

# INFORME SOBRE POBLACIONES CLAVE



# PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS

## Conceptos generales



# A

nivel mundial, las personas que consumen drogas (PWUD, por su sigla en inglés) siguen siendo estigmatizadas y criminalizadas, lo que contribuye a generar devastadoras disparidades en materia de salud, incluyendo tasas extremadamente altas de TB, a menudo combinada con el VIH y la hepatitis viral. La amplia variedad de estos problemas de salud y la predominante falta de servicios de sanidad integrados para reducir la TB, el VIH y servicios de reducción de daños en un solo lugar, contribuyen en gran medida al alcance de la crisis de la TB en comunidades de PWUD. Si bien los efectos de la epidemia de TB se sienten de manera más aguda en las comunidades de PWUD en Europa del Este y Asia Central, está surgiendo nueva evidencia desde el sur y el sudeste de Asia y desde el África subsahariana que sugiere que estos problemas han pasado a ser universales. En los países donde la epidemia de VIH se concentra entre PWUD, y donde las tasas de TB y de TB multirresistente (MDR-TB) son altas, los ejecutores de programas y los gobiernos deben tomar medidas inmediatas, trabajando junto con las redes globales y regionales de PWUD y los activistas de PWUD locales para idear soluciones que abandonen los enfoques punitivos al consumo de drogas y, en su lugar, ofrezcan resultados eficaces y eficientes. Los gobiernos de otros lugares donde las epidemias de TB entre las PWUD están apenas surgiendo, deberían aplicar las medidas necesarias para la participación de las comunidades de PWUD en todos los aspectos de la planificación de la intervención, la prestación de servicios y la evaluación del impacto. En esta guía se describen las cuestiones clave respecto al acceso a la prevención de la TB, el tratamiento y la atención de PWUD, y se proporcionan recomendaciones para la acción y la defensa para comunidades, gobiernos y donantes.

---

<sup>1</sup> Although the impacts of TB are best documented among people who inject drugs, because of the widespread criminalization and discrimination experienced by people who use drugs as a group, this guide is also relevant for those who are non-injectors.

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

El Plan Global Hacia el Fin de la TB describe los siguientes objetivos a ser alcanzados para el año 2020 o, a más tardar, para el año 2025. El Plan se refiere a las personas que son vulnerables, están marginadas o están en riesgo como “poblaciones clave” de TB y proporciona modelos de paquetes de inversión que permitirán a los diferentes países alcanzar los objetivos 90-(90)-90. El Plan también sugiere que todos los países:

Llegar al

**90%**

**DE TODAS LAS PERSONAS CON TB** y administrar a todos ellos un tratamiento apropiado, ya sea de primera línea, segunda línea y terapia preventiva, según sea necesario.

Llegar al

**(90)%**

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

Lograr que al menos el

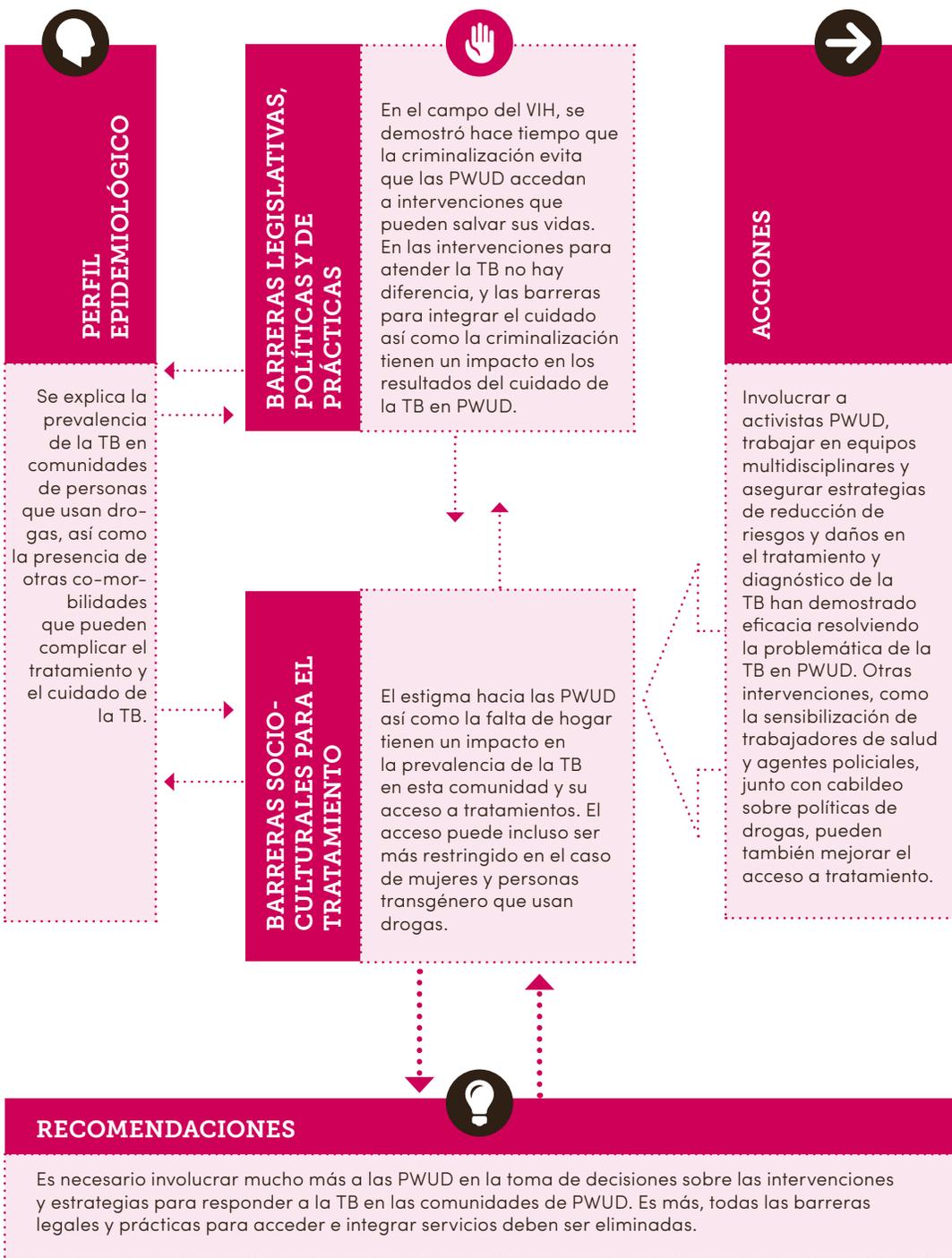
**90%**

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

- Identifiquen sus poblaciones clave a nivel nacional y subnacional de acuerdo a las estimaciones de los riesgos que enfrentan, tamaño de la población, barreras particulares para el acceso a la atención de la TB y desafíos relacionados con el género.
- Establezcan una meta operativa de alcanzar al menos el 90% de las personas en las poblaciones clave a través de un mejor acceso a los servicios, la detección sistemática donde sea necesaria con nuevos métodos de detección de casos y proporcionar un tratamiento eficaz y asequible a las personas que lo necesiten. Para las PWUD que viven con el VIH, el suministro de una terapia preventiva con isoniazida (TPI) es el método más eficaz para la prevención de la TB (1,2). La OMS recomienda que las personas que viven con el VIH (PLVIH, por su sigla en inglés) deben recibir por lo menos seis meses de TPI como parte de la atención del VIH. A pesar de esta recomendación, menos del 25% de las personas con VIH atendidas reciben este tratamiento (1).
- Informen sobre los avances con respecto a la TB utilizando datos desagregados por población clave, sin someter a la población respectiva a un escrutinio adicional, y aplicar intervenciones basadas en la evidencia y los derechos que también sean equitativas en cuestiones de género.
- Aseguren la participación activa de las poblaciones clave en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios y la prestación de atención de la TB en entornos seguros.

Esta Guía utiliza las recomendaciones anteriores para identificar y analizar riesgos, analizar estrategias para la mejora del acceso y poner de relieve oportunidades para la participación de las PWUD en todas las etapas de desarrollo de programas, prestación de servicios y evaluación.

## ¿Qué contiene esta guía?





# Perfil epidemiológico



Con independencia de su situación serológica, las PWUD tienden a tener mayores tasas de TB y una mayor prevalencia de la infección tuberculosa latente (ITBL) (3–5). El VIH aumenta la probabilidad de TB en las comunidades de PWUD, teniendo las personas que viven con VIH usuarias de drogas inyectables (UDI) una probabilidad de dos a seis veces mayor de desarrollar TB que las personas con VIH que no consumen (3,6,7). La imposibilidad de acceder al tratamiento de la TB de forma oportuna, combinada con la elevada prevalencia de la ITBL en las comunidades de PWUD, puede contribuir a la alta frecuencia y severidad de los brotes de TB y de MDR-TB en esta población (3). Las prácticas de riesgo en el consumo de drogas (tales como la inhalación de crack, cocaína y otras sustancias inhalables, y exhalación directamente de la boca de otra persona) y/o las circunstancias del entorno (tales como espacios reducidos y poco ventilados de inyección) también pueden contribuir a brotes de TB (3).

En 2013, 27 millones de personas en todo el mundo consumían drogas, y 12,2 millones de ellas se inyectaban (8). El mayor número de personas que se inyectan drogas se encuentra en el este y sudeste de Europa (8). La criminalización del consumo de drogas y los desafíos resultantes para acceder a material de inyección estéril, lleva a las PWUD a compartir agujas y jeringas, poniéndolas en mayor riesgo de contraer VIH y, a su vez, aumentando su vulnerabilidad a la TB. La criminalización también hace que todas las PWUD sean vulnerables a la TB debido a sus experiencias en entornos carcelarios y de custodia, en los cuales se cree que el riesgo de contraer TB es 23 veces mayor que para la población general (9). Las PWUD también son susceptibles a la hepatitis C y B (10). Esta combinación de disparidades sanitarias y múltiples barreras legales, logísticas y del sistema de salud para el tratamiento, perpe-

tuada por la criminalización y la estigmatización generalizada de las PWUD, hace que sea difícil hacer frente a la TB entre las PWUD. Entre las personas con TB que también consumen drogas, al menos una de cada tres tendrá el VIH y dos de cada tres tendrán anticuerpos de la hepatitis C (VHC), haciendo que la integración y coordinación de servicios sea crucial para el éxito del tratamiento (11,12). Los impactos de las epidemias combinadas del VIH y la TB en las comunidades de PWUD son especialmente notables en Europa del este y Asia central. En estas regiones, la terapia de sustitución de opiáceos (TSO) – una intervención recomendada por OMS/ONUSIDA/ONUDD para el apoyo y el cumplimiento del tratamiento contra el VIH y/o la TB – todavía no está ampliamente disponible; por otro lado, los casos de VIH entre las PWUD siguen aumentando y las tasas de MDR-TB se encuentran entre las más altas del mundo (13). Están surgiendo pruebas de que situaciones similares podrían estar afectando a PWUD en otras regiones (14,15).



## Barreras en leyes, políticas y prácticas

### Criminalización y no respeto de los derechos fundamentales de las personas que consumen drogas

Los factores del entorno, y en especial, las leyes y políticas, tienen un profundo impacto en los comportamientos en pro de una vida saludable entre las poblaciones vulnerables (16,17). Al analizar las barreras para el diagnóstico y tratamiento de la TB entre las PWUD, el tema de la criminalización debería ser prioritario. A pesar de las recomendaciones de varios organismos internacionales (entre ellas OMS, PNUD, ONUSIDA, ACNUR, y ONU Mujeres) pidiendo una revisión de las políticas punitivas sobre las drogas con el fin de revertir su impacto negativo en la salud, los derechos humanos y el desarrollo (17-23), los países siguen instituyendo castigos severos para las PWUD y llevan a juicio la posesión de drogas para uso personal. Un documento del año 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) propuso la descriminalización de la tenencia de drogas para consumo personal; sin embargo, la propuesta fue retirada por el organismo debido a la presión de los países miembros de la ONU (24), demostrando una vez más los desafíos en romper el statu quo de las políticas punitivas contra las drogas.

Además de encarcelar a una cantidad desproporcionada de PWUD en todo el mundo, exponiendo a esta población a un mayor riesgo de VIH, VHC y TB o MDR-TB y a retrasos e interrupciones en el tratamiento, las políticas punitivas contra las drogas y la criminalización también conducen al no respeto de los derechos humanos de las PWUD, al acoso y violencia generalizados por parte de la policía y al refuerzo del estigma social (17,18). Tanto en calabozos de la policía como en entornos sanitarios, la criminalización se traduce en discriminación contra las PWUD, negación de atención y tratamiento y otras prácticas que pueden ser caracterizadas como crueles, inhumanas y degradantes, tales como el uso de la abstinencia durante los interrogatorios o la detención previa al juicio (25). Estas prácticas son ampliamente toleradas e incluso cuentan con el apoyo de los gobiernos, los sistemas de salud y la sociedad en general, ya que a menudo las PWUD son consideradas seres humanos inferiores (17). Sin embargo, enfrentar cualquier disparidad en materia de salud, incluyendo la muy altamente contagiosa aunque manejable TB, no es posible sin la participación de las comunidades de PWUD y reconociendo sus derechos fundamentales a la salud, la dignidad y la vida. Reconocer que las PWUD como individuos y que como grupo cuentan con la capacidad para hacerse cargo de su propia salud, proporcionándoles al mismo tiempo el acceso a los servicios y el apoyo necesarios, es el único camino a seguir para contener la TB en esta población.

## Restricciones a la prestación de un tratamiento integrado y falta o denegación del mismo

La investigación y la práctica han arrojado luz sobre los numerosos desafíos existentes para el diagnóstico y tratamiento exitoso de la TB en las PWUD. En concreto, la falta de seguimiento de los exámenes médicos y de referencias (26–29) y el insuficiente cumplimiento del tratamiento (28,30,31) han sido citados frecuentemente como los principales obstáculos. Sin embargo, la raíz del problema, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la TB en las PWUD, está en la falta de integración entre los distintos servicios médicos y de salud pública que deberían estar disponibles para ellos o la negativa a proporcionar dichos servicios.

Debido a que las PWUD con TB también suelen padecer otras enfermedades, incluyendo el VIH y la VHC, es esencial que la prestación de servicios de salud para las PWUD se produzca en un solo lugar (12,32). Sin embargo, existen múltiples restricciones en la integración de los servicios. Por ejemplo, la TSO, considerada el criterio de oro para tratar a las PWUD con TB y/o que viven con el VIH (12), es básicamente imposible de conseguir en los centros de tratamiento del VIH y de la TB (33,34), ya que en este tipo de centros está restringida la prescripción de sustancias estupefacientes. Los centros de salud que ofrecen atención para la TB y el VIH pueden estar geográficamente desconectados y no cooperar cuando se deben ocupar de tratar a pacientes que requieren intervenciones múltiples

(11,33–36). Además, los enfoques de tratamiento de la TB que requieren hospitalizaciones prolongadas todavía se practican en algunas regiones del mundo; sin acceso a la TSO en estos hospitales, y sujetas a un mal control de la infección y a personal insensible, las PWUD son dejadas a su propia suerte, a menudo abandonando su tratamiento tan mal gestionado (34,35). Del mismo modo, los programas de reducción de daños que tienen mayor alcance y están más estrechamente alineados con las comunidades de PWUD (incluso a veces ejecutados por éstas), no pueden implementar pruebas y tratamientos para la TB a menos que estén afiliados a los centros médicos y de salud. Aunque se han hecho algunos progresos en los esfuerzos para integrar los servicios para el VIH, la TB, la reducción de daños, el tratamiento contra las drogas y el VHC para las PWUD, este tipo de intervenciones rara vez ha sido sistemático. A pesar de que la OMS emitió directrices específicas sobre la prestación de servicios colaborativos referidos al VIH y la TB para las PWUD en 2008 (12), queda mucho trabajo por hacer. Es necesaria una revisión inmediata de las políticas y prácticas que impiden el acceso de las PWUD a los servicios de diagnóstico y tratamiento de la TB que salvan vidas. Además, dadas las oportunidades disponibles para el tratamiento dentro de la comunidad y en el hogar, los tratamientos de la TB que promueven el confinamiento a largo plazo y la detención involuntaria, especialmente inadecuados para las PWUD activas, ya no son aceptables (37–39).

# Barreras socioculturales para el tratamiento



## Estigma y violaciones de derechos en centros de salud

El estigma contra las PWUD ha sido bien documentado. Las investigaciones han demostrado el impacto de este estigma en el retraso en el acceso al tratamiento del VIH e incluso su denegación a las PWUD (34,40,41). Los médicos en entornos con recursos limitados a menudo citan la falta de cumplimiento de los tratamientos por parte de las PWUD al decidir si iniciar o no dichos tratamientos con medicamentos antirretrovirales caros. El inicio tardío de la terapia antirretroviral (TAR) conduce a un riesgo excesivo de TB en las PWUD que viven con el VIH. Por otra parte, las PWUD que viven con el VIH y la TB y que están intentando iniciar la TAR, pueden verse obligadas primero a someterse a un tratamiento para la TB o a una desintoxicación (34). Este requisito crea un pésimo ciclo de atención sanitaria que, en última instancia, demuestra un tremendo desprecio por la vida humana. Las PWUD que no viven con el VIH se enfrentan a problemas similares, ya que las instituciones médicas y el personal de sanidad tienen pocos incentivos para asegurar el cumplimiento de prolongados regímenes de tratamiento de la TB por parte de pacientes integrantes de poblaciones de PWUD. La apatía de los prestadores de servicios sanitarios hacia las PWUD fue observada en los países desarrollados a mediados de la década de 1990, cuando las cuestiones de VIH y TB prevalecían en esta población (42,43); tales actitudes son ahora comunes en otros lugares (40). La denegación o el retraso en el tratamiento y la atención para las PWUD tanto en lo que se refiere al VIH como a la TB, facilitado por las instituciones médicas, deberán ser detenidos de inmediato, al igual que la creencia entre los prestadores de servicios de que la TB y el consumo de sustancias son demasiado difíciles de manejar en conjunto (31). Esto puede ser contrarrestado por las prácticas exitosas conocidas para el tratamiento de la TB entre las PWUD.

## Falta de conocimientos/confusión en los mensajes de prevención

Existe cierta evidencia de que, a pesar de ser conscientes de su situación de mayor riesgo en cuanto a la TB (44), la comprensión de que el VIH aumenta el riesgo de contraer TB (45) y darse cuenta de que la TB es tratable (45,46), las PWUD son menos conscientes del hecho de que la TB se transmite al toser (44,47) o que las personas pueden volverse resistentes a los medicamentos para la TB (44). Esta falta de una plena comprensión de los riesgos de la TB y la confusión en los mensajes de prevención (por ejemplo, en un estudio, las PWUD pensaron que la TB podía ser prevenida limpiando con lejía sus materiales de inyección o mediante el uso de condones (47)) puede dar lugar a retrasos en la búsqueda de atención.

## Género

Aunque más hombres que mujeres enferman de TB, las mujeres pueden encontrarse con más barreras específicas de género que les impidan el acceso a tratamiento y atención. Las mujeres que usan drogas se enfrentan a desafíos adicionales para acceder tanto a servicios específicos para las PWUD, tales como la reducción de daños, como a la atención sanitaria en general. Esto puede ser debido al estigma y a la discriminación adicional sufridos por ellas, así como a la falta de consideración en cuanto a sus necesidades específicas en el diseño de los servicios (48,49). En el ámbito de la TB, las mujeres tienen que hacer frente a un acceso reducido al diagnóstico y tratamiento de la TB. Por lo tanto, es importante desarrollar estrategias específicas para hacer frente a la TB y a la potencial coinfección de TB y VIH entre las mujeres de las comunidades de PWUD.



## Carencia de vivienda, pobreza, temor a la policía y encarcelamiento

Las altas tasas de falta de vivienda y/o las condiciones de vida y económicas inestables (17,50) son comunes entre las PWUD. Estos factores hacen que las PWUD sean más susceptibles a la TB y vulnerables al acoso policial, lo que puede resultar en encarcelamiento y, por lo tanto, en riesgo adicional de sufrir de TB en la cárcel. El miedo a la policía entre las PWUD ha sido asociado con comportamientos de riesgo en el VIH y el evitar la búsqueda de atención sanitaria, ya que perciben que cualquier tipo de interacción con los sistemas formales de servicios sociales y de salud implica el riesgo potencial de la interacción con la policía y el arresto (16,51). Los representantes de las fuerzas del orden público podrían apuntar a las PWUD por diversas razones; incluso en aquellos lugares en los cuales no se penaliza la posesión de drogas para uso personal, la posesión de jeringas o la entrada ilegal a una propiedad y merodear podrían ser causa de arresto. Tales políticas y prácticas suponen un obstáculo para que las PWUD puedan acceder a servicios de salud y a otros servicios. En consecuencia, es imprescindible trabajar con los miembros de las fuerzas del orden público con el fin de sensibilizarlos acerca de los impactos de sus acciones en la salud pública y transformarlos en agentes de un cambio positivo. Se han obtenido resultados positivos cuando las organizaciones de la sociedad civil y las autoridades de salud pública han trabajado junto con la policía en la prevención del VIH en ciertos lugares (52–55).

## Retraso en la búsqueda de tratamiento y desnutrición

Mientras que el estigma junto con la serie de otros factores descritos anteriormente tienen un rol en el retraso en la búsqueda de tratamiento entre las PWUD, la evidencia sugiere que los opiáceos, actuando como supresores de la tos, hacen que sea difícil que los pacientes de comunidades de PWUD y de TSO puedan reconocer los síntomas de la TB (3,15). Las personas que consumen drogas de calidad farmacéutica que contienen opiáceos también podrían ser susceptibles a este retraso en el autodiagnóstico y la búsqueda de tratamiento. Los consumidores de inhalantes también corren un mayor riesgo de TB; sin embargo, debido a que se enfrentan a una serie de otras afecciones respiratorias tales como bronquitis, asma, etc. (56), podrían no identificar fácilmente la necesidad de ser tratadas por TB. Estas demoras, por supuesto, pueden llevar a aumentar las tasas de transmisión de la TB dentro de las comunidades de PWUD, a una TB más grave y a un aumento de la mortalidad (57–59). Por lo tanto, la educación en las comunidades de PWUD y la atención extra por parte de los médicos de la TSO pueden ayudar a acortar estos retrasos. Además de los retrasos en la búsqueda de tratamiento, la desnutrición asociada con el consumo de drogas (60), pero frecuentemente no abordada en las intervenciones para las PWUD, podría servir como elemento disuasorio tanto para el cumplimiento del tratamiento de la TB como para su eficacia. Por lo tanto, deben realizarse las provisiones necesarias para asegurar que las PWUD reciban una nutrición adecuada durante el tratamiento.

## Dificultad en la adhesión al tratamiento y el tratamiento preventivo de la ITBL

Debido a estos múltiples desafíos para acceder a la atención, las PWUD generalmente tienen tasas más bajas de cumplimiento del tratamiento de la TB que las poblaciones que no usan drogas. El tratamiento de la infección latente con TPI mediante técnicas que utilizan tratamientos de observación directa y de apoyo ha demostrado ser eficaz entre las PWUD y en reducir la transmisión en las comunidades de PWUD.



## Acciones

### Participación de las comunidades PWUD

En los países en los cuales se han probado enfoques exitosos para la integración de la atención a la TB a la programación de la prevención y el tratamiento del VIH para las PWUD, las comunidades de PWUD han participado en el proceso de toma de decisiones en relación con el diseño, ejecución y evaluación de la programación. Las siguientes intervenciones han tenido éxito en la utilización de la energía y la participación de las comunidades de PWUD en la prestación de atención para la TB:

- promoción de dosis de TSO para llevar a casa que se pueden entregar a las PWUD que reciben tratamiento contra la TB en sus casas o en centros de hospitalización a largo plazo para pacientes con TB (61);
- tratamiento de la TB con apoyo al paciente y TAR en los centros de reducción de daños y programas de extensión con base en las calles (33);
- PWUD trabajando junto a los médicos para recoger muestras de esputo en los lugares donde es probable que las PWUD se reúnan (39).

Estos ejemplos demuestran que, con el fin de desarrollar las soluciones más eficaces para la prevención de la TB, el diagnóstico, la administración del tratamiento y la atención, y para lograr los resultados deseados, las comunidades de PWUD deben estar involucradas.

### Participación de equipos multidisciplinarios para proporcionar una gestión eficaz de los casos

Los equipos multidisciplinarios que incluyan personas que trabajan en la reducción de daños (por lo general representados por la comunidad de PWUD) y médicos y trabajadores sociales para la TB, el tratamiento contra las drogas y el VIH, tienen mucho éxito en lograr la participación de las PWUD en el tratamiento contra la TB, las drogas y VIH (33). Las intervenciones que constituyan una gestión eficaz de casos no tienen por qué ser excesivas o caras, pero requieren la estrecha colaboración y coordinación entre todas las partes involucradas. Además, el advenimiento de la salud móvil (mHealth) podría hacer que estas intervenciones requieran menos tiempo, sean más eficaces y puedan ser dirigidas con mayor facilidad a las personas que más luchan por lograr el cumplimiento. La gestión de casos con la utilización de intervenciones de salud móvil puede ayudar a que las PWUD cumplan con la TAR para el VIH (62,63). Las intervenciones de salud móvil también han demostrado tener resultados positivos en el aumento del cumplimiento del tratamiento de la TB (64). Además, las intervenciones de salud móvil pueden ayudar a ahorrar costes. La participación de pares y el apoyo y asesoramiento de pares son también cruciales para el éxito de los resultados en el tratamiento de la TB entre las PWUD. Sin embargo, es importante que el trabajo de extensión entre pares y el trabajo de consejeros incluyan claramente las modalidades de prevención de la TB con el fin de que las personas involucradas se protejan de otros riesgos.



### Aplicación de los principios de reducción de daños al tratamiento y control de la TB

El modelo de reducción de daños se centra en el cliente y funciona en base al principio de la prestación de servicios en donde se necesitan, es decir, encontrarse con las PWUD en donde estén. Aunque algunas PWUD pueden estar dispuestas a aceptar la idea de un tratamiento de sustitución durante el período de iniciación del tratamiento de la TB, otras pueden no estarlo. Mientras que algunas PWUD puede que asistan a las reuniones del grupo de pares y los programas de intercambio de agujas en los que también pueden recibir un tratamiento diario para la TB y/o el VIH, otras no lo harán por una variedad de razones. Por lo tanto, es fundamental desarrollar intervenciones que permitan hacer participar a las PWUD de una manera que sea muy eficaz. La experiencia mundial ha demostrado que las intervenciones que hacen participar a las PWUD a través de los programas de extensión con base en las calles, o a través de los centros comunitarios, son las más eficaces para facilitar el cumplimiento de

los tratamientos (39,65–67). Otras intervenciones que han incluido la concesión de pequeños incentivos financieros y de apoyo nutricional también han demostrado ser exitosas (68).

### Capacitación y sensibilización de las fuerzas del orden público y los trabajadores de sanidad

La violencia y el acoso que las PWUD experimentan al interactuar con los representantes de las fuerzas del orden público hacen que en gran medida las PWUD no participen en acciones para su salud (17,69). Sensibilizar a la policía en lo referente a la programación de la prevención del VIH y la reducción de los daños ha sido una estrategia eficaz para hacer participar a los organismos de las fuerzas del orden en la ampliación del acceso a los servicios de prevención del VIH (52,54,69). Un trabajo adicional con la policía para hacer frente a los desafíos del acceso a los servicios para la TB en este grupo podría lograr resultados igualmente positivos.



# Recomendaciones



Aunque estas recomendaciones proporcionan un esquema de actuación para una amplia gama de actores clave involucrados, otros, incluyendo las agencias de la ONU y los colectivos de empleados de sanidad a nivel local y global, deberían tomar nota y evaluar su potencial para ser utilizados en la mejora de la prevención, el tratamiento y la atención en materia de TB para las personas que consumen drogas.

Sociedad civil	Redes de PWUD	Gobiernos	Donantes
Promover la participación de la comunidad y de las PWUD en la planificación nacional, regional y local de programas contra la TB; abogar por la integración de servicios.	Interactuar con los organismos de control y prevención del VIH, la TB y las drogas a nivel local y nacional con el fin de planificar las mejores intervenciones y estrategias para aumentar el acceso de las PWUD a la prevención, tratamiento y atención de la TB.	Asegurarse de que los organismos de control y prevención del VIH, la TB y las drogas a nivel local y nacional a) trabajen en colaboración con las comunidades de PWUD para diseñar intervenciones, y b) trabajen conjuntamente en el diseño y la implementación de intervenciones contra la TB para PWUD.	Financiar y promover intervenciones que requieren la integración de servicios para PWUD, así como nuevas tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento e intervenciones innovadoras para la prestación de servicios, el cumplimiento y la finalización del tratamiento.
Trabajar con activistas de la comunidad de PWUD para ampliar el conocimiento sobre la TB entre las PWUD;	Asegurar el conocimiento ampliado de la transmisión y el riesgo de TB entre las comunidades de PWUD; buscar soluciones sencillas para la prevención y control de la TB en los lugares en donde se reúnen las PWUD (por ejemplo, ventanas abiertas, ventilación adecuada, evitar el hacinamiento, recordatorios de cubrirse la boca al toser y lavarse las manos).	Eliminar las barreras prácticas para la atención integral de las PWUD ampliando el acceso a la TSO en la atención a la TB y trabajar con servicios de reducción de daños para integrar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la TB a su tarea.	Financiar la colaboración con la sociedad civil y las redes de PWUD y representantes del gobierno; distribuir información acerca del conocimiento y campañas de sensibilización eficaces sobre la TB.



Sociedad civil	Redes de PWUD	Gobiernos	Donantes
Abogar por la eliminación de las barreras legales que niegan el acceso a las PWUD a la prevención, tratamiento y atención de la TB.	Documentar el impacto de la TB en las comunidades de PWUD, incluidas las barreras legales, la denegación de atención y la falta de integración de la atención; abogar por la eliminación de las barreras legales.	Eliminar las barreras legales para la atención integral de las PWUD; cesar la persecución de las PWUD por delitos menores con el fin de ampliar el acceso a la asistencia sanitaria.	Promover y financiar intervenciones que ofrezcan soluciones prácticas y legales para eliminar las barreras a la atención integral; promover intervenciones rentables que aporten el máximo cambio.
Abogar contra el estigma y aumentar la conciencia sobre los peligros de la estigmatización y el enjuiciamiento de las PWUD entre los profesionales de la salud y los funcionarios de las fuerzas del orden público.	Promover la educación del personal de sanidad y llevar a cabo capacitaciones a nivel local y nacional con el fin de avanzar en enfoques libres de estigmas y sensibles para lograr la participación eficaz de las PWUD en el tratamiento y atención de la TB.	Responder a las recomendaciones de las comunidades de PWUD; abordar las barreras legales al tratamiento y la atención de la TB para las PWUD; apoyar la capacitación de los profesionales de la salud para trabajar con las PWUD.	Financiar la participación de las redes de PWUD a nivel global, regional y nacional con el fin de crear conciencia sobre las violaciones en la atención sanitaria a la TB y promover el respeto de la dignidad humana y la vida en las intervenciones apoyadas.
	Abogar por una formación de los funcionarios de las fuerzas del orden público que informe a la policía sobre los riesgos de la TB entre las PWUD.	Crear políticas que faciliten la sensibilización y la colaboración de la policía en el acceso a servicios de salud pública para las PWUD.	Apoyar programas que promuevan que los funcionarios de las fuerzas del orden apoyen las intervenciones de la salud pública para las PWUD en lugar de interrumpirlas.

# Referencias

1. The three I's for TB/HIV: isoniazid preventive therapy (IPT). Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/hiv/topics/tb/3is\\_ipt/en/](http://www.who.int/hiv/topics/tb/3is_ipt/en/), revisado el 18 de Febrero de 2016).
2. van Halsema CL, Fielding KL, Chihota VN, Russell EC, Lewis JJ, Churchyard GJ, et al. Tuberculosis outcomes and drug susceptibility in individuals exposed to isoniazid preventive therapy in a high HIV prevalence setting. *AIDS*. 2010;24(7):1051–5.
3. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and drug use: review and update. *Clin Infect Dis*. 2009;48(1) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110742/>, revisado el 12 de Octubre de 2015).
4. Markowitz N, Hansen NI, Wilcosky TC, Hopewell PC, Glassroth J, Kvale PA, et al. Tuberculin and anergy testing in HIV-seropositive and HIV-seronegative persons. Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. *Ann Intern Med*. 1993;119(3):185–93.
5. Mathur ML, Chaudhary RC. Increased risk of tuberculosis in opium addicts. *Indian J Med Sci*. 1996;50(10):365–7.
6. Friedland G. Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55 Suppl 1:S37–42.
7. Taarnhøj GA, Engsig FN, Ravn P, Johansen IS, Larsen CS, Røge B, et al. Incidence, risk factors and mortality of tuberculosis in Danish HIV patients 1995–2007. *BMC Pulm Med*. 2011;11:26.
8. World drug report 2015: use of drugs. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015 ([http://public.tableau.com/views/WDR2015-Useofdrugs/Preview?:embed=y&:showVizHome=no&:host\\_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate\\_transition=yes&:display\\_static\\_image=yes&:display\\_spinner=yes&:display\\_overlay=yes&:display\\_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0](http://public.tableau.com/views/WDR2015-Useofdrugs/Preview?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=yes&:display_spinner=yes&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0), revisado el 30 de Octubre de 2015).
9. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggjato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med*. 2010;7(12):e1000381.
10. Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health*. 1996;86(5):655–61.
11. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):345–53.
12. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321185/>, revisado el 15 de Octubre de 2015).
13. Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129(3):180–209.
14. Stone KA. Reviewing harm reduction for people who inject drugs in Asia: the necessity for growth. *Harm Reduct J*. 2015;12(1):32.
15. Smart T. TB-HIV news from the 44th Union World Conference on Lung Health. HIV & AIDS Treatment in Practice. 2014;208 (<http://www.aidsmap.com/TB-HIV-news-from-the-44th-Union-World-Conference-on-Lung-Health/page/2831777>, revisado el 15 de Octubre de 2015).
16. Burreis S, Blankenship KM, Donoghoe M, Sherman S, Vernick JS, Case P, et al. Addressing the “risk environment” for injection drug users: the mysterious case of the missing cop. *Milbank Q*. 2004;82(1):125–56.
17. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights and health. New York: United Nations Development Programme; 2012 (<http://www.hivlaw-commission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>, revisado el 13 de Octubre de 2015).
18. Taking control: pathways to drug policies that work. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy; 2014 (<http://www.gcdpsummary2014.com/>, revisado el 16 de Octubre de 2015).
19. Addressing the development dimensions of drug policy. New York: United Nations Development Programme; 2015 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>, revisado el 17 de Octubre de 2015).
20. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>, revisado el 13 de Octubre de 2015).
21. A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes: UN Women policy brief. UN Task Force on Transnational Organized Crime and Drug Trafficking as Threats to Security and Stability; 2014 ([https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender\\_and\\_Drugs\\_-\\_UN\\_Women\\_Policy\\_Brief.pdf](https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf), revisado el 18 de Febrero de 2016).
22. A public health and rights approach to drugs. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2803\\_drugs](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2803_drugs), revisado el 18 de Febrero de 2016).
23. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). United Nations High Commissioner for Human Rights urges governments to support decriminalisation and harm reduction. International Drug Policy Consortium. 23 October 2015. (<http://idpc.net/alerts/2015/10/united-nations-high-commissioner-for-human-rights-exhorts-governments-to-support-decriminalisation-and-harm-reduction>, revisado el 18 de Octubre de 2016).

24. Easton M. UN attempt to decriminalise drugs foiled. BBC News. 19 de Octubre de 2015 (<http://www.bbc.com/news/uk-34571609>, revisado el 30 de Octubre de 2015).
25. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations Human Rights Council; 2013 (<http://www.refworld.org/docid/51136ae62.html>, revisado el 17 de Octubre de 2015).
26. Rusen ID, Yuan L, Millson ME. Prevalence of Mycobacterium tuberculosis infection among injection drug users in Toronto. *Can Med Assoc J*. 1999;160(6):799–802.
27. Brassard P, Bruneau J, Schwartzman K, Sénécal M, Menzies D. Yield of tuberculin screening among injection drug users. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004;8(8):988–93.
28. Pilote L, Tulsy JP, Zolopa AR, Hahn JA, Schecter GF, Moss AR. Tuberculosis prophylaxis in the homeless: a trial to improve adherence to referral. *Arch Intern Med*. 1996;156(2):161–5.
29. Story A, Murad S, Roberts W, Verheyen M, Hayward AC, London Tuberculosis Nurses Network. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax*. 2007;62(8):667–71.
30. Pablos-Méndez A, Knirsch CA, Barr RG, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. *Am J Med*. 1997;102(2):164–70.
31. Gelmanova IY, Keshavjee S, Golubchikova VT, Berezina VI, Strelis AK, Yanova GV, et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):649–732 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038331/en/>, revisado el 15 de Octubre de 2015).
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep*. 2012;61(RR-5):1–40.
33. Smart T. Collaborative TB and HIV services for drug users. *HIV & AIDS Treatment in Practice*. 2010;159 (<http://www.aidsmap.com/Collaborative-TB-and-HIV-services-for-drug-users/page/1411949>, revisado el 17 de Octubre de 2015).
34. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010;376(9738):355–66.
35. Delivery of effective tuberculosis treatment to drug dependent HIV-positive patients. Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice; 2011 (<http://en.rylkov-fond.org/blog/tbr/effective-tb-treatment/>, revisado el 17 de Octubre de 2015).
36. Drug use and tuberculosis. Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) (<http://www.harm-reduction.org/issues/drug-use-and-tuberculosis>, revisado el 17 de Octubre de 2015).
37. WHO Guidance on human rights and involuntary detention for xdr-tb control. Geneva: World Health Organization; 2007 ([http://www.who.int/tb/features\\_archive/involuntary\\_treatment/en/](http://www.who.int/tb/features_archive/involuntary_treatment/en/), revisado el 18 de Febrero de 2016).
38. Todrys KW, Howe E, Amon JJ. Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. *Public Health Action*. 2013;3(1):7–10.
39. Keshavjee S, Yedilbayev A, Sweeney C. The Sputnik initiative: patient-centered accompaniment for tuberculosis in Russia. Boston: Partners in Health; 2014 (<http://www.pih.org/library/the-sputnik-initiative-patient-centered-accompaniment-for-tuberculosis-in-r>, revisado el 30 de Octubre de 2015).
40. Beyrer C, Kazatchkine M. HIV response "at turning point". BBC News. 29 de Noviembre de 2013 (<http://www.bbc.com/news/health-25118975>, revisado el 17 de Octubre de 2015).
41. Rhetoric and risk. New York: Human Rights Watch; 2006 (<https://www.hrw.org/report/2006/03/01/rhetoric-and-risk/human-rights-abuses-impeding-ukraines-fight-against-hiv/aids>, revisado el 17 de Octubre de 2015).
42. Curtis R, Friedman SR, Neaigus A, Jose B, Goldstein M, Des Jarlais DC. Implications of directly observed therapy in tuberculosis control measures among IDUs. *Public Health Rep*. 1994;109(3):319–27.
43. Edlin BR, Kresina TF, Raymond DB, Carden MR, Gourevitch MN, Rich JD, et al. Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clin Infect Dis*. 2005;40(Suppl 5):S276–85.
44. Nyamathi A, Sands H, Pattatucci-Aragón A, Berg J, Leake B. Tuberculosis knowledge, perceived risk and risk behaviors among homeless adults: effect of ethnicity and injection drug use. *J Community Health*. 2004;29(6):483–97.
45. Wolfe H, Marmor M, Maslansky R, Nichols S, Simberkoff M, Des Jarlais D, et al. Tuberculosis knowledge among New York City injection drug users. *Am J Public Health*. 1995;85(7):985–8.
46. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Perkins MP, Ziluck V, Jarlais DC, et al. Knowledge of tuberculosis among drug users: relationship to return rates for tuberculosis screening at a syringe exchange. *J Subst Abuse Treat*. 1999;16(3):229–35.
47. Durante AJ, Selwyn PA, O'Connor PG. Risk factors for and knowledge of Mycobacterium tuberculosis infection among drug users in substance abuse treatment. *Addiction*. 1998;93(9):1393–401.

48. Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2014.
49. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction, and HIV. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute; 2007 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/women-harm-reduction-and-hiv-0>, revisado el 30 de Octubre de 2015).
50. Topp L, Iversen J, Baldry E, Maher L. Collaboration of Australian NSPs. Housing instability among people who inject drugs: results from the Australian needle and syringe program survey. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* 2013;90(4):699–716.
51. Maher L, Dixon D. Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. *Br J Criminol.* 1999;39(4):488–512.
52. Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. *Am J Public Health.* 2011;101(11):2012–5.
53. Patil S. What do police have to do with HIV prevention? *Open Society Voices.* 18 de Julio 2014 (<http://www.opensocietyfoundations.org/voices/how-police-can-arrest-spread-hiv>, revisado el 15 de Noviembre de 2015).
54. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132:S48–52.
55. Beletsky L, Cochrane J, Sawyer AL, Serio-Chapman C, Smelyanskaya M, Han J, et al. Police encounters among needle exchange clients in Baltimore: drug law enforcement as a structural determinant of health. *Am J Public Health.* 2015;105(9):1872–9.
56. Howard MO, Bowen SE, Garland EL, Perron BE, Vaughn MG. Inhalant use and inhalant use disorders in the United States. *Addict Sci Clin Pract.* 2011;6(1):18–31.
57. Tuberculosis fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>, revisado el 15 de Octubre de 2015).
58. Golub JE, Bur S, Cronin WA, Gange S, Baruch N, Comstock GW, et al. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(1):24–30.
59. Virenfeldt J, Rudolf F, Camara C, Furtado A, Gomes V, Aaby P, et al. Treatment delay affects clinical severity of tuberculosis: a longitudinal cohort study. *BMJ Open.* 2014;4(6):e004818.
60. Ross LJ, Wilson M, Banks M, Rezannah F, Daglish M. Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. *Nutrition.* 2012;28(7–8):738–43.
61. Maria Golovanevskaya LV. In control?: Ukrainian opiate substitution treatment patients strive for a voice in their treatment. *Subst Use Amp Misuse.* 2012;47(5):511–21.
62. Ingersoll K, Dillingham R, Reynolds G, Hettema J, Freeman J, Hosseinbor S, et al. Development of a personalized bidirectional text messaging tool for HIV adherence assessment and intervention among substance abusers. *J Subst Abuse Treat.* 2014;46(1) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818515/>, revisado el 23 de Noviembre de 2015).
63. Montoya JL, Georges S, Poquette A, Depp CA, Atkinson JH, Moore DJ, et al. Refining a personalized mHealth intervention to promote medication adherence among HIV+ methamphetamine users. *AIDS Care.* 2014;26(12):1477–81.
64. Bakshi A, Li J, Ray P, Narasimhan P, Bakshi K. Delivery of multilingual mHealth service for control of TB/HIV in developing countries. In: 2012 45th Hawaii International Conference on System Science (HICSS); 2012:925–31.
65. IHRC Regional Track: Workshop on integrated harm reduction services for PUD. Eurasian Harm Reduction Network (EHRN); 2013 (<http://www.harm-reduction.org/blog/regional-workshop-tb>, revisado el 30 de Octubre de 2015).
66. The new profile of drug-resistant tuberculosis in Russia: a global and local perspective: summary of a joint workshop. Washington, DC: National Academies Press; 2011 (<http://www.nap.edu/catalog/13033>, revisado el 30 de Octubre de 2015).
67. USAID dialogue on HIV and Tuberculosis Project. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2014 (<https://www.usaid.gov/kyrgyz-republic/fact-sheets/usaid-dialogue-hiv-and-tuberculosis-project>, revisado el 30 de Octubre de 2015).
68. Dhingra VK, Lall D, Aggarwal N, Vashist RP. DOTS in drug addicts with TB: Delhi experience. *Indian J Tuberc.* 2008;55(3):122–6.
69. Strathdee S, Beletsky L. HIV, drugs and the legal environment. In: UNODC Scientific Event / Science Addressing Drugs And Health: State of the Art, 11 de Marzo de 2014, Vienna, Austria ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/CND2014/UNODC\\_SCIENTIFIC\\_EVENT\\_legal\\_env\\_STRATHDEE.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/CND2014/UNODC_SCIENTIFIC_EVENT_legal_env_STRATHDEE.pdf)).

# Agradecimientos

Stop TB Partnership reconoce con gratitud la contribución de todos. Queremos agradecer a cada uno de ellos su respuesta entusiasta y apoyo al tiempo que esperamos implementar esto juntos.

**Escritores Principales**      FG Consulting Group

**Stop TB Partnership**      Colleen Daniels      Jacob Creswell  
Caoimhe Smyth      James Ayre  
Farihah Malik      Lucica Ditiu

**Colaboradores –  
Participantes en el Taller  
de TB Key Populations  
Workshop Noviembre  
2015**

Ailed Bencomo Alerm	Maggy Gama
Alberto Colorado	Manita Pandey
Arnold Mafukidze	Marciel Buen
Ashvini Vyas	Marina Smelyanskaya
Austin Obiefuna	Melecio Mayta Ccota
Bishwa Rai	Mo Barry
Blessi Kumar	Moises Uamusse
Brianna Harrison	Nduru Gichamba
Chu Thái Sơn	Nonna Turusbekova
Cristina Brigaste	Patricia Odolo
Dean Lewis	Paul Moses Ndegwa Mutiga
Deepti Chavan	Pilar Ustero
Duncan Moeketse	Prabha Mahesh Shankar
Elchin Mukhtarli	Ramya Ananthakrishnan
Endalkachew Fekaduer	Rhonda Marama
Eva Limachi	Safar Naimov
Harry Hausler	Samuel Boy Kunene
Herve Isambert	Sophie Dilmitis
Imran Zafar	Stacie Stender
James Malar	Steph Topp
John Duncan	Steven John
Karabo Rafube	Thato Mosidi
Kate Thomson	Timur Abdullaev
Kevork Kara –Agopian	Valeriu Istrati
Kibibi Mbwavi	Vũ Manh Trí
Liesl PageShipp	Yana Morenets
Lisa Leenhouts–Martin	Yuki Takemoto
Loyce Maturu	

**Diseño y diagramación  
Cover**      Miguel Bernal  
Nina Saouter

**Stop TB Partnership**

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

hosted by  
 **UNOPS**

 **END  
TB**

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