.

Conclusiones

- La falta de laboratorios constituye una barrera fundamental para dar una respuesta eficaz a la tuberculosis, la coinfección TB/VIH y TB-MDR.
- Se deben fortalecer todos los servicios de laboratorio de TB para que realicen microscopia, cultivo, pruebas de sensibilidad e implementar nuevos métodos.
- El diagnóstico molecular puede revolucionar los servicios de laboratorio de TB y ayudar a integrar las pruebas para todas las enfermedades de importancia en salud pública.

Panel: Diagnóstico de la TB y la TB-MDR en PPL

La incorporación del Xpert/MTB/RIF en PPL: Ventajas y desafíos **Experiencia de El Salvador**

La Red de Laboratorios de Tuberculosis en El Salvador está compuesto por: un Laboratorio Nacional de Referencia para diagnóstico de TB; 174 laboratorios realizan baciloscopías; 10 laboratorios realizan cultivos Löwenstein-Jensen y 17 laboratorios realizan cultivos Ogawa Kudoh.

El PNT de El Salvador, a partir de abril de 2012, introdujo el uso del Gene Xpert MTB-Rif para procesar muestras de esputo y lavado bronquial en poblaciones vulnerables con sospecha de TB en quienes las tres baciloscopías son negativas.

Criterios de inclusión

- Muestras de personas con VIH (PV) con sospecha de TBP con tres baciloscopías negativas que hayan sido evaluados y/o captados en los Hospitales Nacionales: Rosales, Saldaña, Zacamil, San Rafael y Soyapango.
- Muestras de PPL con sospecha de TBP con tres baciloscopías negativas, que se encuentren recluidos en los CP de Cojutepeque, San Vicente, Zacatecoluca y Mariona.
- Muestras de pacientes con sospecha de TB-MDR (recaída con dos meses o más de haber finalizado el tratamiento, abandono recuperado y contactos de TB-MDR) detectados y/o referidos a la clínica de TB-MDR Hospital Saldaña, procedentes de cualquier lugar del país.
- Otras muestras de pacientes sospechosos de TB de interés epidemiológico indicados por el PNT.

Se debe asegurar que la muestra sea adecuada en cantidad, calidad, conservación y transporte.

Ventajas del Gene Xpert en PPL

- Diagnóstico temprano de TB en PPL con baciloscopías negativas o paucibacilares.
- Identificación temprana de patrones de resistencia a la R en PPL.
- Inicio temprano de TDO a PPL con Gene Xpert "positivo".

En conclusión, el valor agregado que aporta el Gene Xpert MTB-RIF en el diagnóstico de la TB es significativo y proporciona un diagnóstico precoz de la farmacorresistencia con un adelanto en más de sesenta días.

La incorporación de LPA (line probe assays) en PPL: Ventajas y desafíos **Experiencia del Perú**

La incidencia de TBTF en Perú se ha reducido en un poco más del 50%, respecto al año 1992, sin embargo, representa una de las tasas más elevadas en la Región, pues su disminución es lenta en los últimos años. Por otro lado, la TB-MDR y la TB-XDR muestra la carga más alta de la Región, pero se mantiene con cierta estabilidad en los últimos años.

El INS viene fortaleciendo los laboratorios intermedios de TB con financiamiento para desarrollar diagnóstico rápido de TB-MDR mediante MODS y Genotype, este último centralizado en el INS, pero con futura expansión a dos Direcciones de Salud de Lima.

Intervenciones sanitarias en PPL

El MdeS notifica el 81% de los casos de TB, mientras el INPE solo el 3%. Los CP Lurigancho y Miguel Castro Castro (Lima), Castilla (Piura), Sarita Callao, Trujillo, Huánuco, Picsi (Chiclayo), Socabaya (Arequipa) e Ica concentran el 70% de los casos de TB del SP. La morbilidad e incidencia de TB en el SP es superior al promedio nacional.

A través del FM se realizaron varias intervenciones que implicó la mejora en las actividades de prevención y control de la TB (Guía TB VIH, actualización de estrategia DOTS y DOTS Plus, plan de IEC y abogacía, mejora de infraestructura y despistaje de VIH en PPL)

Incorporación de LPA como herramienta diagnóstica

Permitió realizar la identificación del complejo *Mycobacterium tuberculosis* y la resistencia a R y a H.

Se realizó en CP del distrito de San Juan de Lurigancho y Lima Este que representan el 15% de población carcelaria de Perú y tienen tasas de ocupación de 446%. En el 2011 se presentaron 360 casos (93% TBP BK+).

Para el recojo y transporte de muestras durante 5 días de la semana, se firmó un convenio entre una OAT y la Dirección de Salud Lima Este, que permitió reducir el tiempo de transporte de muestras (92% no mayor a dos días) y el 88% de las muestras transportadas tuvieron resultados en un tiempo no mayor a cinco días. Esto permitió brindar el tratamiento más adecuado a los afectados por TB, considerando los resultados: 72.4% sensibles a H y R, 9.8% resistente a H, 1.2% resistente a R y 16.6% con TB-MDR.

Desafíos

- Mejorar la captación de sintomáticos respiratorios.
- Asegurar la sostenibilidad de la metodología del transporte de muestra.
- Capacitar al personal asistencial de los CP.
- Reducir el porcentaje de muestras rechazadas por el laboratorio.
- Asegurar el acceso oportuno a los resultados de las PS rápidas.
- Mejorar el acceso a la consultoría médica.
- Reducir los procesos y tiempos administrativos para el acceso a los retratamientos.

Uso de métodos convencionales. Ventajas y desafíos

Experiencia de Colombia

Caracterización del SP

El SP de Colombia cuenta con una población total de 115,135 internos, pero solo tiene capacidad para 75.726 PPL, con una tasa de hacinamiento de 52%.

El 1,6% de los casos de TB se dan en PPL. El PNT de Colombia estableció “Lineamientos para el manejo programático de la TB en el sistema penitenciario: cárceles, establecimientos penitenciarios y centros de reclusión”.

El diagnóstico de la TB se realiza mediante muestras de esputo espontáneo o inducido realizándose baciloscopías y cultivos por medios convencionales y la incorporación del medio líquido para aumentar la sensibilidad. Las pruebas de sensibilidad se realizan a través de Bactec Mgit 960® y en caso de encontrarse resistencia a H y/o R se realizan PSD a segunda línea.

Ventajas

- Fácil realización (baciloscopia y cultivo en Ogawa - Kudoh).

- Bajo costo.
- No requieren mayor infraestructura física.
- Accesibles en nuestro país a través de la red de laboratorios.
- Es posible definir mediante estas técnicas el tiempo de aislamiento de pacientes.
- Favorecen la vigilancia de la resistencia mediante PSD.
- Permiten el seguimiento de los casos tanto sensibles como TB-MDR en el control de tratamiento.

Desventajas

- El tiempo requerido para contar con una prueba de sensibilidad por métodos convencionales es aproximadamente 8 semanas, lo cual resulta inoportuno.
- El cultivo se debe hacer por una técnica de mayor sensibilidad como medio líquido pero esto requiere de mayor bioseguridad, infraestructura, equipos y personal altamente capacitado.
- Se requiere de una adecuada captación de SR para que la baciloscopia y el cultivo tengan una buena sensibilidad, esto se logra mediante procesos de sensibilización al personal de salud, guardias e internos.

Situación y control del VIH en PPL

E. Rodríguez

Los servicios de VIH y TB deberían ser accesibles tanto a los afectados como al personal de salud y que sean extendidos a los CP.

Uno de los desafíos es el financiamiento. El gasto en VIH representa 1.8% del gasto total en salud. El gasto per cápita es de US\$5.05 al año y el origen de los fondos en su mayoría es nacional (73%). El FM aporta la mitad (US\$ 29 Mn) de los fondos externos. Cuatro países de la subregión de Centroamérica captan el 91% del financiamiento externo para VIH (Honduras, Nicaragua, Guatemala y El Salvador).

La Asamblea de la ONU, a través de la Iniciativa Global 2.0, estableció compromisos para intensificar los esfuerzos en eliminar las nuevas infecciones en niños y mantener a sus madres saludables, reducir un 50% la mortalidad por TB en PV, acceder a TAR a 15 millones de personas en el mundo e intensificar la prevención.

Los pilares de la iniciativa 2.0 consisten en:

- TAR actualizado y mejorado.
- Diagnóstico y monitoreo en el punto de atención accesible.
- Uso racional y eficiente de los recursos financieros.
- Servicios adaptados y accesibles.
- La comunidad participa plenamente en el desarrollo de la Iniciativa.

Abordaje de TB/VIH en CP

- Los centros de salud con equipo integrales de VIH y TB son más accesibles en la mayoría de los CP.
- Las intervenciones operativas son realizadas muchas veces por el mismo personal de salud que se ocupa de VIH y TB.
- El abandono es más alto en VIH que en TB.
- La movilización de PPL reduce el seguimiento efectivo.
- Esquemas de ARV en dosis fijas combinadas, más efectivos y menos tóxicos.
- La población PPL ya está siendo objeto de la vigilancia de 2ª generación. (Comportamiento y biológico).

Respecto al inicio de ARV existen nuevas propuestas por parte de OMS (2012), se aprecia en la siguiente tabla:

Nuevas propuestas de ARV/OMS 2012

Población objetivo	Recomendaciones de inicio de TAR
Adultos y adolescentes VIH+ asintomáticos sin TAR previo	CD4 \leq 350 células/mm ³
Adultos y adolescentes VIH+ sintomáticos sin TAR previo	Estadio clínico de OMS 2 si el recuento de CD4 es \leq 350 células/mm ³ o Estadio clínico de OMS 3 o 4 independientemente del recuento de CD4
Mujeres embarazadas VIH+	Inicia TAR independientemente del recuento de CD4
Personas VIH+ con Co-infección VIH/TB o Co-infección VIH/VHB	Iniciar TAR independientemente del recuento de CD4
Personas VIH+ con pareja(s) VIH-	Iniciar TAR independientemente del recuento de CD4
Niños \leq 24 meses	Iniciar TAR independientemente del recuento de CD4
Niños \geq 2 años y $<$ 5 años	CD4 \leq 25% o recuento de CD4 \leq 750 células/mm ³
Niños $>$ 5 años	CD4 \leq 350 células/mm ³

Existen iniciativas en la región centroamericana que contribuyen a la economía de escala en la compra de los ARV, donde existe asesoramiento para la consolidación, planificación y adquisición a través de Fondo Estratégico de OPS, dando como resultado una coordinación nacional eficiente en el manejo de ARV. También hay mejoras en la expansión y calidad diagnóstica.

Gestión y desarrollo de políticas regionales que apoyen las intervenciones nacionales basadas en los 3 ejes de colaboración para TB/VIH y sus doce actividades colaborativas.

Panel: El manejo de la coinfección TB/VIH en Centros Penitenciarios

Experiencia de Brasil

Situación de TB en Brasil

En el año 2011 se notificaron 73 mil casos nuevos de TB. En el 2010 se registraron 4,600 muertes. Brasil ocupa el 17º lugar entre los 22 países de alta carga. La TB constituye la 4ª causa de muerte dentro de las enfermedades infecciosas y la primera causa infecciosa dentro de las personas con SIDA. Las poblaciones más vulnerables consideradas son la población indígena, PV, PPL entre otros. Si bien la PPL resulta el 6.7% de los casos de TB, la tasa de incidencia en PPL es 27 veces superior que el promedio nacional.

Avances en el SP

- Creación del Plan Nacional de Salud en el SP, 2003.

- Resolución 11, del 07 de diciembre de 2006, el Consejo Nacional de Política Criminal y Penitenciaria, que establece las pautas básicas para la detección de casos de TB entre los ingresos en el Sistema Penitenciario Federal.
- La inclusión de la información de la PPL al sistema de información del SINAN (2007).
- Proyecto del FM posibilitó una mayor visibilidad de las acciones de TB en las prisiones, además de los incentivos financieros.
- Recomendaciones introducidas en el Manual de Control de la Tuberculosis en Brasil - Capítulo PPL
- Asociación con el Ministerio de Justicia en la revisión de las Directrices para la construcción, ampliación y reforma de prisiones.
- Identificación de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la zona: la colaboración, capacitación y empoderamiento en el control social.
- Manual de intervenciones ambientales para el control de la TB en las Prisiones - MdeS, Ministerio de Justicia y el FM.
- Implantación de Centros de Diagnóstico de TB intramuros.
- Elaboración de la Guía de género VIH/SIDA y co-infecciones.

Experiencia de Guatemala

Características del SP

Existe un total de 37 CP, de los cuales 22 pertenecen al SP y 15 a la Policía Nacional Civil. El 95% de las PPL son de sexo masculino.

Los casos de TB en los CP han ido en aumento cada año y debido al hacinamiento las tasas de incidencia son mayores que en población general.

Dentro de las normas cuando una PPL ingresa al CP, pasa por un control médico a su ingreso; si es SR se toman muestras de esputo para descartar TB u otros exámenes. Si se confirma TB se inicia TDO. Posteriormente, se realiza el estudio de contactos (PPL). Se registra en el libro de casos de TB y se reporta al establecimiento de salud que coordina con el CP (Unidad de Salud u Hospital). El establecimiento de salud proporciona los medicamentos antituberculosos y otros. La PPL es trasladada hacia la clínica del CP mientras cumple sus 6 meses de tratamiento.

Logros al 2012

- ODHAG (Organización de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala), es una ONG que implementa acciones de prevención del VIH y seguimiento de casos positivos dentro de los CP.
- Implementación de la normativa del PNT en las clínicas del SP y dotación de insumos (papelería, medicamentos antituberculosos, rotafolios, afiches, guías etc.).
- Abastecimiento de insumos y material didáctico para el Programa de Tuberculosis de los CP.
- Capacitación sobre TB a todo el personal de enfermería del SP por parte del PNT.
- Existencia de personal responsable de los Programas de VIH y TB dentro del SP.
- Participación activa del personal de SP en el Comité de Co-infección TB/VIH.
- Apoyo interinstitucional brindado por la Fundación Damián.
- Supervisiones en los 22 centros penales del SP para el respectivo seguimiento del Programa de Tuberculosis.
- Estadísticas de pacientes con TB y TB/VIH para facilitar la ubicación de los pacientes.
- Logística para capacitaciones de TB a través del PNT para el personal médico y paramédico.

Experiencia de Panamá

Datos generales

En Panamá existen 20 CP, con una población de 14,327 de PPL, con una población masculina mayoritaria, correspondiendo al 93.2%.

En el año 2011 se notificaron 49 casos de TB nuevos y 11 antes tratados en PPL, que representa el 3.4% de los casos de TB notificados a nivel nacional. Entre estos casos, 6 estuvieron co-infectados con TB/VIH. La tasa de éxito de tratamiento en el 2011 fue de 93.8% en casos de TB y en entre los casos TB/VIH la tasa llegó al 100%. Al 100% de casos de TB en PPL se le realiza el tamizaje de VIH.

Logros

- Implementación de pasantía para el personal de salud en la sala de Infectología del Hospital de 3er nivel.
- Tratamiento ininterrumpido de ARV.
- Buena coordinación con los médicos infectólogos.
- Alimentación complementaria para los pacientes con TB y VIH-SIDA.
- Se realiza el 100% de pruebas VIH en los PPL al momento de ingreso en CP.
- Prueba de CD4 y carga viral realizada en el Laboratorio Gorgas sin necesidad de la autorización de un infectólogo.
- Convenio para la inserción de responsabilidad de salud penitenciaria en las regiones de salud del MdeS.
- Elaboración conjunta de la “Guía nutricional para pacientes VIH” entre el Programa Nacional de SIDA, el Departamento de Nutrición y OPS.
- Implementación de un formato de entrega del TAR con firma del PPL.
- Disminución de las defunciones a partir del 2011 en pacientes con SIDA.

Puntos críticos

- Pérdidas de las citas con los especialistas (70%).
- Falta de presupuesto asignado al Programa de SIDA en las cárceles.
- PPL rechazan el TAR y no acuden a sus controles médicos.
- Venta interna de los propios tratamientos ARV.
- No se está cumpliendo la solicitud sistemática del cultivo y PSD en PPL.
- No se administra terapia preventiva con Isoniazida a las PV.
- No se realiza estudio sistemático de los contactos de enfermos con TB y tampoco son registrados en los formularios normados.
- Falta de infraestructura de laboratorio que impide la realización de la baciloscopía en el CP de mayor carga.

Desafíos

- El 100 % de PPL con VIH deben recibir TAR y quimioprofilaxis con INH.
- Culminar la construcción del área para la Clínica ARV.
- Culminar los dos proyectos en el 2013: Investigación de infección VIH en Cárceles y la implementación de grupos de pares.
- Retomar a partir del 2013 un proceso de capacitación al personal de salud de las cárceles.
- Evaluar la alimentación de las PPL con VIH por los nutricionistas.

Diálogo: El tratamiento estrictamente supervisado en PPL. Un mito o una realidad

Se realiza este diálogo con la finalidad de determinar la realidad del tratamiento estrictamente supervisado en PPL, visto tanto por personal que labora en el SP o en el MdS.

E. Moreno (PNT de Colombia)

Los CP han sido diseñados para albergar a la PPL en condiciones de seguridad, existiendo enormes problemas para la libre circulación, como el pago de “peaje”, negociación con autoridades penales para que PPL accedan al tratamiento. Por otro lado, se están formando grupos de promotores de salud dentro de las PPL que contribuyen a garantizar el TDO donde sea posible.

Q. Juárez (SP de Honduras)

Cada país o CP es diferente. Se debe sensibilizar al policía y a la PPL sobre la importancia de la detección temprana del caso de TB; debe concientizarse a los coordinadores de cada pabellón considerando el riesgo de la salud de la PPL si no se detecta temprano los casos de TB. En el SP existe un cogobierno de PPL y la policía, por tanto, debe trabajarse con ambos. El enfoque que debe tenerse no solo debe ser dirigido a la seguridad penitenciaria sino también a la seguridad médica.

D. Kühleis (PNT de Brasil)

El tratamiento debe ser observado. No es fácil en el SP. Se debe sensibilizar al personal de seguridad. Se debe realizar la formación de agentes de salud. El TDO debe ser realizado apenas el personal de salud diagnostique e indique tratamiento.

C. Floriano (SP del Perú)

La adherencia es un gran desafío, ante la falta de personal se sule con consejería a las PPL afectados de TB, con los RRHH disponibles. Si bien hay acceso al servicio de salud, las PPL con TB son discriminadas, otros tienen problemas mentales y rol que cumple personal de seguridad no ayuda a mejorar todo esto. Es muy importante sensibilizar desde el agente penitenciario hasta el director del CP.

O. Gonzales (SP de Paraguay)

Ser una PPL limita sus DDHH. Se ve más la parte de seguridad que DDHH. El PNT trabaja con promotores dentro de los mismos internos, que llevan a los afectados a sanidad para administrar el TDO.

J. Garay (PNT de El Salvador)

Depende el tipo de población que existe dentro de la prisión. El TDO dentro de prisiones tiene un matiz diferente y se mide con tasa de recaídas. Existe más control si la PPL es llevada a la clínica que si se lleva el tratamiento a la celda. Se pueden establecer indicadores indirectos: con variables diferenciadas por grupos, por carga de enfermedad, por antecedentes de recaída o por resistencia a medicamentos.

Control de contactos en PPL – Guía de control de contactos de OMS y su adecuación en PPL

D. Zavala

Justificación

El riesgo de enfermar de una persona recientemente infectada por TB es mayor que otra persona con infección antigua (más de dos años). Puede ser mayor en contactos de casos índices de TB-MDR (tiempos prolongados de contagiosidad) que de casos sensibles.

Guía de contactos de OMS

La guía sobre recomendaciones para la investigación de contactos de TB publicada por la OMS persigue la mejora de la detección temprana de los casos, la mejora del desempeño del PNT, la búsqueda intensiva de casos en un grupo de alto riesgo bien identificado y aborda la vulnerabilidad de los niños menores de 5 años (detección temprana y TPI); existe preocupación por la transmisión de la TB MDR, ante la falta de estudio de contactos que no son realizados por los PNT de muchos países de ingresos bajos y medios.

Basado en revisiones sistemáticas de la prevalencia de TB en contactos de pacientes con TB, TB activa, TB-MDR y con el método GRADE, se establecieron ocho recomendaciones para la investigación de contactos y en quienes debe indicarse TPI.

Control de contactos en prisiones

Se considera caso índice a todo PPL afectado de TBP BK+ o cultivo positivo. Se define como contacto a los internos que conviven en la misma celda con el caso índice, al personal de seguridad del centro penitenciario encargado de la celda del caso índice, al personal de salud del centro penitenciario y también a las visitas del caso índice.

De acuerdo a la sensibilidad a fármacos anti-TB del caso índice, debe considerarse: contactos de un caso índice con TB sensible, descartarse TB activa. Si fuera SR con VIH, seguirse el algoritmo para diagnóstico y manejo de la co-infección TB/VIH. Si la PV no fuera SR, se recomienda realizar el examen clínico y radiológico. Si la radiografía es sugestiva de TB, seguirse el *algoritmo para diagnóstico y manejo de la co-infección TB/ VIH*.

Cuando el caso índice tiene una TB-MDR, los contactos SR se les debe realizar baciloscopia, cultivo y PSD (por métodos rápidos), si se confirma TB referir a un centro de referencia de TB-MDR; si es un contacto no SR, educarlo y realizarle seguimiento en busca de síntomas durante dos años. En PV, realizar valoración clínica y radiológica,

También se realizará el control de contactos al personal de seguridad y de salud del CP así como las visitas del caso índice.

Conclusiones

- El control de contactos en centros de reclusión es una actividad prioritaria para encontrar precozmente casos de TB entre los que han estado expuestos.
- Población PV tiene mayor riesgo de enfermar de TB y debe seguir los algoritmos de diagnóstico recomendados por la OMS y la terapia preventiva con INH en caso de descarte de TB.
- La mayoría de los PNT no recopilan ni analizan información de evaluación de contactos
- No existe ningún esquema recomendado de quimioprofilaxis para TB-MDR por lo que se recomienda hacer un seguimiento estrecho de los contactos por dos años.

Recomendaciones

- Definir claramente quienes son los contactos íntimos y frecuentes del caso índice de TB.
- Definir responsabilidades del personal de salud penitenciario para la evaluación de contactos PPL.
- Establecer responsabilidades flujogramas para el control de contactos en personal penitenciario, personal de salud penitenciario y visitas.
- Coordinar con el establecimiento de salud correspondiente para apoyo técnico y logístico.
- Incorporar dentro del sistema de información las actividades de control de contactos.

Panel: ¿Quiénes son considerados contactos en PPL y cuáles son las pautas de manejo de los mismos?

Experiencia de Perú

Definiciones

- Contactos intracarcelario: comparte la celda o ambientes comunes con una persona afectada de tuberculosis.
- Contactos extracarcelario: familiares, amigos, etc., que frecuentan a una PPL (población puente).

Evaluación de contacto

- La intervención debe ocurrir en no más de 3 días de reportado el caso índice.
- Debe priorizarse los contactos de alto riesgo (Diario mayor de 6-8 horas).
- Flujograma de atención según Norma Técnica 2006.

Desafíos

- Intensificar la capacitación a todos los niveles.
- Mejorar acceso a los servicios de salud.
- Mejorar los servicios de ayuda al diagnóstico.
- Optimizar RRHH en calidad y cantidad.

Experiencia de Nicaragua

Se establecen criterios y definiciones para el manejo de contactos en PPL con TB.

Oportunidades

- En los CP se pueden realizar controles de baciloscópicos a los contactos de los casos índices o bacilíferos.
- Educación preventiva sobre signos y síntomas de la TB, modos de transmisión.
- Tamizaje para VIH en los CP del país. Búsqueda de co-infección.

Limitaciones

- No se dispone de PPD en los CP ni de otros exámenes tales como radiografía de tórax.
- Aun en hospitales de referencia nacional en Nicaragua, hay discrepancias en cuanto al uso del PPD como medio diagnóstico en adultos.
- No se da quimioprofilaxis en PPL a menos que sean personas VIH y previo a una coordinación con los programas nacionales de VIH y TB.
- Visitas del caso índice: Se informan de la situación y se refieren a centro de salud de su domicilio.

Experiencia de Bolivia

Dificultades encontradas en el control de contactos

- PPL que cambian constantemente de pabellones y/o celdas.
- PPL con reclusión preventiva.
- Familiares de los PPL con tuberculosis con estadía corta en los CP.
- Priorización de las actividades rutinarias antes que las actividades en salud.
- Cambio constante de personal de seguridad.

Desafíos

- Delinear lineamientos y estrategias para el manejo y control de los contactos de pacientes con TB en CP.
- Realizar un estudio y manejo clínico de control de contactos en CP del eje troncal de Bolivia.

Trabajo de grupos: ¿Cuáles deberían ser los lineamientos de trabajo del control de la TB en PPL en el 2013-2014?

Grupo 1. Nicaragua, Panamá, Bolivia y El Salvador

1. Negociación con autoridades (incidencia política).
 - a) Sensibilizar en temáticas TB a todo nivel.
 - b) Crear política de salud en CP.
2. Trabajo en equipos multidisciplinarios.
3. Estandarizar el manejo clínico y programático del control de TB.
 - a) Monitoreo.
 - b) Evaluación.
4. Sistema de Unificación con los Ministerios de Salud.
 - a) Elaborar un parámetro (línea basal a nivel regional)

Grupo 2. Guyana, República Dominicana, Paraguay y Honduras

- Garantizar que cada privado de libertad tenga un expediente clínico, psicológico y odontológico al ingreso.
- Capacitar y sensibilizar en forma permanente al personal de salud, administrativo, de seguridad y otros (ONG, Iglesia, sociedad civil, formando grupos PARES, promotores de salud).
- Garantizar métodos de diagnóstico rápidos (baciloscopías, cultivo y pruebas de sensibilidad).
- Revisar la definición de sintomático respiratorio al interior del centro penitenciario.
- Garantizar la terapia antirretroviral a los infectados con VIH y en el manejo de la co-infección TB/VIH.
- Revisar la guía de abordaje de TB en CP para su implementación, con la incorporación de DDHH.
- Implementar planes de control de infecciones en los CP.

Grupo 3. Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Guatemala

- Fomentar, consolidar acuerdos y coordinaciones entre los MdeS y CP en los países en donde no existen acuerdos.
- Formalizar y/o capacitar al personal de salud, autoridades penitenciarias, líderes dentro de los CP en la temática de TB. Incluir capacitación en los programas de formación de agentes penitenciarios.
- Crear documentos técnicos, guías y protocolos de atención de los PNT dirigidos específicamente para la población privada de libertad en prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de TB, ya que actualmente solamente Colombia y Brasil cuentan con guías específicas para PPL; socializar estas guías para los demás países y adjuntarlo a cada contexto social.
- Socializar las definiciones operativas entre los contactos dentro de la misma PPL.
- Realizar estudios y/o investigaciones operativas sobre la incidencia de TB entre los contactos de la misma PPL por cada centro penal ya que la logística de cada penal es diferente; en los países en donde no se ha realizado.
- Garantizar la cobertura de los servicios de salud para toda la PPL en todos los países.
- Abordaje integralmente la co-infección TB/VIH entre la PPL.
- Unificar criterios de estandarización de esquemas ARV para minimizar el desarrollo de farmacoresistencia en la PPL.

- Integrar el programa de TB con programas de VIH y otros de salud en la PPL.
- Realizar intervenciones específicas para la detección, diagnóstico y tratamiento en la PPL más vulnerable (celdas hacinadas, niños, etc.) dentro de los CP.
- Realizar labores de sensibilización a los diferentes actores involucrados en el control y prevención de la TB en cada centro penal de cada país.
- Elaborar e implementar un plan de control de infecciones dirigido a la PPL en cada CP. Dicho plan debe ser desarrollado, implementado y monitoreado por un comité de infecciones en TB presidido por la máxima autoridad de cada CP.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se observó:

- Progresos importantes en el control de la TB en PPL, con excelentes tasas de éxito de tratamiento, altos porcentajes de pacientes con TB testados para el VIH entre los PPL.
- Múltiples iniciativas emprendidas en los Centros Penales de diferentes países que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los PPL.
- Persistencia de fallas en la coordinación entre el personal de salud y de seguridad con pérdida de pacientes que son transferidos de un Centro Penal a otro o son liberados.

Los países asistentes al seminario hacen un reconocimiento especial al PNT y la policía nacional de Honduras, anfitriones de este evento, por el liderazgo mostrado y los avances logrados en el control de la TB en PPL.

Recomendaciones:

1. El control de la TB en PPL debe continuar siendo una prioridad para los PNT de la Región.
2. El abordaje del control de la TB en PPL debe incorporar como un eje transversal los derechos humanos (DDHH), por tanto, se debe:
 - Promover la realización de talleres para sensibilizar y capacitar sobre DDHH y TB en las distintas poblaciones del Sistema Penitenciario (personal de seguridad, personal administrativo, personal de salud, familiares y PPL (tomando en cuenta la diversidad étnica con una perspectiva de género);
 - Realizar estudios operacionales que puedan incluir aspectos de DDHH y TB;
 - Vincular universidades y otras instituciones académicas y desarrollar proyectos en colaboración con jóvenes profesionales para abordar la salud y los DDHH en PPL.
 - Promover la capacitación del personal de justicia (Cortes, Jueces...) en talleres y debates sobre la TB en PPL.
3. El control de la TB en PPL debe tener un abordaje integral fundamentalmente en lo que se refiere a la confección TB/VIH, TB y enfermedades crónicas y salud mental (alcoholismo, drogadicción, depresión.)
4. Todo paciente TB/VIH debe ser manejado por ambos programas para así garantizar no solo la prueba VIH, sino también la TAR y la profilaxis por CM y la TPI en todo PPL infectado con el VIH.
5. Se debe fortalecer la relación entre el personal de salud y el personal de seguridad, debiendo incorporarse conceptos de **seguridad medica** dentro la formación de la policía.
6. Dentro las actividades de control de la TB en PPL, se recomienda incorporar:

- La radiografía de tórax para el tamizaje de TB en Centros Penales que tengan las condiciones e infraestructura para hacerlo.
 - Un laboratorio de referencia para todo Centro Penal para garantizar el diagnóstico bacteriológico de la TB (baciloscopia, cultivo y Pruebas de Sensibilidad a Drogas (PSD) en todo caso de TB).
 - El Xpert/MTB/ RIF como método rápido de diagnóstico, para lo cual los PNT deben definir los algoritmos de diagnóstico y los métodos confirmatorios (cultivo y PSD).
 - El control de infecciones en Centros Penales como tema de análisis y discusión con las más altas autoridades de penales y de salud.
7. Fortalecer el tratamiento estrictamente supervisado y la coordinación entre salud y seguridad en las transferencias de PPL a otros centros penitenciarios o en caso de liberación.
 8. Fortalecer el estudio de contactos que debe incluir al personal de seguridad.
 9. Recomendación especial a los PNT y PNVIH:
 - Fortalecer la coordinación efectiva de los PNT con el PNVIH/SIDA en los diferentes niveles a través de:
 - a) Planificaciones conjuntas.
 - b) Intercambio de buenas practicas.
 - c) Guías y lineamientos armonizados.
 - d) Monitoreo y evaluación conjunta.
 - e) Implementación de investigaciones operativos.
 10. Los lineamientos de trabajo del control de la TB propuestos para los siguientes 5 años son:
 - a) Negociación y dialogo con autoridades del Sistema Penitenciario (coordinar, abogar, capacitar al personal de Centros Penitenciarios)
 - b) Atención de salud con equipos multidisciplinarios (TB/VIH, salud mental, otros).
 - c) Estandarización del manejo clínico y programáticos del control de la TB: directivas para la elaboración de parámetros de programación, monitoreo y evaluación de TB y actualizar la guía regional de control de la TB en Centros Penales con inclusión de lineamientos de derechos humanos.

En la próxima reunión el PNT de Ecuador y Panamá serán invitados a presentar los avances y desafíos del control de la TB en la PPL, que actualmente es implementado bajo la dependencia del ministerio de salud y no de justicia.

Agenda

Miércoles 20 de febrero

8:00 – 8:30	Inscripción.	
8:30 – 9:00	Inauguración a cargo de autoridades nacionales y de OPS/país.	
9:00 – 9:30	Presentación de participantes y objetivos de la reunión.	M. Clay
9:30 – 9:45	Revisión de las recomendaciones y su cumplimiento del “V taller Regional para el control de la TB en Poblaciones Privadas de Libertad, Panamá 2010”.	M. del Granado
9:45 – 10:05	La salud de las PPL y sus determinantes en LAC.	R. Montoya
10:05 – 10:30	Refrigerio	
10:30 - 10:50	Instrumentos de derechos humanos aplicables al control de la TB	S. del Pino
10:50 – 11:10	Situación de la TB en las Américas y en la PPL. Desafíos y oportunidades para mejorar el control de la TB en PPL.	M. del Granado
11:10 – 11:20	Preguntas y respuestas.	
11:20 – 12:15	Panel: Control de la TB a la luz de los instrumentos de derechos humanos. Experiencia de El Salvador: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min). Experiencia de Panamá: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min). Experiencia de Guyana: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).	Moderador: S. Del Pino
12:15 – 12:30	Comentarios del equipo de Honduras. Preguntas y respuestas.	M. Maldonado
12:30 – 14:00	Almuerzo	
14:00 – 14:20	Debilidades de los sistemas de salud de las PPL. ¿Como se las puede superar?	Q. Juarez Director de Salud

		de Honduras
14:20 – 15:15	<p>Panel: Debilidades de los sistemas de salud de las PPL y experiencias en el control de la TB.</p> <p>Experiencia de Nicaragua: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).</p> <p>Experiencia del Ecuador: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).</p> <p>Experiencia de Venezuela: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).</p> <p>Comentarios del equipo de Paraguay.</p> <p>Preguntas y respuestas.</p>	<p>Moderador: D. Barreira</p> <p>S. Aguirre y O. Gonzalez</p>
15:15 – 16:30	<p>Trabajo de Grupos:</p> <p>Uso de los instrumentos de derechos humanos para abordar las debilidades del control de la TB en PPL (3 Grupos).</p>	<p>Moderador S. del Pino, J.E. Orellana</p>
16:30 – 17:00	Refrigerio	
17:00– 17:30	Presentación de los grupos de trabajo.	<p>Moderador S. del Pino, J.E. Orellana</p>

Jueves 21 de febrero

09:00 – 09:30	El control de la TB en PPL de Honduras.	M. Maldonado y Q. Juarez
09:30 – 9:45	Recomendaciones para el trabajo coordinado entre los PNTs y los centros de salud de los Centros Penitenciarios “Guía para el control de la TB en PPL de LAC”.	M. del Granado
9:45 – 10:30	<p>Panel: Experiencias de trabajo coordinado de los PNTs y las Direcciones de Salud de Centros Penitenciarios.</p> <p>Experiencia de Rep. Dominicana: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).</p> <p>Experiencia de Bolivia: Director de Salud del</p>	<p>Moderador: J. Garay</p>

Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).

Experiencia de Paraguay: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).

Comentarios del equipo de Ecuador.

J. Cáceres y
J. Mera

Preguntas y respuestas

10:30 – 11:00		
Refrigerio		
11:00 – 11:30	Experiencias exitosas para mejorar el control de la TB. La introducción de métodos rápidos de diagnóstico de la TB y la TB-MDR en PPL –ventajas y desventajas.	E. Montoro
11:30 – 12:30	Panel: Diagnóstico de la TB y la TB-MDR en PPL. La incorporación del Xpert/MTB/RIF en PPL: Ventajas y desafíos. Experiencia de El Salvador: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min). La incorporación de LPA (line probe assays) en PPL: Ventajas y desafíos. Experiencia del Perú: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min). Uso de métodos convencionales. Ventajas y desafíos. Experiencia de Colombia; Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).	Moderador: E. Montoro
12:20 – 12:30	Preguntas y respuestas	
12:30 – 14:00		
Almuerzo		
14:00 – 14:20	Situación y control del VIH en PPL.	E. Rodriguez
14:20 – 15:00	Panel: El manejo de la coinfección TB/VIH en Centros Penitenciarios. Experiencia de Brasil: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min). Experiencia de Guatemala: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min). Experiencia de Panamá: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).	Moderador: E. Moreno
14:50 – 15:00	Preguntas y respuestas	
15:00 – 15:45	Panel: El tratamiento estrictamente supervisado en PPL. Un mito o una realidad. Dialogo entre los Directores de Salud Penitenciaria de Perú y	Moderador: M. del Granado

Colombia con los jefes de los PNT de Brasil y El Salvador.

15:45 – 16:00 Conclusiones Moderador

16:00 – 16:30 **Refrigerio**

16:30 – 16:50 Control de contactos en PPL – Guía de control de contactos de OMS y su adecuación en PPL D. Zavala

16:50 – 17:30 Panel: ¿Quiénes son considerados contactos en PPL y cuáles son las pautas de manejo de los mismos? Moderador: D. Zavala

Experiencia de Perú: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).

Experiencia de Nicaragua: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).

Experiencia de Bolivia: Director de Salud del Régimen Penitenciario y jefe del PNT (10 min).

Preguntas y respuestas.

Viernes 22 de febrero

09:00 – 10:00 Trabajo de grupos. Moderador: R. Montoya
¿Cuáles deberían ser los lineamientos de trabajo del control de la TB en PPL en el 2013-2014?

10:00 – 10:30 Presentación del trabajo de grupos. Moderador: R. Montoya

10:30 – 11:00 **Refrigerio**

11:00 – 12:00 Conclusiones y recomendaciones. R. Montoya
Clausura.

Lista de participantes

Apellido y Nombre	Institución	País
Aguirre, Sarita	PNCT	Paraguay
Alvero, Oscar	Centro Penales/Ministerio de Justicia	El Salvador
Ancheco, Marina	Enf. Progr. PNT	Honduras
Arzú, Bertha	ENMUNEH	Honduras
Balboa, Angélica	Min. Gobierno Régimen Penitenciario	Bolivia
Bertrand, Lourdes	Región de Salud Antártida	Honduras
Burgos, Sara	Enf. Progr. PNT	Honduras
Cabrera, José	MINSA	Perú
Castillo, Francisco	PNT / MINSAL	El Salvador
Castro, Daniel	PNTYER / MINSAL	El Salvador
Castro, José	MIGO	Nicaragua
Cazares, Judith	MSP/Estrategia NTB	Ecuador
Clay, Maggie	OPS /OMS	EEUU
COM. Quintín Juárez	Policía Nacional	Honduras
De Arango, Cecilia	Ministerio de Salud	Panamá
Del Pino, Sandra	OPS	EEUU
Del Granado, Mirtha	Asesora TB OPS	EEUU
Erguita, Fredy	Ministerio de Salud	Bolivia
Floriano, Cecilia	INPE	Perú
Fuentes, Helen	Sistema Penitenciario	Guatemala
Garay, Julio	Coordinador PNT El Salvador	El Salvador
Gonzales, Olga	Ministerio de Justicia y Trabajo	Paraguay
Goroy R, Julio	Ministerio de Salud El salvador	El Salvador
Interianou, José	Secretaria Seguridad	Honduras
Kuhloj, Daniele	Ministerio de Salud	Brasil
Machuca, Natalia	USAID	EEUU
Maldonado, Andrea	MPPS/Epidemiología del Programa TB	Venezuela
Maldonado, Marvin	Secretaria de Salud	Honduras
Quezada, María	Ministerio de Salud	Nicaragua
Martínez, Carol	Región de Salud Atlántida	Honduras

Apellido y Nombre	Institución	País
Mejía, Andrea	Enf. PNT	Honduras
Mejía, Leyla	Región de Salud Honduras	Honduras
Meza, Julio	MJDHC	Ecuador
Molianol, Jatendra	MTP/MOH	Guayana
Montoro, Ernesto	LARNER /Asesor Laboratorio	República Dominicana
Montoya, Romeo	OPS/OMS/Honduras	El Salvador
Mora, Julio	MSD H.D.	Ecuador
Moreno, Ernesto	Ministerio de Salud	Colombia
Olteriano, José	PNS. PS. Médico	Honduras
Orellana, José	Asesor/Health/Focus/Giz	El Salvador
Pacheco, Marlene	Secretaria de Salud Prog TB	Honduras
Ramírez, Leopoldina	Región #2 Dpto. de Colón	Honduras
Reyes, Anna	PNT/SS	Honduras
Roa, Amelia	Prisiones	República Dominicana
Rodríguez, Adalberto	Ministerio de Salud	República Dominicana
Rodríguez, Elizabeth	OPS/EIS (Sub Región)	El Salvador
Salvador, España	Quispas PNT	Guatemala
Valdez, Moisés	MINSA	Panamá
Valle, Fátima	Género y Salud	OPS
Zavala, David	Consultor	Perú