



HDM/CD/T/430-06
Version Original: Español

Informe

del

III^{er} Taller Regional

para el

Control de TB

en Centros Penitenciarios



(San Salvador, El Salvador, 27-28 abril 2006)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Tuberculosis, DPC/DC, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introductorias en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades, zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Esta reunión fue celebrada con el apoyo del proyecto de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), en el marco del *Memorando De Entendimiento AECI/Ministerio de Sanidad y Consumo de España/Instituto de la Salud Carlos III y OPS/OMS: Proyecto I Enfermedades Transmisibles, componente Control de Tuberculosis en Prisiones (2006–2008)*.

Abreviaturas

ACMS:	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
APS:	Atención Primaria de Salud.
ARV:	Antirretrovirales.
BAAR:	Bacilo ácido-alcohol resistente.
CP:	Centros Penales
DOTS/TAES:	Estrategia de Control Internacionalmente Recomendada para la tuberculosis que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado.
ITS:	Infecciones de transmisión sexual.
LAC:	Latino América y el Caribe.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONG:	Organizaciones No gubernamentales.
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PNS:	Programa Nacional VIH/SIDA.
PNT:	Programa Nacional de Tuberculosis.
PPL:	Persona Privada de Libertad
PVVS:	Personas Viviendo con VIH/SIDA.
Sida:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
TB/VIH:	Epidemias superpuestas de tuberculosis y VIH.
TB:	Tuberculosis.
VIH:	Virus de la inmunodeficiencia humana.

Contenido

Abreviaturas	iii
Resumen Ejecutivo	1
Antecedentes	2
Inauguración del III^{er} Taller Regional para el Control de TB en Centros Penitenciarios (San Salvador, El Salvador, 27–28 abril 2006)	2
Objetivos del taller	3
Metodología del taller	3
Sesión del jueves 27 de abril	4
Presentaciones de los países	6
El Salvador.....	6
Perú.....	6
Guyana.....	7
Honduras.....	8
República Dominicana.....	9
Brasil.....	9
Costa Rica.....	10
Bolivia.....	11
México.....	12
Venezuela.....	13
Uruguay.....	14
Panamá.....	14
Argentina.....	15
Sesión del viernes, 28 de abril	16
Trabajo de grupos.....	17
Presentación por grupos.....	17
Conclusiones	20
Recomendaciones	21
Anexo I: Lista de Participantes	22

Resumen Ejecutivo

La tuberculosis (TB) es un importante problema de salud pública en el mundo, que, aunque puede afectar a cualquier persona, algunos grupos de población son especialmente vulnerables a esta enfermedad. Entre estos, se encuentran las personas privadas de libertad (PPL), que presentan tasas de incidencia en los Centros Penales (CP), 15 a 30 veces mayores que en la sociedad libre.

En los CP la TB encuentra factores favorables a su transmisión tales como el VIH/SIDA, desnutrición, carencia extrema, las enfermedades mentales, la violencia y el hacinamiento. Los resultados de ello son más personas infectadas, más enfermos y más fallecidos por causa de la TB.

Se presentaron valiosas experiencias por parte de los países asistentes al **III^{er} Taller Regional para el Control de la TB en Centros Penales**. Los Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis (PNCT) de calidad, que sirven a las PPL, acordes a la normativa de la actual estrategia *Alto a la TB* de la OMS. Los resultados son satisfactorios y las altas tasas de curación y de escaso abandono son pruebas de ello.

El apoyo sostenido de gobiernos, PNCT, ONG, organismos internacionales y donantes, ha propiciado el inicio de diálogos positivos entre autoridades, para extender DOTS con calidad hacia los CP.

Los esfuerzos para promover la colaboración de las entidades mencionadas son fructíferos y se van expandiendo a través de actividades como las presentadas en el *III^{er} Taller Regional para el Control de TB en Centros Penitenciarios*, celebrado en San Salvador, El Salvador, durante los días 27 y 28 de abril 2006. Durante el evento los participantes debatieron los retos y oportunidades del control de la TB y de la TB-VIH, intercambiando experiencias y conocieron la nueva estrategia *Alto a la TB* de la OMS. Los participantes elaboraron sus planes de trabajo en forma conjunta (Ministerio de Salud y Sistema Penitenciario) y garantizaron la ejecución de actividades destinadas a control de la TB, de acuerdo a los avances mostrados en la presente reunión.

Antecedentes

En agosto 2003, el Programa Nacional de Tuberculosis (PNT) de Honduras, junto al Programa Regional TB OPS/OMS y la iniciativa Gorgas Contra la TB de la Universidad de Alabama, Birmingham (UAB), realizó el **I^{er} Taller** Internacional de Control de la Tuberculosis en Centros Penitenciarios. Estuvieron presentes jefes de PNT y de Centros Penales de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Republica Dominicana. Estuvieron también representantes de Brasil, Colombia, México y Venezuela.

En agosto 2004 se realizó el **II^o Taller** Internacional, en Lima, Perú, con participación de todos los países del I^{er} Taller Internacional, a los que se sumaron Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela. Los auspiciadores fueron la Iniciativa Gorgas, la OPS/OMS, USAID Global Health Bureau, el PNT y el Instituto Penitenciario de Perú. En este taller se elaboraron 12 acuerdos destinados a mejorar el control de la tuberculosis en las prisiones. Dichos acuerdos estaban destinados a:

- Lograr mayor apoyo político y conocimiento de la TB,
- Presentación del plan de acción a sus autoridades,
- Extender y aplicar DOTS con calidad,
- Buscar y lograr ayuda internacional,
- Reprogramas y destinar fondos nacionales al PCT en cárceles,
- Coordinación de programas en el problema de la coinfección TB/VIH,
- Comprometer monitoreo,
- Diseñar el plan IEC,
- Buscar intercambio de experiencias,
- Acordar nuevos talleres y
- Convocar la III^{er} Taller Regional

Inauguración del III^{er} Taller Regional para el Control de TB en Centros Penitenciarios (San Salvador, El Salvador, 27–28 abril 2006)

Los países concurrentes fueron Argentina, Belice, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Puerto Rico, Republica Dominicana, Uruguay y Venezuela.

El Acto de Inauguración del III^{er} Taller Internacional estuvo a cargo del Sr. Ministro de Salud Pública de El Salvador, quien presidió una Mesa de Honor que congregaba altas Autoridades del Ministerio de Salud, Ministerio de Centros Penales, AECI, Programa Regional de Tuberculosis OPS/OMS y la Representación de OPS/OMS en El Salvador.

Objetivos del taller

1. Analizar aspectos del control de la TB en prisiones
2. Conocer las experiencias de países seleccionados
3. Revisar los avances en la implementación de los planes de control de la TB en centros penales
4. Discutir estrategias de comunicación social para el control de la TB en prisiones
5. Actualizar los planes de trabajo entre los programas de TB y el sector penitenciario.

Metodología del taller

Los participantes de los diferentes países y agencias internacionales se presentaron individualmente, dando un breve perfil de su trabajo.

Los países participaron en forma activa, en:

- Mesa redonda:
 - Análisis de la situación y experiencias de países
- Presentaciones de los países: “Avances en la implementación de planes de control de TB en centros penitenciarios”.
- Trabajo de grupos: Identificación de necesidades de comunicación – FODA
- Elaboración de planes de trabajo 2006 -2007.
- Visita a un centro penal

Sesión del jueves 27 de abril

El **primer tema** esta a cargo de la **Dra. Del Granado Asesora Regional de Tuberculosis de la OPS**, quien expuso las oportunidades y los retos para el control de la tuberculosis en los Centros Penales de la Región. Describió el perfil de la Persona Privada de Libertad (PPL) y comparó tasas de algunos países de la Región; se revisó la epidemiología de la TB, en general y en prisiones, respecto a la transmisión, infección, enfermedad y muerte. Se analizó las diferencias de riesgo intra y extramural, en relación a la transmisividad del BAAR, entre las PPL, sus visitantes y el personal de guardia; las tasas de ocupación de prisiones en las Américas y la importancia de los comunicadores. Concluye en tema de apertura con una exposición de los retos y oportunidades para el control TB en penales, todo enmarcado en relación a los objetivos TB OPS/OMS 2015 / 2050. El tema concluye recordando que las responsabilidades del Estado son:

1. Custodiar a las PPL en condiciones saludables.
2. Preservar el respeto de los derechos humanos
3. Introducir la Reforma Judicial para disminuir la tasa de encarcelamiento.
4. Proporcionar servicios de salud equivalentes a los de la comunidad.
5. Controlar la TB de forma integrada al PNT

Destaca que el infectarse, enfermar y morir por TB no forma parte de la condena.

Como **segundo tema**, la **Dra. Pilar Ramón, Oficial Médico, Programa de Tuberculosis de la OPS** expuso el tema “Prisiones y VIH” con datos epidemiológicos mundiales y regionales. Describió y analizó los factores que favorecen diseminación de las ITS, que ocurren con una frecuencia que sobrepasa la observada en población general, favoreciendo la infección por VIH; las actitudes comunes de autoridades y administradores de CP; recomendaciones internacionales al problema; medidas preventivas que se han mostrado eficaces; revisa los tópicos de confidencialidad; presupuesto y CVT VIH/SIDA; presión social y abogacía para cumplimiento de anteriores recomendaciones; reiteración de la importancia de la comunicación y del reto a trabajar en coordinación con salud y educación.

El **Dr. Matías Villatoro, Consultor Internacional OPS/OMS en Brasil** presentó el tema: “Situación del control de la tuberculosis en prisiones de las Américas”. Indicó que el constante aumento de PPL en CP, estimados por encima de los 8 millones, es un grupo de alto riesgo para transmisión TB. La prevalencia es 60 veces mayor, respecto a la población nacional y la mortalidad por TB pasa del 18%. La infección se

propaga favorecida por el extremo hacinamiento. Hay casos de emigrantes, altas tasas VIH/SIDA, contacto estrecho BAAR (+) y la información en salud poco confiable.

Las encuestas fueron respondidas por Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Republica Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela. Argentina, Cuba y Guyana no respondieron. Expuso la incidencia de TB por país, respecto a los CP en la Región y la tasa de incidencia de TB por país, comparativa entre las PPL y la población general. Se mostró la prevalencia de TB/VIH por país, en los CP de las Américas, al 2004. Se presentaron datos epidemiológicos TB, formas de la enfermedad y cohortes DOTS (74% éxito tratamiento) y no DOTS (60%) en CP de Región; el 94% de los CP tienen un servicio de salud, 41% prestan DOTS, 26% capacitan a su personal y 5,6% se apoyan con PPL voluntarias y capacitadas PCT.

El 30% de los PCT en CP tienen acuerdos con autoridades penales; 30% tienen Plan de Acción conjunto; 80% cuentan con normas PCT; 40% tienen sistema de referencia y 100% aplican DOTS. Existen estrategias para la detección de casos de TB en CP como el tamizaje masivo (10%); tamizaje a la entrada (18%); investigación de contactos (82%) e investigación pasiva de casos (100%).

El **moderador** de esta jornada fue el **Dr. Enrique Echegaray, Consultor Internacional de Tuberculosis, Bolivia** conduciendo el debate de aportes, preguntas y respuestas del auditorio acerca de los temas presentados.

Durante la tarde de la primera jornada del III^{er} Taller se realizó la **Mesa Redonda: “Análisis de la situación sobre el control de TB en las prisiones”** en la cual los participantes interactuaron mediante aporte, preguntas y respuestas.

Las intervenciones reiteraron la necesidad de la coordinación interinstitucional (Salud/Penales/Comunicadores); la optimización de los aportes del Fondo Global; aspectos de DDHH y la importancia de dar respuesta a las; necesidades psicoemocionales de las PPL.

La comunicación es enfocada como una prioridad en las estrategias de control TB; el tema de prejuicios y estigmas junto con la ambigüedad de trato hacia las PPL es otro de los temas importantes; la secuencia de Datos- Información- Abogacía es considerada una fundamento de las estrategias de control TB; leyes que permitan la reclusión domiciliaria de casos terminales TB y TB/VIH; diversas iniciativas para el control de contactos, partiendo de la redefinición del término.

Presentaciones de los países

(en orden de presentación)

El Salvador

De El Salvador, Dr. Julio Garay Ramos, jefe PNTER y la Dra. Cecilia Guandique de Fonseca, Jefa Departamento Médico y Odontológico, Dirección General de Centros Penales, con el tema “*Experiencias de incorporación de los servicios de salud de las prisiones en la red de servicios de salud*” (Relación intra/extra muros). Se exponen datos Generales de El Salvador y la ubicación geográfica de los CP del país y los Servicios de Salud; red de Centros Penales; relación del Personal de Salud respecto a las PPL de El Salvador; actividades realizadas para incorporar el PNCT a los 19 CP de El Salvador; estrategias para vencer los retos (capacitación de personal penitenciario y de PPL), comunicación social intracarcelaria (privados y voluntarios). Se expuso la situación epidemiológica TB en CP; y las estrategias utilizadas para el alcance de logros, tales como:

- Coordinación efectiva entre Centro Penitenciario y Unidad de Salud
- Coordinación efectiva entre el PNCT y D.G.C.P. (Departamento Médico)
- Apoyo Tecnológico para la implementación del sistema de información

La presentación concluyó con los logros alcanzados en los centros penitenciarios respecto al control y tratamiento de la tuberculosis y el cumplimiento de la DOTS/TAES en los CP.

Perú

Del Perú, el Dr. José Best Romero, Coordinador Nacional de Salud del Instituto Nacional Penitenciario-Perú (INPE) presentó el tema “*Análisis de situación sobre el control de la TB en prisiones: Experiencia de Perú*” describiendo el entorno, la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de la TB (ESNCTB), los problemas y las alternativas de solución. Expuso la epidemiología de la TB comparativa entre la sociedad civil y de la población penal; datos de PPL en variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad. Mostró los aspectos organizativos y administrativos de la ESNCTB coordinados con el INPE, enmarcados en los organigramas de sus respectivos ministerios. Se resaltó la importancia de la participación comunitaria, de la movilización social, para potenciar la abogacía por la ESNCTB.

Se proyectaron datos epidemiológicos por regiones del país, relativos a penales (morbilidad, mortalidad y los resultados de cohortes de tratamiento), con un total de

33.062 PPL y 385 casos TB, correspondiendo a una tasa de incidencia TB de 4.385 casos por cada 100.000 habitantes. La tasa de curación es 88.46%, abandono de 3%.

Concluyó la exposición con una muestra fotográfica de las mejoras estructurales en los CP, destinadas a los Servicios de Salud intramurales y una relación de las actividades de la comunidad penal, destinadas a la promoción del PCT; también muestran la participación de autoridades, personal de salud y PPL en labores de voluntariado.

Guyana

De Guyana, el Dr. Jeetendra Mohaulall, jefe del PNT, presentó la *actual situación epidemiológica de la TB con una reemergencia de la enfermedad, constituyéndose en un gran desafío a la salud pública*. Relata la pobreza de infraestructura y el virtual desmantelamiento del PCT. Hay una crisis social y económica, con una permanente inestabilidad política. A esto se suma la epidemia de VIH/SIDA. Muestra las ascendentes de la TB y la coinfección TB/VIH. Refiere que el PCT Guyana se implementó el año 2000, con la selección de cinco grandes CP, dotados de un servicio de salud. Indica que no poseían salas de aislamiento y atendían más de 2.500 PPL. El tiempo medio de reclusión era 50 semanas. Los sospechosos TB y los casos TB se conducían al Centro de Salud más cercano, con referencia muy irregular. Tampoco había un plan establecido de seguimiento a los casos TB en tratamiento, sea dentro o fuera del penal.

Luego expuso el inicio del Plan de Acción junto a autoridades penales, que comprende capacitación del Personal de Salud y normativa PCT; CVT VIH para detección de la coinfección. Se explicaron cohortes comparativas 2000-2005 con prevalencia estable; un estudio de investigación de contactos intramural PPD con una reactividad cercana al 50%; el marco general del proyecto TB/Prisiones, en 5 unidades penales, financiado por el Fondo Global.

Las estrategias para control de la TB, en CP de Guyana, son:

- Detección de SR (mas de 15 días con tos) en 5 CP.
- Tres CP con DOTS
- Sala de aislamiento en 2 CP
- Mejorar el seguimiento
- Mejorar nutrición
- Reducir la mortalidad
- Aumentar la tasa de curación.

Honduras

De Honduras, el Dr. Jacobo Arguello, Jefe del PNCT, expuso el tema “*Iniciativas para el control de contactos en prisiones*”; mostró datos demográficos y la red de servicios de salud, en el cual las PPL en los CP de Honduras son grupos de riesgo; expuso datos regionales comparativos de TB. Describió como la estrategia DOTS en CP se implementa el año 2000, con apoyo de USAID. Mostró datos epidemiológica y de cohortes del país; con datos de la red laboratorial y del sistema informático

El “Proyecto de Colaboración para el Fortalecimiento de las Estrategias e Control de TB en Honduras: TAES en la Prisiones” es un proyecto exitos, gracias a la participación de diferentes socios: la Secretaria de Seguridad de Honduras; la Iniciativa Gorgas de la Universidad de Alabama en Birmingham; USAID; las Personas Privadas de Libertad; el PNT y la Secretaria de Salud Regional; de Áreas y Centros de Salud.

Los datos epidemiológicos de la TB en 24 Centros Penales, el año 2004, eran:

- Personas privadas de libertad (PPL):13,301
- Sintomático Respiratorios, 3,692
- Baciloscopia diagnostica, 10,707
- Casos TB diagnosticados, 91
- Casos BAAR +, 86

La evaluación preliminar al proyecto, el año 2000, revelaba: hacinamiento; coordinación débil PNT/ personal médico de CP; falta de ejecución de DOTS/TAES; búsqueda de casos pasiva (no se hace “screening”); sistema de vigilancia débil; falta de actividades de control de la infección; falta de actividades educativas para el personal y los reclusos.

La meta era implementar un PCT estandarizado (DOTS) en las prisiones de Honduras utilizando la estrategia de **integrar los servicios médicos de las prisiones (sector penal) al PNT (sector civil) a través de un programa de control de la TB descentralizado**. Describe las actividades y capacitaciones realizadas y otros logros como el sistema de monitoreo y evaluación semestral (M&E) para CP; RRHH de la Secretaría de Seguridad; capacitación de personal paramédico en frotis de esputo; mejoras estructurales para aislamiento de casos TB; capacitación en TB a personal y reclusos y la celebración del día Mundial de TB en las prisiones.

República Dominicana

De la República Dominicana, el Dr. Juan José Cordero, Director del PNCT, expuso la *situación del país*: que el país tiene 35 CP; con 16,495 PPL de los que 96% son hombres y el 4% son mujeres; 82% tienen servicios de salud y 34% tienen PCT, el 100% del personal de salud está capacitado DOTS.

El año 2004 tuvieron 111 casos TB de los cuales 74 eran BAAR +; realizan búsqueda pasiva SR, investigación de contactos y quimioprofilaxis a las PVVS; muestran la cohorte 2004 con 99.9 evaluados, 74% éxito de tratamiento y 10% de abandono. En Honduras se firmó un Convenio de Colaboración con la Procuraduría General de la República para las intervenciones de VIH/SIDA-TB, los objetivos fueron la expansión del DOTS/TAES de 6.2% CP en el 2000 a 34.4% en el 2005; capacitación del 100% del personal de los CP con DOTS/TAES y un sistema de registro normado por el PNCT. Las limitaciones son los bajos salarios y la multiplicidad de funciones del personal de salud; grupo de población de alto riesgo; condición sanitaria inadecuada (hacinamiento, mala ventilación, mala higiene, pobre alimentación) más coordinación y colaboración limitada entre el PCT y la administración de los Penales.

Entre los nuevos retos están el expandir DOTS al 100% de CP; ofrecer CVT VIH a toda PPL que ingrese al PCT; promover movilización social; capacitar a líderes penitenciarios en DOTS/TAES; fortalecer el sistema de referencia y contra referencia para servir a las PPL con TB en cada CP; fortalecer la coordinación entre el PNCT y la Administraciones de Prisiones.

Brasil

Del Brasil, la Dra. Maria Cristina Fernandes Ferreira, Coordinadora de Prisiones Brasil y el Dr. Joseney Santos, Responsable PCT Brasil, presentaron las *legislaciones y resoluciones que avalan el accionar del PCT en Centros Penitenciarios*.

Se presentaron los siguientes datos estadísticos del Brasil:

Número de Unidades Federadas en el País	27
Número de Unidades Federadas calificadas para ejecución de la Política Nacional	10
Número de Unidades Prisionales en el País (Datos del Ministerio de Justicia)	539

Número de Unidades Prisionales con equipos de salud	112 (20%)
Número de Equipos de Salud en Unidades P	131
Población Brasileña (en millones)	180
Población Penitenciaria Brasileña	*224.130 (0.13%)
Población Penitenciaria Beneficiada:	64.700 (29%)

Continúan las acciones de control de tuberculosis en unidades prisionales de los estados calificados, con datos estatales y municipales. Las perspectivas 2006–2007, son:

- Construir y equipar unidades de salud, en unidades prisionales en 10 nuevos estados;
- Calificar 10 nuevos estados con la Política de Atención a la Salud en el Sistema Penitenciario;
- Capacitar 100% de los equipos de salud de las unidades prisionales en las acciones de Control de la Tuberculosis;
- Implantar el Protocolo de Control de Tuberculosis en la población penitenciaria en 100% de las unidades de salud de las unidades prisionales;
- Compromiso de Calificar todas la Unidades Federadas en la Política de Atención de la salud de las PPL
- Implementar el DOTS en todas las Unidades de Salud del Sistema Penitenciario Brasileiro garantizando una mejor información y mejores resultados del tratamiento de los casos de TB.

Costa Rica

De Costa Rica, la Dra. Liliana Jiménez, Jefatura PNT y la Lic. Virginia Alpizar describieron *la red de CP y los antecedentes de la incorporación de DOTS/TAES del PNT para el control de la TB*. Expusieron el monitoreo y la evaluación de las actividades del Plan de Acción para 2003-04, habiendo cumplido con:

1. Creación de la Comisión Nacional de TB en Centros Penitenciarios.
2. Actualización en las Normas del PNTB al 100% del personal.

3. Implementación de la estrategia DOTS en el 100% de Centros Penitenciarios
 - a. (fue superada la meta propuesta).
4. Entrega e implementación de todos los formularios del Sistema de
 - a. Información del PNTB.
5. Giras de supervisión y monitoreo a todos los Centros Penitenciarios.
6. Incremento en la detección pasiva de SR en las consultas.
7. Detección activa de casos: inmediata en ámbitos en donde se confirma un
 - a. caso de TBP BAAR + (investigación de contactos).

Los indicadores epidemiológicos obtenidos fueron:

- Incidencia TB todas las formas $11 / 7,735 \times 1,000 = 1 / 1000$ PL
- Incidencia SIDA en enfermos de TB todas las formas $2 / 11 = 2 / 10$ enfermos TB.
- Prevalencia coinfección TB/VIH en PPL= $2 / 7,735 \times 1000 = 0.26 / 1000$ PL

Se mostraron cohortes comparativas 2004 – 2005 con tasas de curación mayores al 93%, sin abandonos y con 1 fallecido.

Bolivia

De Bolivia, el Dr. Ramiro Fuentes B. del Proyecto TB/Penales del Fondo Global y la Dra. Luz S. Vega Z., Coordinadora de Centros Penales, expusieron el *sistema carcelario nacional y los CP donde hay intervención del PCT*. Relatan antecedentes previos al 2004 donde no existían servicios de salud organizados en penales, los tratamientos TB eran erráticos e inconclusos en su mayoría, no existían registros y no se aplicaban las normas PNT. Actualmente el 67% de los CP tienen PCT. La situación epidemiológica se describe entre los 6681 PPL con 342 SR examinados y 38 casos nuevos TB BAAR + diagnosticados y tratados. La cohorte del 1º trimestre 2005 tiene una tasa de curación del 91.6%, abandonos en 8.3% y 100% fueron evaluados.

El compromiso político se encuentra enmarcado dentro del Convenio Inter ministerial N° 021 suscrito el 27 de Octubre de 2004, entre el Ministerio de Salud y Deportes y el Ministerio de Gobierno, para prestar PCT en el 100% de los CP. Este programa esta integrado al sistema de salud nacional, Actualmente se aplica la estrategia DOTS normalizada en algunos centros penitenciarios, bajo diferentes modalidades:

- A través de los médicos de Régimen Penitenciario o médicos de Centros de Salud de Referencia o de las Redes de Salud
- Por medio de los Encargados de cada Sanidad
- Por medio de los Consejos de Delegados

A la fecha no hay estrategia conjunta de los programas TB y VIH/SIDA. Las estrategias de comunicación han producido la Guía de Normas Técnicas y Operativas para el manejo de Enfermedades Respiratorias del Adulto en CP de Bolivia. Además se ha dotado a las sanidades de todo el material educativo consistente en videos, trípticos, rotafolio explicatorio y afiches, elaborados por el PNCT. Las supervisiones y el monitoreo son periódicas y bimensuales, en cada centro penitenciario, dependiendo del presupuesto operativo para que el equipo de la estrategia de las cárceles pueda realizar estas actividades. Se trabaja con estrategias de sensibilización, capacitación, supervisión y se dota de medicamentos, material impreso e instrumental básico.

México

De México, el Dr. Martín Castellanos Joya, presentó los *avances en la colaboración entre programas TB y VIH/SIDA para estudio y control de la coinfección en prisiones*. El objetivo es ampliar la estrategia DOTS/TAES en los CP y fortalecer la prevención y control del binomio SIDA/TB, en un marco de respeto a los DDHH, para reducir la posibilidad de enfermar y morir por estas causas. Explica que en México hay 106 millones de habitantes, de los que 188,130 son PPL (177 X 100,000 habitantes). Existen 96 prisiones con más de 100 PPL cada una. En 86 CP se trabaja con estrategia DOTS/TAES, existen servicios de salud y hay actividades con PPL para formar promotores de TAES. El financiamiento es 100% del Gobierno Federal /MS.

Se emplean diversas estrategias, como: capacitación del personal directivo, de salud, los custodios y voluntariado PPL; detección, diagnóstico y tratamiento; estudio de contactos; vigilancia epidemiológica; monitoreo y evaluación; CVTVIH al 100% de casos de TB; sistema de referencia y control de internos excarcelados. También se ha utilizado la conocida estrategia Bandera Blanca en 5 CP (Veracruz; Ciudad Juárez, Culiacán; Mazatlán y Mochis). Mediante IEC producen comunidad informada, la cual colabora en detección TB y acompañamiento TAES al 100% de los casos a su cargo.

El año 2004 tuvieron 9.497 SR con 222 casos; el 2005 aumentaron a 11,271 SR y 248 casos TB. De ellos 161 curaron, 3 abandonaron y 2 fracasaron. Como trabajo inter programático TB/VIH dieron CVT VIH a 12,203 PPL; examinaron a 10,690 e identificaron a 270 VIH (+).

Venezuela

De Venezuela, la Dra. Tania Bernal Schmelzer, representante del Ministerio de Justicia, expuso la “*Situación de la TB en los Centros Penitenciarios Venezolanos*”, mostrando la localización geográfica de los CP, en las 5 regiones del país. Resumió los datos epidemiológicos 2004, en los que Venezuela tiene una población total de 26.800.841 habitantes y casos nuevos TB todas formas, 6,519. La tasa TB total es de 25,1 x 100.000 habitantes y la BAAR + es 14,3 x 100.000 habitantes. En 30 CP existen 18.317 PPL; el 100% de los CP tiene un servicio medico intramural.

Acceden a baciloscopía del MINSA el 100 % de los SR; en 28 CP (93.4%) se aplica DOTS/TAES; el 30% de los CP tienen personal capacitado PCT; las PPL no están integradas a las actividades de detección y tratamiento; el financiamiento para diagnostico y tratamiento TB es MINSA.

Durante el año 2004, los casos nuevos de TB notificados fueron 41; 36 casos confirmados por laboratorio; coinfección TB/VIH/SIDA, 1 caso; 1 recaída BAAR (+). La cohorte 2004 dio el 74% de curación, 17% de abandonos y 9% sin información.

Los retos son similares a otros países con: hacinamiento; insalubridad; dieta inadecuada; atención médica precaria; comercialización de esputo y tratamiento; traslados sin notificación previa; áreas inaccesibles dentro de CP y desconocimiento del estado de salud de contactos (pareja). Algunas CP no examinan el total de los contactos; no toda las PPL son evaluadas al ingreso y al egreso; falta de motivación del PS de algunas prisiones; desconocimiento (PPL) sobre la prevención, las síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis; cambios frecuentes del nivel gerencial (Directores) y dificultades para obtener recursos para ejecutar plan de acción.

Los logros son: el trabajo coordinado entre el MINSA y el MINJUS; capacitación del Equipo Central (médico y enfermera) de la Dirección de Custodia y Rehabilitación del Recluso del MIJ; realización de un taller de actualización en TB dirigido al PS de los CP.

Existe hospitalización en casos de co-morbilidad y RAFA; se ha diseñado un Plan de Acción, en proceso de consenso, para ser presentado a la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso y se ha incluido el Capítulo de TB en Prisiones en la *Norma Nacional de Tratamiento de la Tuberculosis*. Hay Plan de Humanización del Sistema Penitenciario dotado de Decreto de Emergencia Penitenciaria, financiado; adecuación de la infraestructura de los CP y construcción de nuevas edificaciones (15 nuevas prisiones en 7 años); adecuación de la fuerza de trabajo (personal médico y paramédico) vía convenio o contratación; normalización de algunos procesos en la atención médica (realización de la Ficha Médica) y Reforma de la “Ley de Régimen Penitenciario”, con intervención del personal directivo de salud del Sistema Penitenciario.

Uruguay

De Uruguay, la Dra. Mabel Rivera expuso *el aumento constante de las PPL, debido a cambios sociales, económicos y culturales, lo que promueve el hacinamiento y el deterioro de las condiciones de vida, en los CP*. Todo ello promueve epidemias, violencia y deterioro de la salud mental. La repercusión no sólo incide en el contexto carcelario sino que se extiende inexorablemente fuera de sus límites e impacta en la comunidad. Las metas del PCT del Uruguay son similares a los países que aplican DOTS, con búsqueda pasiva del diagnóstico y tratamiento TB oportunos, por los daños que produce el diagnóstico tardío. Se está proponiendo que en los CP se atienda la consulta espontánea del PPL; se efectúe el tamizaje al ingreso y se realice la búsqueda activa de sospechosos y casos TB. Expone cuadros gráficos estadísticos TB que muestran una clara tendencia ascendente de la TB en los CP junto al PVVS y coinfectados TB/VIH.

En Uruguay hay una corriente política actual para velar por el respeto de los derechos fundamentales de los prisioneros, lo que comprende la provisión de tratamiento preventivo y cuidados sanitarios equivalente a los proporcionados a la comunidad en general.

Panamá

De Panamá la Dra. Lissa de León Mazzitelli y la Lic. Enélica J. Guerra exponen el *perfil epidemiológico TB, en general y en los CP*. Panamá tiene una población total de 3.172.360 de habitantes y 11,686 PPL; el 79% de los CP tienen servicios médico o paramédico. El 100% de los CP aplican la estrategia DOTS/TAES; el 68% del personal de salud de los CP conocen la estrategia DOTS; las fuentes de financiamiento son: el PCT; el MINGO; la OPS/OMS; la Fundación Damián y la ONU.

Tienen un promedio de 30 casos TB/año en el último quinquenio; el 21% son coinfectados TB/VIH y el 79% son casos TB. La cohorte 2004 da el 27.3% curados; 59% con tratamiento terminado, 9% de abandonos y 4.5% transferidos.

Hay captación de SR intramural (en CP Pacora) con dotación de un laboratorista para el penal; aislamiento de las PPL con TB activa, en la 1ª y 2ª fase; educación a pacientes TB en tratamiento; seguimiento de pacientes por equipo de salud y acceso a medicamentos y productos nutricionales. También se trabaja en los grupos de autoayuda y en mejoras de la información entre MINSA, MINGO y MINJUS. Se ha logrado el traslado y aislamiento de PPL con TB diagnosticada en la Clínica de La Joya, con apoyo de PNUD. Se han actualizado las Normas de Atención de Salud de PPL. Fue asignado personal de enfermería a tiempo completo en las clínicas del

Complejo La Joya para aplicación del TAES/DOTS; hay incremento en la detección de SR y de casos, mediante baciloscopia de esputo en PPL y existe suministro regular e ininterrumpido de los medicamentos anti TB.

Hubo apoyo técnico y financiero con el Proyecto de Apoyo al PNCT cofinanciado por la Fundación Damián y la Unión Europea. Se hizo abogacía para lograr mejoras estructurales en los Servicios de Salud de CP, para atención de PPL con TB y coinfectados TB/VIH. Se ha elaborado y aplicado un Programa Modelo de Educación de Pares para la Prevención de la Tuberculosis con incentivos y giras de atención integral MINSA- MINGO.

Las barreras actuales son: fallas en el registro de la información TB; ausencia de guías y normas para la vigilancia epidemiológica de PPL coinfectadas TB/VIH; la detección oportuna de los casos; los recursos humano insuficientes; falta de coordinación entre MINGO y MINSA, al egreso del paciente.

Las estrategias 2006 son: un Taller Nacional de Capacitación de la Estrategia TAES; Continuación del Taller de Capacitación de la Estrategia TAES para el Programa de Educación de Pares y firma de compromisos previos y responsabilidades en los Centros Penales para la aplicación de la Estrategia TAES.

Argentina

En Argentina, el Dr. Andrés Burke Viale inició la *exposición con mención de la Constitución Nacional de la República Argentina, en su Artículo 18: “Las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos”*. Para ello se debe desarrollar un entorno saludable que contemple los derechos humanos, éticos y legales de los internos alojados y del personal penitenciario. Argentina reportó, en 2004, 79.000 PPL; 1500 PPL en ART intramural y una seroprevalencia VIH en PPL, año 2004 de 5,7% (N= 4.511)

Por el Sistema de Registro de Casos de Tuberculosis, se notificaron durante 2004 en CP: 191 casos de Provincia de Buenos Aires, 38 casos de Ciudad de Buenos Aires y 3 casos de la Provincia de Santa Fe. El 18% de los casos MR del país pertenece a PPL. Los estudios de biología molecular indican que el 75% de las PPL, enfermas con TB MDR tenían cepas en clusters (transmisión activa reciente). Solo 10 CP de 24 encuestados dieron respuestas muy incompletas, que impiden sacar conclusiones.

En 1999 comienza un programa de trabajo denominado “Cárceles Saludables”. Involucra al MINSA, al MINJUS, DDHH Internacional y a la OPS/OMS. Beneficia a 37 establecimientos penitenciarios y 10 alcaldías. Los objetivos fueron: analizar los avances y dificultades en la implementación de las Normas Técnicas del PNCT; proponer actividades de integración entre programas que involucren a PPL; personal de salud; personal penitenciario; visitantes y comunidad general.

Las conclusiones recomendaron el establecer un nexo entre los Programas provinciales y los Sistemas Penitenciarios del PNCT, priorizando la Provincia de Buenos Aire; involucrar y trabajo conjunto entre servicios de salud y médicos penitenciarios, en actividades de control de TBC; rutina de vigilancia epidemiológica de ingreso, en las PPL ingresantes a CP, según normativa DOTS.

Están en proceso de capacitación TB a todo el personal; coordinar con el Programa VIH/SIDA para detección de coinfectados; asistencia PCT a la reunión de la Comisión de Cárceles. Expusieron la investigación operativa de Comportamiento, Prácticas e Información VIH/SIDA entre las PPL.

Sesión del viernes, 28 de abril

Se inicio la jornada con la exposición de la **Dra. Lucia Kramer, AED**, “*Diagnóstico de Necesidades Para Diseño de Comunicación Estratégica*”. La presentación dio los pasos esenciales para la preparación de un plan de comunicación, comenzando por el Diagnóstico de la Situación (necesidades, problemas, fuentes de información) y las posibles Estrategias de Solución. Planteó lo que puede lograr la comunicación, como ser: explicar metas y alcances del proyecto a ciudadanos y políticos; abordar posiciones diferentes y opuestas de un determinado proyecto; fortalecer el apoyo entre grupos con intereses y expectativas diferentes.

Para el éxito de la misma es necesario que los objetivos de comunicación sean razonables, que los enfoques definidos sean apropiados, que estén a cargo de personal capaz y que cuenten con financiamiento adecuado. Hay diversos enfoques como:

1. **Abogacía**, que es promover cambios en políticas, programas o legislación para crear o mantener un entorno que facilite practicas determinadas;
2. **Comunicación Interpersonal**,_que es el contacto directo con la audiencia objetivo de una intervención;
3. **Movilización comunitaria** que es el proceso participativo a través del cual una comunidad decide y actúa para modificar y mantener situaciones, políticas, recursos y practicas; utilización de
4. **Medios Masivos** para diseminar información destinada a influenciar a la población con ideas, actitudes y prácticas, mediante radio, TV, impresos.

Una vez logrado el diagnóstico, se

5. **analiza el problema**, es decir: la Audiencia-segmento/ perfil; programas y políticas existentes; organizaciones lideres y la capacidad de comunicación. Para este paso se utiliza la conocida estrategia FODA. El siguiente paso es

6. **identificar organizaciones líderes públicas y privadas** que cuenten con capacidad, compromiso, influencia, cobertura y permanencia necesarios para llevar a cabo el programa de comunicación.

A continuación se debe analizar la **capacidad de comunicación de las organizaciones líderes** en diseño de mensajes; manejo de comunicación interpersonal; manejo de medios masivos; manejo de medios alternativos y movilización social.

Luego se **sintetiza la información en un cuadro** que contenga las columnas Población; Objetivos; Enfoque y Actividades, para ordenar la información razonada, siendo este cuadro la base para el Plan de Acción en Comunicación.

Trabajo de grupos

Concluye la exposición de comunicación con la organización de cuatro grupos de trabajo, para:

1. Analizar los programas de sus países
2. Identificar: Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas
3. Presentación de los resultados del trabajo en grupo.

Presentación por grupos

Grupo 1: Costa Rica, Panamá, Belice, Uruguay y Puerto Rico

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Regidos por normas nacionales de país. • Buena comunicación entre ambas Instituciones. • Buen suministro de medicamentos antituberculosos en forma ininterrumpida y Personal apto para TAES. • Alta capacitación del personal de laboratorio que conoce y aplica correctamente los lineamientos básicos contenidos en las Normas Nacionales. (Belice no). • Presencia de una sola cárcel en el país donde los internos se encuentran en un espacio abierto, bien alimentados con tareas educativas y productivas y sin hacinamiento. (Belice) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de Recurso Humano. • Falta de capacitación. • Actualización de normas que incluya la coinfección. • Mejorar la calidad del diagnóstico. • Registro de la Vigilancia Epidemiológica.

<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de financiamiento externo (Fundación Damián, USAID, Fondo Global, Unión Europea y cooperación española, CDC). • Alianzas estratégicas, médicos sin fronteras, instituciones gubernamentales y ONG. • Formación de Fundación Pro Ayuda al Paciente TB. (Costa Rica). 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de financiamiento. • Cambios políticos constantes.
---	--

Grupo 2: Honduras, Republica Dominicana, Venezuela y Bolivia

<p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voluntad Política: expresada mediante la firma de convenios bilaterales y coordinaciones interinstitucionales e implementación de las estrategias por el Programa Nacional de Tuberculosis. 2. Se cuenta con un Programa de control de la Tuberculosis bien estructurado y normado, lo cual permite la implementación de esta estrategia a nivel operativo en los centros penitenciarios 3. Se cuenta con personal a nivel directivo, técnico profesional, administrativo y de seguridad, capacitado y sensibilizado de forma continua en el tema. 4. El tratamiento para los casos diagnosticados, es garantizado por el Programa Nacional de Tuberculosis de forma oportuna y gratuita 	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mala administración de los recursos económicos. 2. Alta rotación de personal directivo y técnico profesional, por la falta de motivación y bajos salarios, entre otros. 3. Insuficiencia de recursos humanos profesionales, para cubrir la demanda de atención y para llevar a cabo en programa. 4. Dificultad para realizar el diagnóstico temprano y oportuno, por la falta de una red adecuada de laboratorios y de los insumos necesarios.
<p>Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta financiamiento externo proveniente de organizaciones internacionales 2. Alianzas estratégicas con ONG, organizaciones de voluntarios y religiosas, que brindan ayuda con personal, capacitación, insumos y económica. 3. Incorporación de los privados de libertad en la solución del problema como promotores de salud. 	<p>Amenazas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retiro de las ayudas económicas externas. 2. Cambios políticos 3. Resistencia de grupos opositores por estigmatización y por intereses secundarios

Grupo 3: Argentina, Nicaragua, Guyana, Ecuador y Guatemala

<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación interinstitucional, con abogacía y poderes de decisión • Políticas claras y concretas • Clara visión del programa • Buena coordinación entre los programas • Capacitación en DOTS al personal de salud • Capacitación a promotores entre los internos, para monitoreo y promoción 	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitada oferta de servicios • Personal no capacitados • Falta de insumos disponibles (diagnostico). • Falta de presupuesto • Personal no estable • Salario del personal penitenciario muy bajo
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de autoridades • Decisión política de un programa específico de salud. • Direcciones de Salud Penitenciarias en manos civiles • Mandato claro de autoridades para ofrecer un determinado servicio • Apoyo de nuevos socios • Alianzas estratégicas • Fondos disponibles 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anarquía y violencia organizada dentro de los penales. • Trafico de Drogas • Corrupción intraprisiones

Grupo 4: Perú, El Salvador, México y Brasil

<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marco Legal de Política Interministerial en el Programa de TB en los Centros Penales. • Trabajo Interdisciplinario en los Programas de TB. • Disposición Política para hacer cumplir la normativa vigente del Programa de TB en los Centros Penales. • Disponibilidad de Recurso Humano para el Dx y Tratamiento de TB en los Centros Penales 	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay estructura de Salud definida dentro del Sistema Penitenciario. • Falta de Estrategias de Motivación por parte del personal de salud hacia los Centros Penales. • Actividades de Gestión. • Ausencia de políticas de salud integral en los centros penales. • Falta de cumplimiento en la operativización del programa. • Falta de articulación interprogramático • Mecanismos de información y comunicación inadecuados en el programa. • Alta movilidad o rotación del personal capacitado en el programa
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo internacional. • Reformas de salud. • Reformas penitenciarias. • Fortalecimiento de la participación social y la intersectorialidad. 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de sostenibilidad a los programas. • Falta de negociación entre la cooperación externa y las instituciones de gobierno en cuanto a la verdadera necesidad de país.

Conclusiones

1. Durante el evento los participantes debatieron los retos y oportunidades del control de la TB y de la TB/VIH, intercambiando experiencias y conocieron la nueva estrategia *Alto a la TB* de la OMS.
2. Se presentaron datos epidemiológicos de los países así como indicadores operativos de la situación de la TB en Centros Penales (CP), de acuerdo a una investigación realizada el 2004
3. Las exposiciones de la situación de control de la TB, en CP de los países asistentes al II^o taller en Lima en 2004, mostraron grandes avances en la aplicación de la estrategia DOTS/TAES. Países que han sido incorporados a esta III^{era} reunión presentaron planes iniciales de implementación de actividades de control de TB.
4. Todos los países participantes reconocen como actividad angular el potenciar el apoyo político para el control de la TB en CP, con incremento de la coordinación interinstitucional (Ministerios de Salud, PNT y sector penitenciario).
5. Durante las exposiciones de países, se evidencio que existe problemas en la obtención de la información TB en todo el sistema penal.
6. Se reconoce a la coinfección TB/VIH como un importante problema de salud pública en los CP, debiendo ser abordada conjuntamente entre ambos programas.
7. Se reconoce a las adiciones (alcoholismo, uso de drogas y tabaquismo), así como a las prácticas sexuales de riesgo, como actividades frecuentes en CP, constituyéndose en factores agravantes tanto para la epidemia de TB como de VIH.
8. Se ha identificado a la Comunicación Estratégica (ACMS) como una herramienta destinada a coadyuvar el control de la TB en los CP de los países y estos asumen la necesidad de incorporarla dentro sus planes.
9. Las experiencias presentadas mostraron que los avances en varios países se deben al incremento de recursos económicos provenientes de proyectos del Fondo Global, Cruz Roja, ONG, etc. Sin embargo, esta situación ha generado preocupación por la sostenibilidad de las acciones a largo plazo.
10. Los participantes elaboraron sus planes de trabajo en forma conjunta (Ministerio de Salud y Sistema Penitenciario) y garantizaron la ejecución de actividades destinadas a control de la TB, de acuerdo a los avances mostrados en la presente reunión.

Recomendaciones

1. Debe mantenerse el compromiso político de todas las instancias involucradas para mejorar el control de la TB en CP.
2. Debe sostenerse con calidad y expandirse la aplicación de la estrategia DOTS-TAES a todos los CP en cada país asistente a la III^{era} reunión.
3. Se debe mejorar la vigilancia del control de la TB en CP, analizando las tendencias de la búsqueda de casos, del seguimiento y resultados del tratamiento y del control de contactos, fortaleciendo los sistemas de información y la capacidad analítica de los equipos de salud de los CP.
4. Fortalecer la coordinación permanente intramural y extramural, para ofertar servicios equivalentes en ambos sectores, referente al control de la TB (seguimiento de normas nacionales, acceso a diagnósticos de calidad, tratamiento ininterrumpido y supervisado de la TB y control de contactos de acuerdo a normas).
5. Habiendo reconocido el grave problema que representa la coinfección TB/VIH, en los CP de la Región debe garantizarse, a todo paciente con TB, consejería y prueba voluntaria, gratuita VIH, así como ofertar el acceso a ART en casos VIH+. De igual manera, todo PVVS debe someterse a despistaje de TB, proveyéndole tratamiento o quimioprofilaxis TB, bajo normativas de la estrategia DOTS/TAES.
6. Los asistentes a la III^{era} reunión sugieren que OPS/OMS propongan a los comités de coordinación de los programas TB y VIH/SIDA existentes en los diferentes países de la Región el considerar a las PPL de los CP como prioridad en sus planes estratégicos.
7. El programa de control de la TB en CP debería introducir el debate para incorporar estrategias dirigidas a la orientación, prevención y rehabilitación de las toxicomanías y de prácticas sexuales de riesgo.
8. En la elaboración de planes de comunicación se recomienda a todos los países seguir la metodología científica presentada durante esta reunión.
9. Se debe considerar oportunidades como ser: apoyo internacional, reformas de Salud, reformas Judiciales, movimientos sociales para incorporar en las agendas políticas, el control de la TB en los CP.
10. Se recomienda el monitorear, evaluar y actualizar el plan de colaboración entre los PCT y del sector penitenciario, de acuerdo al estado de avance en la implementación del mismo.
11. Se recomienda aplicar los otros componentes de la estrategia *Alto a la TB* (TB/VIH; TB MDR; ACMS; incorporación de las PPL a las actividades de control de la TB y la investigación operativa).
12. El Programa Regional recomienda tanto a los PNT como al Sector Salud de las prisiones valoricen y reconozcan el trabajo del personal de salud de prisiones y los incorporen a todas las actividades técnicas, científicas y formativas de los PNT.

Anexo I: Lista de Participantes



III^{er} Taller Regional para el Control de TB en Centros Penitenciarios

(San Salvador, El Salvador. 27–28 abril 2006)

N°	Nombre completo	País	Correo electrónico
1	Juan José Cordero	República Dominicana	programatuberculosis@gmail.com
2	Virginia Alpizar Retana	Costa Rica	cecalderon@gmail.com
3	María del Carmen Bermúdez	Puerto Rico	mcbermudez@salud.gov.pr
4	Liliana Jiménez	Costa Rica	drajimenez@amnet.co.cr
5	José Walter Zapata	Honduras	<i>Teléfono:</i> (+504) 772-7143 (+504) 980-8184
6	José Romero	Perú	jgbest2002@yahoo.com
7	Mabel Rovira	Uruguay	mabelrovira@gmail.com
8	Andrés Burke Viale	Argentina	aburkeviale@yahoo.com.ar
9	Jeetendra Mohhalall	Guyana	jeet1001@gmail.com
10	Lissa de León Mazzitelli	Panamá	lissatwin@yahoo.com
11	Jacobo Ignacio Argüello	Honduras	progtb@yahoo.com
12	Enélida J. Guerra	Panamá	<i>Fax:</i> (+507) 212-9243, 212-9110
13	Gloria Elizabeth Cruz de Lazo	El Salvador	--
14	Zuly Beatriz Ovalle	Guatemala	zuly_ovalle@yahoo.com.ar
15	Martín Castellanos Joya	México	martinjoya@yahoo.com.mx
16	Luz Soraya Vega Zenteno	Bolivia	soraya_vegaz@yahoo.com

N°	Nombre completo	País	Correo electrónico
17	Ramiro Fuentes Berrios	Bolivia	ramirocarfb@hotmail.com
18	Santiago Rosero	Ecuador	sroser@dnrs.com.ec
19	Tania Bernal Schmelzer	Venezuela	tbernalsch@gmail.com
20	Cecilia Guandique de Fonseca	El Salvador	c_guandique@yahoo.com
21	Edwin Quiñonez	Guatemala	edfat22@yahoo.com
22	María Isabel Pérez	El Salvador	<i>Teléfono: (+503) 2250-0080</i>
23	Annelice Roa Howley	Rep. Dominicana	annroa02@hotmail.com
24	Enrique Echegaray	Bolivia	echegare@yahoo.com.ar
25	Pilar Ramón-Pardo	Estados Unidos	ramonpap@paho.org
26	Francisco Castillo	El Salvador	drfmcastillo@yahoo.com.mx
27	Joseney Santos	Brasil	joseneysantos@saude.gov.br
28	Lucía Kramer	Estados Unidos	lkramer@aed.org
29	Félix Herrera	México	bacilotb@hotmail.com
30	Rafael Vila Daquin	Nicaragua	rvila@migob.gob.ni
31	Magdalena Recinos	Guatemala	sidg@turbonet.com
32	José Luis Soleyer	El Salvador	jsoleyer@mspas.com.sv
33	Beatriz Yarza	El Salvador	beatriz.yarza@aeci.org.sv
34	María Cristina Ferrera	Brasil	cristina.ferrera@saude.gov.br
35	Miriam Benavides	Ecuador	miribenra@yahoo.com
36	Clara Freile	Ecuador	cfreile@care.org.ec
37	Ana Estela Parada	El Salvador	aeparada@gmail.com
38	Julio Armero Guardado	El Salvador	armeroju@els.ops.oms.org

N°	Nombre completo	País	Correo electrónico
39	Juan Carlos Millan	Perú	jcmillan@paho.org
40	Victor Mejia	Guatemala	vmmz@cdc.gov
41	Cesar Bonilla	Perú	cbonilla@minsa.gob.pe
42	Silvia Pérez Miret	AECI	silvia.perez@aeci.org.sv
43	Evelyn Castro	El Salvador	roxanac73@yahoo.com
44	Julio Garay Ramos	El Salvador	jgaray@mspas.gob
45	Rafael López Olarte	Ginebra	lopezolarter@who.int
46	Matías Villatoro	Brasil	matias@bra.ops_oms.org
47	Wendy Patricia Melara de Rodríguez	El Salvador	pmelara@mspas.gob.sv
48	Inez Mendez-Moguel	Belize	imendez37@yahoo.com
49	Virgilio J.Murillo	Belize	vir-mur@yahoo.com
50	Gerardo de Cosío	El Salvador	decosiog@els.ops-oms.org
51	Mirtha Del Granado	USA	desgrana@paho.org