



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

PROYECTO DE LEY NO. _____ DE 2023

“Por la cual se establece una política pública de salud y protección social a favor de las personas afectadas por la Tuberculosis (TB) y se dictan otras disposiciones.”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA

Artículo 1. Objeto: La presente ley tiene por objeto establecer una política pública integral de salud y protección social hacia la eliminación de la tuberculosis (TB) en Colombia, basada en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, la atención integral centrada en las personas afectadas, las familias y comunidades como centro del sistema de salud, el acceso a la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad y pertinencia, y una respuesta complementaria y articulada desde el Sistema Nacional de Protección y Bienestar, para favorecer la creación de estrategias de apoyo que permitan intervenir intersectorialmente los Determinantes Sociales de la Salud, y terminar el estigma, la discriminación e intensificar la investigación e innovación, así como evitar la presencia de la enfermedad en futuras generaciones.

Artículo 2. Definiciones: Para efectos de la presente ley, adóptense las siguientes definiciones:

- 1. Tuberculosis:** Es una enfermedad de etiología bacteriana ocasionada por el bacilo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, de amplia distribución epidemiológica a nivel mundial y nacional, permeada por determinantes sociales de la salud. Considerando su transmisión por vía respiratoria de persona a persona- Se requiere de contundentes acciones de promoción de la salud, divulgación de información sobre formas de prevención, la identificación temprana, el diagnóstico y tratamiento oportuno, la disponibilidad de tratamientos y medicamentos, la garantía de acceso a los servicios integrales de salud y de protección social, así como la adherencia que permita disminuir la morbimortalidad y cesar la cadena de transmisión en la población.
- 2. Persona afectada por TB:** Entiéndase por persona afectada por tuberculosis, a una persona con diagnóstico microbiológico o clínico o

Carrera 7 N° 8 - 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

epidemiológico de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, sensible o farmacorresistente.

3. **VIH:** Es el virus de inmunodeficiencia humana que ocasiona un daño en el sistema inmunitario al destruir los glóbulos blancos que ayudan al cuerpo humano a combatir las infecciones.
4. **Persona viviendo con VIH:** Persona que presenta infección causada por el agente viral del género Lentivirus de los tipos 1 y 2 que puede llevar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siendo un evento de alta externalidad en la población y en el sistema de salud, que requiere asegurar condiciones para la adherencia al tratamiento antirretroviral.
5. **Coinfección TB y VIH:** Persona diagnosticada con tuberculosis por criterio bacteriológico, clínico o epidemiológico confirmado, que tiene un resultado positivo de la prueba de VIH, o evidencia documentada de atención en un programa de VIH o que tiene confirmación previa de diagnóstico de VIH. Para los efectos de esta ley, las medidas de protección que se establecen vinculadas con la coinfección tuberculosis y VIH, incluyen también la presencia de cualquier otra enfermedad asociada con la Tuberculosis.
6. **Carga viral:** Se entiende por carga viral la cantidad de virus del VIH presente en la sangre u otros órganos del cuerpo humano como en fluidos genitales y tejidos que existen en una persona con la infección. Esta cantidad se mide por el número de copias del virus por mililitro de sangre (copias/mL). La meta del tratamiento antirretroviral es suprimir la carga a un nivel indetectable.
7. **CD4:** Los linfocitos CD4 son un tipo de glóbulo blanco que ayudan a combatir las infecciones al hacer que el sistema inmunitario destruya virus, bacterias y otros gérmenes que puedan enfermarlo.
8. **La quimioprofilaxis con Isoniacida:** Es un tratamiento que se utiliza para la infección por tuberculosis latente, en grupos de riesgo priorizados por el Programa Nacional de Tuberculosis, tales como personas con VIH/SIDA, personas que requieren tratamiento por trasplantes, personas de alto riesgo inmunosuprimidas, niñas, niños y adolescentes que han tenido contacto con personas afectadas por tuberculosis, personas con insuficiencia renal crónica, trabajadores de la salud y menores de cinco años que viven con VIH que son contactos afectados por tuberculosis bacilíferas. Este tratamiento se instaurará teniendo en cuenta que se ha descartado la tuberculosis activa, entre otros grupos de riesgo.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

9. **Tuberculosis farmacorresistente:** La tuberculosis farmacorresistente es la pérdida de efectividad y eficacia de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la tuberculosis.
10. **Programa Nacional de Tuberculosis:** Es una instancia del Ministerio de Salud y Protección Social circunscrita a la Dirección de Promoción y Prevención.
11. **Gestor comunitario:** Es una persona natural, miembro de la comunidad que en zonas urbanas, rurales y zonas dispersas, o en contextos sociales complejos, podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de gestión de la salud pública que presta sus servicios a favor de personas, familias y comunidades afectadas por tuberculosis, tuberculosis VIH, que cumple con un proceso de formación no formal basado en competencias, debidamente reconocido por la entidad territorial de salud, una universidad o un centro de formación en salud pública para el desarrollo de sus labores.
12. **Estrategia ENGAGE** es un enfoque recomendado por la Organización Mundial de la Salud para integrar las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras organizaciones de la sociedad civil para hacer frente a la Tuberculosis.
13. **Algoritmo Diagnóstico:** Se define como un diagrama orientador que sirve para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas que incluye la valoración de signos clínicos y pruebas diagnósticas entre otros.
14. **Poblaciones de especial protección afectadas por tuberculosis y VIH:** Las personas afectadas por la Tuberculosis requieren de una especial protección del Estado basada en una atención diferencial, en la salud física, mental y psicosocial y en el acceso a programas de protección social, en especial a favor de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, las mujeres, las personas con discapacidad, los adultos mayores afectados por tuberculosis, la población indígena y los grupos étnicos, la población sexualmente diversa

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

que vive con tuberculosis, VIH, Hepatitis e Infecciones de transmisión sexual, la población migrante asegurada y no asegurada con cargo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES o la entidad que haga sus veces, las poblaciones privadas de la libertad, indistintamente del tipo de aseguramiento que dispongan y de su calidad de sindicados, condenados o pospenados, la población habitante de calle, la población pobre rural y urbana, los sintomáticos respiratorios en los centros de detención transitoria y las personas que viven con coinfección tuberculosis y VIH.

Artículo 3. Alcance de la política pública en tuberculosis: La política pública de salud y protección social de las personas habitantes de Colombia y en especial de las afectadas por la Tuberculosis, el VIH, y la coinfección tuberculosis VIH y cualquier otra comorbilidad asociada, constituyen el conjunto de principios, lineamientos técnicos, mecanismos de protección, estrategias y directrices que desarrolla el Estado Colombiano, en la búsqueda de garantizar, promover, proteger y generar una sociedad más justa, igualitaria y equitativa en que se garanticen los derechos ciudadanos. Incluye también el restablecimiento de los derechos de las personas afectadas por tuberculosis y cualquier otra enfermedad asociada, con especial atención en personas en contextos de vulnerabilidad social, facilitando además el acceso y la adherencia al tratamiento más eficaz y un seguimiento activo hasta su total reincorporación social, con acceso a los satisfactores básicos que les permita afrontar de mejor manera los factores determinantes que les condicionan su salud.

Artículo 4. Principios: Esta política pública se desarrollará en el respeto y la garantía de los derechos y libertades consagrados en la Constitución Nacional y propenderá hacia la protección de las personas afectadas por la tuberculosis, priorizando los derechos de los niños, niñas y adolescentes y en coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana, que responde a los siguientes principios:

1. La Protección de los derechos humanos con el compromiso del Estado para trabajar por la garantía y el goce efectivo de los derechos de las personas afectadas por Tuberculosis sin discriminación, a través de sus instituciones, políticas públicas, presupuestos, servicios y recursos disponibles, y la garantía del respeto de la dignidad humana y el ejercicio de sus derechos integralmente.
2. La salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y que comprende el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento,

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

la promoción y rehabilitación de la salud de las personas afectadas por tuberculosis de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, comprendiendo la integralidad del concepto del estado de salud como bienestar total, lo que implica la intervención de los determinantes sociales de la salud.

3. La equidad implica la eliminación de las brechas sociales, ofreciendo a las personas afectadas por tuberculosis la protección del Estado en igualdad y oportunidad, en función de sus necesidades, independientemente de su condición étnica, de género, religiosa, económica, social y cultural.
4. La participación social en la cogestión de la salud, como la acción de los actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud de las personas afectadas por Tuberculosis.
5. La rectoría del gobierno en sus niveles nacional, regional y local implica la capacidad para proveer los mecanismos de salvaguarda de los derechos y protección integral de la salud de las personas en sus niveles nacional, regional y local, bajo un entorno de salud universal y con mecanismos de gobernanza y regulación que sean efectivos, así como propiciar la corresponsabilidad entendida como el deber de cada persona por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, por procurarse un ambiente sano, hacer uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

Artículo 5. Enfoques orientadores: La política pública de tuberculosis se orienta sobre la base de los siguientes enfoques orientadores y deberá incluir por parte de los entes territoriales departamentales, distritales y municipales, acciones afirmativas en un abordaje diferencial e intercultural hacia las personas afectadas por tuberculosis.

1. Perspectiva de género que permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión, valorando las diferencias biológicas del género y buscando la igualdad de las personas afectadas por la tuberculosis.
2. El enfoque territorial que responde a las particularidades y necesidades sociodemográficas de los territorios.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

3. Movilidad humana a favor de las personas afectadas por tuberculosis, que ejerciendo el derecho a la libre circulación habitan y transitan por el territorio nacional en contextos de migración y vulnerabilidad.
4. El enfoque diferencial estará basado en los análisis de las características de las personas afectadas por tuberculosis, teniendo en cuenta la edad y curso de vida, género, orientación sexual, la identidad de género, diversidad, diferencia, la pertenencia étnica y discapacidad, precisando que son producto de diversas dinámicas sociales y culturales en las que históricamente adquieren significado hasta constituirse en elementos centrales para el reconocimiento de la diferencia y búsqueda del bienestar, la igualdad y la equidad.
5. La Interculturalidad que está basada en los saberes y las prácticas de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, raizales, palenqueros, y room, así como las medicinas alternativas y complementarias.
6. La interseccionalidad que permite conocer la presencia de dos o más características diferenciales de las personas como la pertenencia étnica, género, discapacidad, etapa de curso de vida, entre otras que pueden incrementar la desigualdad y la carga de enfermedad de las personas afectadas por tuberculosis.
7. La Atención Primaria en Salud que garantiza a las personas una atención integral e integrada de calidad desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos. las personas afectadas por tuberculosis que garantiza los mayores estándares, sin discriminación alguna, participativa, como puerta de entrada o integrada a todos los niveles de atención y articulada a la afectación de los determinantes sociales.
8. El enfoque de los determinantes sociales para reducir o mitigar el impacto de las condiciones económicas, sociales y culturales, que favorecen la presencia de la tuberculosis, y que se orientan a la prevención y a mejorar los elementos estructurales que favorezcan la adherencia, la integralidad de la atención, así como la canalización a programas de protección social.

Artículo 6. Deberes del Estado: Además de las previsiones específicas establecidas en la presente ley, el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud, para la prevención, diagnóstico, control, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por Tuberculosis en todos los niveles, nacional, departamental, distrital y municipal y la protección social de las personas afectadas por tuberculosis

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

a través del ingreso como beneficiarias de programas que garanticen sus derechos. Así como ofrecer las condiciones nutricionales, sociales y económicas que permitan la adherencia de la persona afectada por Tuberculosis al tratamiento y curación.

Artículo 7. Derechos de las personas afectadas con tuberculosis: Son derechos de las personas afectadas por tuberculosis, todos los reconocidos por las disposiciones constitucionales y legales vigentes y para efectos de la presente ley y en particular con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, se deberán reconocer en primacía los siguientes derechos a toda persona afectada por tuberculosis:

1. A ser tratada con dignidad y respeto, incluye un trato sin discriminación, estigma, prejuicio ni coerción, tanto en los servicios de salud como en lugares públicos o privados, como en cualquier otro contexto social, laboral o educativo.
2. A disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, a acceder a una atención integral, continua, gratuita y permanente de salud brindada por el Estado, a través del sistema de salud colombiano, y a la prestación de servicios en protección de la vida que el caso requiera. La atención en salud comprende la promoción, prevención, búsqueda activa, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, registro, rehabilitación y atención especializada según necesidades de atención de la persona afectada por Tuberculosis y las acciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades del Estado. El Estado impulsará todas las acciones posibles que de manera integral les permita afrontar los riesgos de la enfermedad. El derecho reconocido en este artículo se realizará activamente a partir de las indicaciones y protocolos que fije para el efecto el Ministerio de Protección Social y la Comisión Intersectorial creada mediante la presente ley y que orientará el trabajo multisectorial.
3. Igualdad ante la ley, a no ser víctimas de discriminación alguna, por ningún motivo, como la edad, lugar de nacimiento, color, cultura, estrato social, ciudadanía, discapacidad, pertenencia a un pueblo indígena, condición económica, identidad de género, idioma, estatus legal o de ciudadanía, opinión política o de otro tipo, presencia de otras enfermedades, origen nacional o social, raza, religión, sexo, orientación sexual.
4. Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a la educación. Esto incluye el derecho a la educación primaria gratuita y obligatoria y el derecho a acceder a la educación secundaria y superior, incluyendo la educación

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

técnica y vocacional y por tanto a ninguna persona con diagnóstico de tuberculosis se le podrá restringir este derecho.

5. Al trabajo, ninguna persona con Tuberculosis podrá ser despedida o sometida a estigma ó discriminación por esta causa. A facilidades en el trabajo, incluidos los permisos de ausencias y pausas, para recibir su tratamiento para permitirles mantener su empleo en las mismas condiciones después de su diagnóstico, mientras estén con la infección y durante el tratamiento.
6. A una alimentación adecuada y a no padecer hambre ni desnutrición.
7. A una vivienda adecuada. Esto incluye el derecho a viviendas asequibles, accesibles y habitables en un lugar aceptable.
8. A los servicios de agua y de saneamiento.
9. A la seguridad social, es decir a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluso en caso de desempleo, discapacidad, condición migratoria, vejez u otra circunstancia de pérdida de medios de subsistencia.
10. A la protección social del Estado que se concreta en ser beneficiario de los programas de protección social ofertados de acuerdo con su situación social y económica.
11. A la confidencialidad de la información y de los datos personales sobre su salud, que consiste en que el hecho de revelar, compartir o transferir, de manera electrónica o de otro tipo, la información de salud personal o la información de una persona afectada por la tuberculosis, sólo debe estar permitido con su consentimiento informado y cuando se hace para fines relativos a su salud o a la protección de la salud pública.

Con relación al numeral 10, para propósitos vinculados con la protección de la salud pública, incluso en asociación con la vigilancia de la salud pública o con los programas de prestación de servicios de salud, dicha información puede ser compartida o transmitida sin el consentimiento informado de la persona, sólo si se realiza de forma anónima, sin el nombre de la persona y sin cualquier información que pueda identificarla. El derecho a la confidencialidad debe ser tenido en cuenta en el diseño e implementación de sistemas de información para localizar contactos y otras intervenciones relacionadas con la salud pública.

Artículo 8. Deberes de las personas afectadas por tuberculosis: Las personas con sospecha o confirmación de Tuberculosis tienen el deber de:

1. Informar a la entidad territorial y/ o su Empresa Administradora de Planes de Beneficio y o a su institución prestadora de servicios ó la que haga sus veces, sobre los antecedentes, diagnóstico previo, síntomas, comorbilidades, contactos confirmados en su familia, amigos cercanos o comunidades que pudieron ser contagiadas de Tuberculosis.
2. Acceder a los estudios diagnósticos pertinentes y adherirse al esquema de tratamiento vigente a nivel nacional.
3. Colaborar con la estrategia de supervisión de tratamiento que defina su grupo tratante, mostrando consideración y respeto por los derechos de otros pacientes y del Talento Humano en Salud -THS.
4. Reportar las dificultades relacionadas con la adherencia y continuidad del tratamiento.
5. Mostrar consideración y respeto por los derechos de otros pacientes y proveedores de los servicios de salud.

PARÁGRAFO PRIMERO: Salvo los inimputables, las personas afectadas por tuberculosis que después de su diagnóstico, voluntariamente y teniendo todas las posibilidades de acceder al tratamiento, no continúen el mismo y decidan propagar intencionalmente y a sabiendas la Tuberculosis a terceras personas, incursionan en el delito de propagación de epidemia previsto en el artículo 369 del Código Penal Colombiano.

Artículo 9. Día nacional de la tuberculosis: Declarase el 24 de marzo como el día nacional de la tuberculosis para efectos de la presentación de un informe anual de avance del país y actualización de las metas definidas en el plan estratégico Colombia Fin de la Tuberculosis, por el Ministerio de Salud y Protección Social ante el Congreso de la República.

Para efectos de la presente ley, será obligación del Ministerio de Salud y Protección Social realizar las actualizaciones periódicas del Plan Estratégico Nacional de tuberculosis, así como de las metas de fin de la tuberculosis de acuerdo con los lineamientos internacionales definidos por la Organización Mundial de la Salud.

CAPITULO I

SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Artículo 10. Prevención y Control de la tuberculosis: En consonancia con la Estrategia Fin a la Tuberculosis es deber del Estado, favorecer la atención primaria en salud, el acceso oportuno al diagnóstico de la tuberculosis, desarrollar acciones masivas de información educación y comunicación para asegurar la valoración integral, y el cumplimiento de las técnicas y procedimientos de diagnóstico definidos en los lineamientos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis PNCT, que permitan prevenir y controlar la enfermedad.

PARÁGRAFO PRIMERO: El Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la expedición de la presente ley coordinará la implementación de la política pública de salud y protección social de las personas afectadas por tuberculosis, tuberculosis- VIH, con el apoyo de los representantes del Comité Asesor Nacional de Tuberculosis, las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, de organismos de cooperación internacional, del sector privado y de la academia. A su vez, gestionará con las entidades territoriales, la implementación de las actividades de atención primaria en salud, prevención y control de la Tuberculosis, así como la coordinación administrativa, técnica y presupuestal para el desarrollo de estas a nivel territorial.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o las que hagan sus veces frente a la gestión del riesgo, tendrán a cargo la inclusión, priorización y cumplimiento de las actividades definidas en las guías o lineamientos de atención clínica vigentes para la gestión integral del riesgo de la salud, frente a la prevención y control de la tuberculosis.

PARÁGRAFO TERCERO: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud garantizarán el cumplimiento de las medidas de control de infección administrativas, ambientales y de protección personal. De igual forma, los centros de protección del adulto mayor, los hogares de niñas, niños y adolescentes, de los habitantes de calle, de las cárceles, del personal de salud, de las personas afectadas por tuberculosis, los cuidadores y guardias de las diferentes entidades observarán las medidas necesarias de control de la infección.

PARÁGRAFO CUARTO. Corresponde a las Entidades Territoriales, promover acciones de seguimiento, monitoreo y acompañamiento, manteniendo una trazabilidad de la información de la atención integral de los pacientes afectados por tuberculosis, tuberculosis - VIH, para favorecer la realización de procedimientos

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

diagnósticos, administración de tratamiento, seguimiento y control coordinado entre las Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, así como entre los niveles I, II, III y IV de atención.

Artículo 11º Diagnóstico y atención de la tuberculosis: En el marco de sus competencias, las entidades territoriales fortalecerán su gobernanza y desarrollarán las acciones de planeación integral en salud, el fortalecimiento y la conformación de redes integradas e integrales de salud para eliminar las barreras de acceso y garantizar la integralidad en la atención de personas afectadas con tuberculosis y tuberculosis VIH, así como favorecer la idoneidad del talento humano, que garanticen la efectividad de las intervenciones individuales, colectivas y comunitarias.

La atención de las personas afectadas por Tuberculosis y Tuberculosis-VIH, tiene como finalidad abordar sus necesidades de salud bajo los enfoques de derecho, diferencial, territorial, intersectorial, de riesgo; considerando las particularidades del curso de vida e incluyendo la promoción, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico oportuno, y el uso de nuevas tecnologías como la biología molecular, el tratamiento integral, la recuperación de estados saludables, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el abordaje de los Determinantes de la Salud, que favorezcan una atención oportuna y con calidad en seguimiento y articulación con los actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las Empresas Administradoras de planes de beneficios o quienes hagan sus veces, garantizarán las atenciones individuales de las personas afectadas por tuberculosis y favorecerán la búsqueda activa, pasiva, el acceso a la atención integral, la canalización al diagnóstico, el seguimiento y la adherencia al tratamiento de las personas a que hace referencia el numeral 12 del artículo 2 de la presente ley.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, verificarán el cumplimiento de los algoritmos diagnósticos diferenciales, así como la utilización de tecnología de punta entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con sus competencias y conforme a los lineamientos definidos por el Programa Nacional de Control de la tuberculosis (PNCT) del Ministerio de Salud y Protección Social, la normatividad vigente y las recomendaciones internacionales de la OPS/OMS.

Artículo 12º Tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por tuberculosis: El tratamiento de la tuberculosis se realizará acorde con los lineamientos nacionales vigentes y las recomendaciones internacionales de la

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

OPS/OMS. Este se administra a las personas afectadas por tuberculosis de forma directamente observada, hasta completar el esquema de tratamiento. El Estado debe garantizar condiciones nutricionales, sociales y económicas que permitan la adherencia de las personas afectadas por tuberculosis. De igual forma atender e intervenir las secuelas que la enfermedad haya ocasionado en la persona afectada por tuberculosis para favorecer su rehabilitación definitiva.

Artículo 13º Registro de atenciones en salud: El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales, llevarán un registro actualizado mensual a través de un sistema de información de los servicios prestados y las acciones desarrolladas frente al diagnóstico, seguimiento, tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por tuberculosis y tuberculosis VIH, de acuerdo con las indicaciones del Programa Nacional de Control de Tuberculosis. El consolidado y avance en las metas con indicadores, será presentado cada seis (6) meses por el Ministerio de Salud y Protección Social, al Congreso de la República.

Artículo 14º Atención integral de la tuberculosis en niñas, niños y adolescentes: El Estado garantizará la atención integral en niñas, niños y adolescentes, y favorecerá la vacunación para tuberculosis de acuerdo con los esquemas indicados por el Programa Ampliado de Inmunización, la captación oportuna de sintomáticos respiratorios, el acceso de la población pediátrica a los métodos microbiológicos y moleculares de vanguardia, así como a los tratamientos actuales indicados en los lineamientos nacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, avalados por la OPS/OMS para Tuberculosis activa, latente, sensible, resistente y todas sus complicaciones, sin barreras frente al aseguramiento y acceso a la salud.

PARÁGRAFO PRIMERO: En cuanto a la detección oportuna de niñas, niños y adolescentes expuestos o con factores de riesgo, las Secretarías de Salud en el marco de la atención primaria en salud y del modelo de salud vigente, asegurarán la detección, a fin de realizar el estudio de contactos para el diagnóstico de tuberculosis latente y su tratamiento con terapia preventiva.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Sin distinción del tipo de aseguramiento las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, realizarán la atención rápida y adecuada de la población infantil y adolescente que presente cuadros clínicos compatibles con tuberculosis a fin de diagnosticarla oportunamente al igual que las patologías concomitantes que puedan existir como la desnutrición, el VIH, las inmunodeficiencias y demás eventos.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

PARÁGRAFO TERCERO: Las Entidades Territoriales realizarán la identificación de los principales determinantes de la tuberculosis en la infancia y la adolescencia, precisando la situación de salud de la población pediátrica y los factores de riesgo, que la hacen susceptible a la tuberculosis con el fin de incorporar estrategias de atención oportuna e integral. En este contexto, intervendrán la atención, las condiciones nutricionales, emocionales y de protección social necesarias que mejoren la adherencia y garanticen el acceso a la rehabilitación, cuando se presenten secuelas de la enfermedad en gratuidad. El ICBF se articulará con las entidades territoriales y entidades competentes para la restitución de derechos de los niños afectados por Tuberculosis y con las demás competentes que hacen parte del Sistema de Responsabilidad Penal para adolescentes.

Artículo 15° Tuberculosis en población migrante: El Estado garantizará la prevención, diagnóstico, tratamiento, la atención especializada, el seguimiento, control y la rehabilitación de la población migrante regular, no regular y pendular afectada con sospecha y diagnóstico de tuberculosis y tuberculosis-VIH, acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual, el Ministerio de Relaciones Exteriores, Migración Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de la Igualdad, facilitarán la regularización, identificación, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el acceso a los servicios de salud y protección social.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las secretarías de salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios o quienes hagan sus veces, promoverán la humanización de la atención, pedagogía y sensibilización frente al acceso al aseguramiento de la salud y protección social de las personas migrantes y migrantes pendulares afectadas por tuberculosis.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Ministerio de Salud y Protección Social favorecerá la comunicación permanente e interoperabilidad de historias clínicas, con las autoridades sanitarias de los países fronterizos y/o desde los países donde se origine la migración para disponer de información relacionada con diagnósticos previos, esquemas de tratamiento, reacciones adversas y atenciones recibidas de las personas migrantes afectadas por tuberculosis y tuberculosis-VIH.

Artículo 16° Tuberculosis en población privada de la libertad: El INPEC, el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, implementarán el programa de rehabilitación especial de prevención y control de la tuberculosis, tuberculosis VIH, en los establecimientos carcelarios del país. Este programa incluirá la ruta de atención en salud y prestación de servicios con estándares de calidad, para favorecer las acciones de búsqueda activa y pasiva al

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

ingreso, durante la estancia, promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, el aislamiento de personas afectadas con tuberculosis, el seguimiento, la trazabilidad de la información y articulación con las entidades territoriales para el egreso o alta en el ciclo de atención.

PARÁGRAFO PRIMERO: En el marco de sus competencias, las entidades territoriales departamentales, municipales y distritales apoyarán la implementación y el seguimiento efectivo del programa de prevención y control de la tuberculosis en los establecimientos carcelarios a su cargo, mediante articulación con el INPEC, la USPEC y los prestadores a cargo de la atención en salud a la población privada de la libertad, en lo relacionado con las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y rehabilitación, lo anterior en el marco del cumplimiento de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas en salud pública.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la evaluación, vigilancia y cumplimiento de los estándares mínimos de calidad con relación a la atención intramural en los establecimientos carcelarios. Al respecto se dispondrá de los servicios de atención de laboratorio y radiología para el diagnóstico de la tuberculosis, favoreciendo el uso de nuevas estrategias y tecnologías dentro de los establecimientos, especialmente en aquellos que, dentro de la zona de su jurisdicción, no cuentan con los prestadores de servicios salud con capacidad diagnóstica. Con respecto a la toma de muestras, embalaje y calidad, se dará cumplimiento a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud.

PARÁGRAFO TERCERO: Los establecimientos penitenciarios dispondrán de recurso humano capacitado para atender los eventos de interés en salud pública dirigidos a la tuberculosis, VIH y salud sexual y reproductiva. Dichas competencias serán certificadas por las secretarías de salud y deberán garantizar el manejo integral de la tuberculosis. La población privada de la libertad podrá acceder a servicios de salud especializados de II, III, y IV nivel de atención como neumología, nutrición, infectología y psicología entre otros, con oportunidad según la comorbilidad y los factores de riesgo relacionados con la tuberculosis y el VIH.

PARÁGRAFO CUARTO: EL INPEC, la USPEC o quien haga sus veces, desarrollará acciones de control del hacinamiento, adecuación de la infraestructura necesaria para el aislamiento que permita prevenir la transmisión de la enfermedad, la atención en salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, para favorecer la adherencia y el éxito del tratamiento de las personas privadas de la libertad. Durante el tiempo de tratamiento de la población privada de la libertad

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

con diagnóstico de tuberculosis, el INPEC y la USPEC garantizarán las condiciones nutricionales requeridas y estandarizadas internacionalmente.

Artículo 17º: Tuberculosis en población habitante de calle: Las entidades territoriales reducirán los factores de riesgo y garantizarán el derecho a la vida, a la salud física y mental a través de la atención en centros especializados de la población habitante de calle afectada por la tuberculosis, garantizando el diagnóstico oportuno, el seguimiento y la adherencia al tratamiento, el cual deberá ser entregado sin barreras y sin requerimientos adicionales ligados al aseguramiento, la portabilidad u otro mecanismo, en el marco de la política pública social vigente para habitantes de calle.

PARÁGRAFO PRIMERO: El Ministerio de Salud y Protección Social, y las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, serán las entidades encargadas de implementar mecanismos y estrategias articuladas para la búsqueda activa y tratamiento integral de las personas habitante de calle en riesgo o afectadas por tuberculosis.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las entidades territoriales y las entidades competentes realizarán las acciones de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la búsqueda activa, la promoción y prevención, el acceso al tratamiento, el abordaje de la salud mental, la atención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas, la garantía de un soporte nutricional, la atención intramural en centros integrales de atención para favorecer la adherencia al tratamiento estrictamente supervisado y mitigar la condición de habitante de calle. Las secretarías de salud en coordinación con las secretarías que están a cargo de la población habitante de calle velarán por favorecer la adherencia, el acceso a tratamientos y la vinculación de la población de y en calle a los programas de protección social. Las organizaciones de la sociedad civil aunarán esfuerzos en este propósito.

Artículo 18º: Actividades colaborativas y acceso al tratamiento del VIH: Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, propenderán por el cumplimiento de las actividades colaborativas tuberculosis/VIH que corresponden a: A) Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de tuberculosis y VIH, B) Reducir la carga de tuberculosis en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral y C) Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de tuberculosis. D) Otras actividades propuestas por el Programa Nacional de Tuberculosis y el Plan Nacional de respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y coinfección tuberculosis y VIH. El tratamiento oportuno del VIH evita el deterioro del sistema

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

inmunológico generado por diagnóstico tardío, favorece la indefectibilidad de la carga viral y disminuye el riesgo de transmisión.

Artículo 19º: Integralidad de la atención de las personas afectadas por tuberculosis y VIH: El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el acceso a la asesoría y pruebas de VIH, la efectividad de la terapia selectiva antirretroviral, el seguimiento a los casos de coinfección tuberculosis-VIH, la prevención de la mortalidad, el acceso a tecnologías y el tratamiento. El abordaje integral responderá a las acciones de la estrategia de prevención combinada en VIH y las demás estrategias de salud pública vigentes.

PARAGRAFO PRIMERO: Todo paciente con coinfección de tuberculosis y VIH, posterior a su estabilización clínica a través del manejo de los CD4 y carga viral, tendrá una contrarreferencia para que continúe su manejo integral de la tuberculosis y el VIH en las instituciones prestadoras de servicios de atención primaria, sin detrimento de la realización de los exámenes especializados relacionados al seguimiento del VIH y la tuberculosis.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La quimioprofilaxis con Isoniacida para el tratamiento de tuberculosis latente en personas con VIH se realizará según su diagnóstico, condiciones de riesgo y prescripciones médicas. De igual forma las personas afectadas con coinfección tuberculosis y VIH accederán oportunamente al inicio del tratamiento antirretroviral y a los exámenes diagnósticos especializados requeridos para el seguimiento y control del tratamiento.

PARAGRAFO TERCERO: Las entidades territoriales conformarán, instalarán e implementarán mesas técnicas territoriales de coinfección tuberculosis -VIH, que eliminen las posibles barreras administrativas y operativas a nivel local, aunado al seguimiento de los indicadores relacionados con las actividades colaborativas de tuberculosis-VIH.

Artículo 20º Garantía y cumplimiento en el acceso a los servicios: Para garantizar el acceso efectivo al diagnóstico, tratamiento y exámenes de seguimiento necesarios para el control de la tuberculosis y la coinfección tuberculosis/ VIH, las personas afectadas, directamente y/o con el apoyo de las Organizaciones de la Sociedad Civil, presentarán a las entidades territoriales, a las entidades administradoras de planes de beneficios y a la Superintendencia Nacional de Salud las peticiones necesarias con la descripción de las barreras en el acceso a los servicios requeridos. Las peticiones serán resueltas obligatoriamente por estas entidades dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, sin perjuicio de las acciones legales vigentes.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Artículo 21° Tuberculosis en adultos mayores: Las entidades territoriales serán las encargadas de acuerdo con la caracterización territorial de identificar la población adulta mayor en riesgo, garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud, favorecer la accesibilidad al diagnóstico, la atención, el seguimiento y tratamiento, así como canalizar a los programas de protección social de la población adulta mayor afectada por tuberculosis en situación de abandono social, familiar, que no cuenten con medios de supervivencia e independencia ni suficiencia alimentaria y/o que se encuentren en zonas rurales, rurales dispersas o en áreas no municipalizadas con escasa accesibilidad a los servicios de salud, por razones de ausencia de vías, medios económicos o servicios, que impidan su movilidad.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las entidades territoriales previa caracterización del riesgo y de los determinantes de la tuberculosis en la población adulta mayor, canalizarán esta población a la oferta de programas de protección social por lo cual intervendrá garantizando el acceso a los servicios de salud, el desplazamiento a los mismos, las condiciones nutricionales, emocionales y de protección social necesarias que mejoren la atención integral y la adherencia al tratamiento.

Artículo 22°: Tuberculosis en población indígena: Conforme al reconocimiento del proceso histórico de los pueblos indígenas, de su pensamiento, singularidad, diversidad territorial, cosmovisión y salud propia, el Ministerio de Salud y Protección Social elaborará con la participación de la Mesa Permanente de Concertación Indígena y los compromisos derivados del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) una reglamentación diferencial en el marco de la política de salud y protección social de tuberculosis, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.

Lo anterior con el objetivo de garantizar la atención primaria en salud de la población indígena, el acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento de la tuberculosis, adherencia y seguimiento, el desarrollo de acciones de información, educación, comunicación y protección social con enfoque diferencial, acorde con la realidad de estos grupos étnicos, considerando aspectos culturales y territoriales, logrando el reconocimiento de las realidades étnicas de los pueblos originarios, dentro de las cuales se sustenta el derecho a la salud diferencial y los demás derechos conexos como parte de la pervivencia cultural.

PARAGRAFO PRIMERO: El Ministerio de Salud y Protección Social reducirá las barreras de acceso para la identificación y afiliación de los pueblos indígenas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en zonas rurales, rurales dispersas y de difícil acceso y garantizará todos los medios logísticos, económicos, el transporte terrestre, aéreo, fluvial y las estrategias con enfoque diferencial, que

Carrera 7 N° 8 - 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779

garanticen la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la atención primaria, el acceso permanente, la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis.

PARÁGRAFO SEGUNDO: En zonas de frontera, las entidades territoriales, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Relaciones Exteriores, promoverán la coordinación, articulación y comunicación con las autoridades de los países fronterizos y las autoridades de los pueblos indígenas, para el intercambio de información, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica unificada en frontera, la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud pública, la interoperabilidad de historias clínicas, la adherencia a los tratamientos de tuberculosis y el seguimiento a los pacientes pendulares.

Artículo 23º: Tuberculosis en población negra, palenquera, raizal, afrocolombiana y rom: Con base en lo dispuesto en el artículo 22º anterior, a su vez a favor de estos grupos étnicos, el Ministerio de Salud y Protección Social elaborará una reglamentación diferencial en el marco de la política de salud y protección social de tuberculosis, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.

Artículo 24º La tuberculosis y los consumidores de sustancias psicoactivas: La atención primaria realizada por las entidades territoriales, reconocerá en el consumo de sustancias psicoactivas y su abordaje un factor de riesgo, predictor tanto en el desarrollo de la tuberculosis, como en la falta de adherencia al tratamiento aplicado a personas diagnosticadas y consumidoras de sustancias psicoactivas para lo cual desarrollará las acciones necesarias a nivel sectorial e intersectorial para el abordaje y control de ésta problemática.

Artículo 25º: Tratamiento de la Farmacorresistencia: El Ministerio de salud y protección social definirá los lineamientos nacionales vigentes sobre los esquemas de tratamiento frente a la farmacorresistencia de Tuberculosis, de acuerdo con las recomendaciones internacionales de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

PARÁGRAFO PRIMERO: Los actores responsables de gestionar el riesgo en salud garantizarán el acceso de las personas afectadas por tuberculosis farmacorresistente a los servicios de los niveles de atención I, y especializados II, III y IV, como los de trabajo social, psicología, psiquiatría, neumología, infectología, otorrinolaringología, nutrición, enfermería, gastroenterología entre otros, para el manejo integral de la farmacorresistencia, así como el suministro sin excepción, de las dosis y presentaciones de los medicamentos necesarios para garantizar el derecho a la salud de las personas afectadas por tuberculosis,

Carrera 7 N° 8 - 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

así como las pruebas de diagnóstico, confirmación y seguimiento de resistencia indicadas por el Ministerio de Salud y protección Social y el Instituto Nacional de Salud – INS.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales, serán responsables de realizar los Comités Especiales Regionales de Expertos en Tuberculosis (CERCET) con el objetivo de realizar el análisis y evaluación de los casos especiales de difícil manejo de la tuberculosis para la toma de conductas médicas.

CAPÍTULO II

LA SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Artículo 26° Salud Mental y Atención Psicosocial: Las personas afectadas por tuberculosis recibirán atención especializada en salud mental y atención psicosocial de forma integral, para prevenir enfermedades mentales concomitantes al diagnóstico de la tuberculosis, como los trastornos del estado de ánimo, entre estos la depresión y la ideación suicida u otros estados psicóticos, como la esquizofrenia, ocasionados por el diagnóstico, la percepción de la enfermedad frente a su entorno social y comunitario y la baja autoestima.

PARÁGRAFO PRIMERO: La Atención Primaria en Salud incorporará un adecuado manejo de enfermedades mentales instauradas en las personas afectadas por tuberculosis, como efecto del conocimiento del diagnóstico de tuberculosis o coinfección tuberculosis/VIH ó como consecuencia de las reacciones adversas a fármacos por el tratamiento instaurado, con el objetivo de favorecer la adherencia al tratamiento, prevenir recaídas, eventual resistencia antibiótica y prevenir el riesgo de mortalidad.

Artículo 27° Prevención del estigma y la discriminación: La persona afectada por tuberculosis tiene derecho a no ser discriminada en ningún ámbito del curso de vida. Las personas que sean discriminadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, en las entidades administradoras de planes de beneficios, en la comunidad y en el trabajo u otros entornos, tienen derecho a presentar peticiones, quejas y reclamos y denuncias por discriminación motivadas ante las Secretarías de Salud, la Personería, la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia Nacional de Salud y la Fiscalía General de la Nación respectivamente, de manera directa o a través de organizaciones de la sociedad civil que realicen abogacía o incidencia por sus derechos.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

PARAGRAFO PRIMERO: El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, y el Ministerio de Educación Nacional desarrollarán campañas anuales de prevención del estigma y la discriminación e incentivarán el desarrollo de acciones conjuntas con la participación del sector salud y las organizaciones de sociedad civil.

PARAGRAFO SEGUNDO: Los empleadores concederán los permisos y las licencias necesarias y justificadas bajo concepto médico que requieran las personas afectadas por tuberculosis tanto para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta la cura de la enfermedad y favorecerán la implementación de políticas laborales antidiscriminación frente al diagnóstico, bajo los lineamientos del Ministerio de Trabajo.

Artículo 28º Vigilancia de la tuberculosis: Las entidades territoriales y los demás actores del sistema de vigilancia epidemiológica, deberán realizar la notificación obligatoria a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, de los casos confirmados de tuberculosis, ya sea a través de laboratorio, clínica o por nexo epidemiológico, de acuerdo con los lineamientos que defina el Instituto Nacional de Salud. La información de los casos a reportar debe ser garantizada por la entidad prestadora de servicios o unidad notificadora que realiza el diagnóstico y la confirmación del caso, sin excepción, independiente del inicio o no de tratamiento. Teniendo en cuenta que el INS monitorea la coinfección tuberculosis y VIH por el impacto directo que tiene en la mortalidad para el país, cuando se va a realizar el proceso de notificación para tuberculosis, la institución que realiza la confirmación del caso debe garantizar la verificación de la notificación al SIVIGILA por VIH. Los casos que provengan del exterior con un diagnóstico previo de la enfermedad deben ser notificadas al SIVIGILA obligatoriamente y registrar los datos de residencia del país de donde proviene la transmisión.

PARAGRAFO PRIMERO: En la intervención, las entidades territoriales deben priorizar las investigaciones epidemiológicas de campo y según el análisis realizar la búsqueda activa institucional, comunitaria y gestionar las situaciones ante alertas, brotes y emergencias en salud pública. Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizarán el análisis de la información, para identificar tendencias en la notificación. A su vez realizarán unidades de análisis de mortalidad cuyos resultados serán el insumo para la implementación de las medidas de intervención y control, así como para la difusión entre los responsables de la toma de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es necesario en la evaluación del sistema de vigilancia realizar el seguimiento al resultado de los indicadores del protocolo y el cumplimiento de la gestión de la vigilancia.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

PARAGRAFO SEGUNDO: El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS), deberán diseñar e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica unificado en zonas de frontera en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, estableciendo contacto con las autoridades sanitarias de los países fronterizos, para identificar la trazabilidad de la información, en cuanto a tratamientos, diagnósticos y comorbilidades, reacciones adversas a fármacos, para tomar las medidas epidemiológicas individuales y colectivas, de acuerdo con los lineamientos nacionales vigentes para el control de la tuberculosis.

PARAGRAFO TERCERO: El Ministerio de Salud y las entidades territoriales reglamentarán lo pertinente para avanzar en la interoperabilidad de historias clínicas con las autoridades sanitarias de los países fronterizos.

Artículo 29º Sistemas de información: El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, desarrollarán y pondrán en operación un sistema nacional de información en línea en Tuberculosis y Tuberculosis VIH, que garantice el seguimiento al diagnóstico, tratamiento y control de éste de tal forma que se realice la trazabilidad de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud, la interoperabilidad en tiempo real y la verificación de la rehabilitación de los personas afectadas por tuberculosis.

PARAGRAFO PRIMERO: El sistema de información privilegiará la interoperabilidad de subsistemas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas o Mixtas, con el Sistema Integrado de Información y Protección Social SISPRO y con el Sistema de Información de acciones comunitarias SISCO y será financiado por los recursos para la administración del Sistema de General de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces y operado por Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que opera el Instituto Nacional de Salud. Este sistema de información permitirá gestionar de manera eficiente, confiable y oportuna la información de las personas afectadas por tuberculosis y su seguimiento para la toma de decisiones en salud pública.

Artículo 30º. Seguridad de la información. La actualización e interoperabilidad del sistema único de información en línea y el Sistema Integrado de Información de la Protección Social, SISPRO y el Sistema de Información de acciones comunitarias SISCO, permitirá el uso de información nominal y datos sensibles en salud de los personas afectadas por tuberculosis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por parte de las Entidades Territoriales en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, sin perjuicio de las demás disposiciones de la Ley de Habeas Data.



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

PARAGRAFO PRIMERO: El Ministerio de Salud y Protección Social y las demás entidades territoriales involucradas, diseñarán los estándares de interoperabilidad y custodia de la información para preservar la seguridad de la información y el uso adecuado de los datos sensibles con el único propósito de gestionar el riesgo en salud de las personas.

PARAGRAFO SEGUNDO: El Ministerio de Salud y Protección Social permitirá la consulta a toda la información y los microdatos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, anonimizada y de acuerdo con la Ley de Habeas Data.

CAPÍTULO III

SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR

DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS.

Artículo 31º Declaratoria de interés público: Declárase de interés público nacional la respuesta integral e intersectorial a la prevención y atención de la tuberculosis y coinfección tuberculosis – VIH, basada en la atención primaria en salud con enfoque territorial, así como la prevención integral y combinada, el diagnóstico, el tratamiento, la cura, la asistencia interdisciplinaria de tipo social, legal, psicológica, médica y farmacológica y la reducción de riesgos y daños frente al estigma, la discriminación, los cuidados paliativos y su rehabilitación, así como los efectos adversos derivados y la investigación en materia de tuberculosis.

Artículo 32º: Sistema nacional de protección y bienestar: Créase el sistema nacional de bienestar y protección social de las personas afectadas por tuberculosis compuesto por la política pública integral de salud y protección social hacia la eliminación de la tuberculosis en Colombia, las normas, decretos, orientaciones y recursos e instituciones que permiten la gestión y operación de este. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá a su cargo la definición de protocolos y lineamientos a nivel nacional y territorial, con el apoyo del Comité Asesor Nacional creado mediante resolución No 5195 de 2010 por el Ministerio de Salud, el Consejo Intersectorial y los concejos territoriales.

Este sistema será liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, el Departamento de Planeación Nacional y la Alta Consejería Presidencial para las Regiones y estará encargado de dirigir, formular, actualizar, planear, implementar, coordinar y hacer seguimiento a la política pública y del Plan Estratégico para la eliminación y control, que incluirá objetivos, actividades metas e indicadores asociados a la salud y a los determinantes sociales, en coordinación, articulación y alianza con otros sectores del Gobierno

Carrera 7 N° 8 - 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Nacional, las organizaciones de la sociedad civil, la academia, el sector privado y la cooperación internacional.

Artículo 33º Creación del Consejo Intersectorial: Créase el Consejo Intersectorial de tuberculosis que tiene por objeto apoyar al Programa Nacional en la planeación y coordinación intersectorial para la intervención efectiva de los determinantes sociales de la tuberculosis, evaluar la problemática diferencial por territorios y apoyar a los Consejos Territoriales en su planeación y gestión e identificar y hacer seguimiento al cumplimiento de objetivos, metas intersectoriales y territoriales del plan estratégico nacional contra la tuberculosis, así como emitir recomendaciones para la adecuada implementación de las políticas, planes, programas y proyectos para eliminar la tuberculosis en Colombia.

PARAGRAFO PRIMERO: El Consejo Intersectorial de Tuberculosis estará conformado por un representante de: El Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud- INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS, el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC- o quien haga sus veces, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Relaciones Exteriores y Migración Colombia, el Ministerio de la Igualdad, la Registraduría Nacional del Estado Civil, dos representantes de las Entidades Territoriales, un representante del Comité Asesor Nacional de tuberculosis creado mediante resolución No 5195 de 2010 del Ministerio de Salud, un representante del observatorio nacional, de la liga nacional o distrital de tuberculosis.

PARAGRAFO SEGUNDO: El Consejo Intersectorial de Tuberculosis sesionará dos (2) veces al año de manera ordinaria y/o por citación extraordinaria cuando amerite y será presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las decisiones del Consejo Directivo serán vinculantes.

PARAGRAFO TERCERO: El Consejo Intersectorial de Tuberculosis, será el encargado de aprobar la hoja de ruta con enfoque intersectorial, de derechos humanos, territorial, de género, étnico y diferencial, con el fin de generar objetivos, actividades y metas para el acceso de las personas afectadas por tuberculosis a los programas de protección social y la intervención de los determinantes sociales de la salud, con la finalidad de aumentar la equidad, reducir la pobreza, garantizar la alimentación, promover el empleo, la educación y la vivienda a favor de las personas

Carrera 7 N° 8 - 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

afectadas por tuberculosis, para el cumplimiento de las metas definidas en la política y en el Plan Estratégico Nacional Hacia el Fin de la tuberculosis Colombia 2016-2025 así como sus actualizaciones.

Artículo 34° Creación de los Consejos Territoriales: A nivel departamental y distrital se crearán los consejos territoriales e intersectoriales de tuberculosis que serán conformados por: Las secretarías de salud, planeación, gobierno, educación, desarrollo social, vivienda y trabajo, inclusión o equidad, movilidad, desarrollo económico y rural, las organizaciones de la sociedad civil y las demás instancias que se consideren necesarias de acuerdo con la realidad y necesidad territorial.

PARAGRAFO PRIMERO: Los programas de tuberculosis de las entidades territoriales liderarán los Consejos Territoriales e intersectoriales a que hace referencia el artículo 34, y serán responsables de identificar las necesidades de acceso de las personas afectadas por tuberculosis a los programas de protección social, de acuerdo con la caracterización de riesgo, según su condición de vulnerabilidad, tipo de población, enfoque diferencial, de género y poblacional para coordinar la inclusión a la oferta de programas y proyectos de orden nacional, departamental, distrital o municipal.

PARAGRAFO SEGUNDO: Las entidades territoriales priorizarán la entrega de bono o canasta alimenticia, y/o ayuda de transporte a las personas afectadas, que residen en zonas de extrema ruralidad, con difícil accesibilidad geográfica, para favorecer la adherencia de los tratamientos y contribuir a la curación, especialmente en personas con extrema vulnerabilidad, niños, niñas, adolescentes, o adultos mayores, personas con coinfección TB VIH y en condición de abandono y/o discapacidad.

PARAGRAFO TERCERO: Los programas del orden nacional y territoriales realizarán seguimiento a los indicadores de éxito de tratamiento en cada uno de los casos.

Artículo 35° Hoja de ruta para la eliminación: El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá en coordinación con el Consejo Intersectorial de Tuberculosis, liderar el diseño, planeación e implementación de la hoja de ruta para la eliminación de la tuberculosis con los objetivos, actividades, indicadores y metas sectoriales y multisectoriales necesarias para avanzar hacia la eliminación de la enfermedad, desde el enfoque de salud pública y la intervención de los determinantes sociales.

PARAGRAFO PRIMERO: El Consejo Intersectorial de Tuberculosis con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social definirá e implementará un marco de

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

rendición de cuentas multisectorial con indicadores, recursos, estrategias y acciones.

Artículo 36º Programas de protección social: Los componentes y el alcance de la hoja de ruta para la eliminación de la tuberculosis incorporarán los mecanismos de ingreso a los programas de protección social que garanticen la seguridad alimentaria y nutricional, la movilidad y el acceso a los servicios de salud, principalmente en pacientes de zonas rurales y rurales dispersas, el empleo, oportunidades de emprendimiento y proyectos productivos, protección de los derechos laborales, acceso a vivienda, la identificación y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de las competencias, programas y proyectos vigentes del Gobierno Nacional.

CAPITULO IV

PARTICIPACION Y GESTION COMUNITARIA

Artículo 37º Participación de organizaciones en el control de la tuberculosis: En la prestación de servicios de salud a las personas afectadas por tuberculosis, se asegurará la asignación de recursos, la generación de alianzas y acuerdos entre las entidades territoriales y la participación comunitaria, representada de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, por organizaciones de sociedad civil y dentro de las que se encuentran las Organizaciones no Gubernamentales, las Organizaciones de Base Comunitaria, las Organizaciones Confesionales, las Instituciones Académicas y de investigación y las Redes y Asociaciones que trabajan en un determinado ámbito o actividad en el control y seguimiento a la Tuberculosis.

PARAGRAFO PRIMERO: Las actividades a desarrollar por las organizaciones de la sociedad civil en el control de la tuberculosis, comprenden todas las acciones que conducen a la promoción de la salud, la prevención y el control de la tuberculosis y sus comorbilidades, que incluyen las actividades de información, educación y comunicación, la búsqueda activa, detección de casos, canalización al diagnóstico, orientación en protección social, apoyo durante el tratamiento y la prevención del estigma y la discriminación, el soporte para la movilidad, apoyo psicológico, económico, jurídico y acciones de abogacía, movilización, incidencia, veeduría nacional y gestión de la salud. Las Organizaciones de la Sociedad Civil, podrán realizar veedurías permanentes a las entidades territoriales, para la inversión de los presupuestos públicos destinados a la prevención, el control y seguimiento de la tuberculosis en el país. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará una regulación de tarifas en la prestación de servicios comunitarios en el control de la tuberculosis, una vez sancionada la presente ley.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

PARAGRAFO SEGUNDO: Las entidades territoriales impulsarán la conformación de redes de apoyo a los pacientes afectados, a través de las Organizaciones de la Sociedad Civil con experiencia en el abordaje de la tuberculosis o a través de programas de protección social.

PARAGRAFO TERCERO: Dentro de los criterios de selección que tendrán en cuenta las entidades territoriales, para la contratación bajo los procedimientos legales vigentes de las organizaciones de la sociedad civil, en el desarrollo de las actividades comunitarias certificadas en el control de la tuberculosis se encuentran:

1. El objeto social de la organización de la sociedad civil debe incluir el desarrollo de las actividades comunitarias relacionadas con la tuberculosis.
2. Las actividades realizadas y su experiencia en la gestión de líneas técnicas de tuberculosis y tuberculosis- VIH, farmacorresistencia entre otras actividades definidas en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social vigentes.
3. La construcción de rutas de intervención con poblaciones afectadas.
4. Las actividades de Información educación y comunicación.
5. La búsqueda activa, y captación oportuna, de personas con síntomas en la comunidad.
6. El seguimiento y acompañamiento durante el tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis.
- 7 La abogacía e incidencia política.
8. La atención primaria en salud resolutive.
9. El monitoreo liderado por la comunidad y las demás estrategias que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, determinen.

Los procedimientos contratación de las organizaciones de la sociedad civil, desde el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales se realizarán conforme al Estatuto General de Contratación Pública, las leyes y decretos reglamentarios vigentes.

Artículo 38º Partición del gestor comunitario: El gestor comunitario se encargará de apoyar la gestión de la salud pública en tuberculosis, y prestar sus servicios a favor de personas, familias y comunidades afectadas, a su vez podrá participar en

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

el desarrollo de intervenciones individuales y colectivas en promoción de la salud, detección temprana de eventos, en estrategias de información educación y comunicación, seguimiento y acompañamiento de personas afectadas para favorecer a la adherencia al tratamiento y en procesos de adecuación sociocultural y comunitario.

Artículo 39° Formación del gestor comunitario: El gestor comunitario deberá cumplir con un proceso de formación basado en competencias, debidamente reconocido por la entidad territorial de salud, alguna universidad o un centro de formación en salud pública para el desarrollo de sus labores. A partir de la expedición de la presente ley, la formación del gestor comunitario incluirá los conocimientos teóricos y prácticos, las competencias de los actores, las dinámicas sociales, económicas, culturales y geográficas del territorio y la normatividad relacionada con la tuberculosis, los componentes de la estrategia ENGAGE y la definición de responsabilidades y funciones.

Artículo 40° Vinculación de los gestores comunitarios: Los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud vincularán gestores comunitarios que desarrollen sus acciones con el enfoque étnico, poblacional y diferencial y la gestión del riesgo en salud, de acuerdo con el análisis de situación de salud y la disponibilidad y suficiencia del talento humano, para realizar acciones de prevención, control y eliminación de la Tuberculosis.

PARAGRAFO PRIMERO: Los gestores comunitarios serán supervisados por los programas territoriales de tuberculosis, las instituciones prestadoras de servicios y otros actores del sector salud. En las zonas urbanas los gestores comunitarios apoyarán la implementación de los modelos de salud y la gestión sectorial e intersectorial y en las zonas rurales dispersas deben disponer de estrategias y mecanismos de comunicación y movilización permanente como parte de las acciones planificadas, delegadas y supervisadas por los equipos de salud de las entidades territoriales.

CAPÍTULO V

EDUCACION, INVESTIGACION E INNOVACION

Artículo 41° Educación, Investigación e Innovación en Tuberculosis: El Gobierno Nacional fortalecerá la inversión pública y promoverá acciones conjuntas con la cooperación internacional, la academia y el sector privado, para incentivar la

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

educación, investigación e innovación y el desarrollo y producción de tecnologías en salud basadas en la evidencia para la eliminación de la tuberculosis.

PARAGRAFO PRIMERO: El Comité Intersectorial de Tuberculosis, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, elaborarán anualmente una estrategia de divulgación sobre la prevención de la transmisión, el estigma y discriminación y el tratamiento de la tuberculosis como enfermedad de importancia en salud pública, para ser presentada de manera periódica en las instituciones de educación básica y a nivel nacional el 24 de marzo, por lo menos una vez al año dentro de los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

PARAGRAFO SEGUNDO: A partir del año 2024 y hasta 2030 aumentará el presupuesto de inversión para la educación, investigación e innovación en tuberculosis y liderará una agenda de desarrollo de investigaciones operativas que permitan pasar de una asignación del 10% al 40% y monto semilla, así como la creación de un fondo para el apalancamiento de proyectos de formación y emprendimientos para las personas afectadas por tuberculosis.

PARAGRAFO TERCERO: Las prioridades de investigación en tuberculosis para Colombia serán actualizadas por el Comité Intersectorial de Tuberculosis, los Comités Territoriales, las entidades territoriales y los actores del Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación, de manera interdisciplinaria y transdisciplinaria articulados por la Red Nacional de Investigación, Innovación y Gestión del Conocimiento de tuberculosis de Colombia reconocida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y coordinada por la Dirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Artículo 42° Formación profesional en tuberculosis: Todos los profesionales y técnicos de la salud en su proceso de formación de pregrado recibirán dentro de la cátedra de salud pública de medicina, enfermería, odontología, psicología, trabajo social, epidemiología, bacteriología, entre otros definidos por el Comité Intersectorial de Tuberculosis, treinta (30) horas específicas de formación en prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la tuberculosis en el marco de los lineamientos nacionales y con el reconocimiento de la importancia de la articulación con las acciones comunitarias, para el logro de las metas definidas por el país.

PARAGRAFO PRIMERO: Las Universidades promoverán formación especializada en tuberculosis frente a la educación, investigación e innovación y cooperación nacional e internacional e intercambios de conocimientos y experiencias con otros

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

países con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud y la Liga Anti-tuberculosis Nacional y Distrital.

Artículo 43° Prácticas profesionales en salud: Las universidades y centros de investigación promoverán el desarrollo de pasantías y practicas universitarias de pregrado con los estudiantes de la salud y técnicos e incluirán la participación en actividades clínicas y experiencias de abordaje comunitario a las personas afectadas por tuberculosis, haciendo uso respectivo de control de infecciones necesarias. Así mismo se promoverá la celebración de convenios entre las entidades territoriales, las organizaciones de la sociedad civil a que se refiere el artículo 36 de la presente ley y las Universidades para que presten prácticas profesionales en salud pública. Para efectos de la presente ley, las universidades realizarán semestralmente una evaluación de la practica en salud pública con los estudiantes de pregrado.

Artículo 44° Acceso a Nuevas Tecnologías, Telemedicina y Salud digital: El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá, bajo los más altos estándares de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, el uso de nuevas tecnologías de la información en salud, de la telemedicina y salud digital, con la mayor evidencia científica disponible, especialmente para zonas rurales o rurales dispersas, grupos vulnerables u otras condiciones diferenciales existentes, buscando el mayor beneficio y accesibilidad de las personas afectadas por tuberculosis a estas nuevas tecnologías.

Artículo 45° Vigencia y Derogatorias: La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,



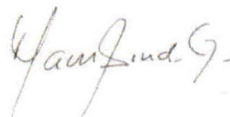
Proyecto de ley TB

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Senadora de la República de Colombia



Lorena Rios
Senadora de la república
Partido Colombia Justas Libres



Marcos Daniel Pineda García
Senador de la República

Carrera 7 N° 8 - 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República

EXPOSICION DE MOTIVOS
PROYECTO DE LEY
DE TUBERCULOSIS EN COLOMBIA

Senado de la República

Autora: Honorable Senadora Soledad Tamayo Tamayo

Siglas y Acrónimos

ACSM	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
CI	Control de Infección
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
FM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
IEC	Información, Educación y Comunicación
INS	Instituto Nacional de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización Sociedad Civil
PAT	Persona afectada por tuberculosis
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PPL	Personas Privadas de Libertad
PVV	Personas viviendo con VIH
RAH	Recambios de aire por hora
RH	Rifampicina, Isoniazida
RHZE	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol.

Carrera 7 N° 8 – 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 24 del mes Mayo del año 2023

se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº. 245 Acto Legislativo N°. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: H. S. Solís y Ramírez

Marcos Daniel Pineda B., Beatriz Lorenza Pios (1)


SECRETARIO GENERAL



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República

SISPRO	Sistema de Información de la Salud y Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SPA	Sustancias Psicoactivas
TDO	Tratamiento directamente observado
THS	Talento Humano en Salud
TB	Tuberculosis
TB/MDR	Tuberculosis Multirresistente
TB/RR	Tuberculosis resistente a la Rifampicina
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 24 del mes Marzo del año 2023

se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 295 Acto Legislativo N° _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: H.S. Soledad Tamayo Tamayo, Marcos

Daniel Pineda y Beatriz Lorena Fios Cotto

SECRETARIO GENERAL

Carrera 7 N° 8 – 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

I. Justificantes de la ley

Que es obligación del Estado Colombiano promover y proteger los derechos humanos y atender a las personas afectadas por tuberculosis, favoreciendo la garantía del derecho fundamental a la salud, como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, favoreciendo el acceso, la cobertura, la calidad, equidad, el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento con idoneidad, oportunidad y efectividad.

Qué debido al aumento en la incidencia de casos, al incremento de la mortalidad e impacto de los costos catastróficos asumidos por las personas afectadas por la tuberculosis, así como la gestión deficiente frente a la pobreza y la protección social, crecimiento de la población, la migración y la desnutrición, el incremento de la tuberculosis en personas con VIH, en el año 2014 en la 67 AMS Colombia adoptó la Estrategia Fin de la tuberculosis de la OMS, la cual se enmarca en el ODS No 3.3 de la ONU.

La Estrategia Fin de la tuberculosis, cuenta con tres pilares fundamentales, orientados a la atención y prevención integral centrada en el paciente, políticas audaces, sistemas de apoyo, la intensificación de la investigación y la innovación y por consiguiente, continuar materializando el cumplimiento del Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la tuberculosis 2016-2025.

Qué a pesar de los avances y esfuerzos del Estado Colombiano, las metas previstas en el Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la tuberculosis requieren de una especial atención y de mecanismos que aceleren su cumplimiento en el marco de los compromisos internacionales frente a la tuberculosis.

Que en este contexto, Colombia requiere de una política pública integral dirigida a proteger los derechos de las poblaciones afectadas por la tuberculosis, el derecho a la salud y bienestar, que apunte al mejoramiento de las condiciones de vida y que reconozca y declare de interés público la problemática específica de las poblaciones de mayor riesgo, que requieren un especial amparo del Estado, con barreras de acceso al diagnóstico, al tratamiento y a los programas de protección social, en el marco de los derechos humanos y de los compromisos internacionales asumidos por el país, en torno a una prioridad en salud pública como lo es la tuberculosis.

Que es necesario fortalecer la respuesta de país y dar lineamientos de política pública en la prestación de servicios de salud y protección social idóneos, oportunos y eficaces, así como mejorar e impactar el trabajo intersectorial para el abordaje efectivo de los Determinantes de la Salud en beneficio de las personas afectadas por tuberculosis, y promover una mayor participación de las organizaciones de la sociedad civil en las redes de atención y prestación de servicios comunitarios.

Que expuesto lo anterior se justifica la creación de una ley de tuberculosis en Colombia.

II. Introducción¹.

La tuberculosis es una enfermedad transmisible por vía respiratoria, ocasionada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis* de amplia distribución mundial. Se transmite de persona a persona cuando alguien tiene la enfermedad y no ha iniciado o no toma el tratamiento, tose, estornuda, habla o canta, arrojando miles de pequeñas gotículas que contienen el bacilo y estas son respiradas por otras personas con un contacto estrecho, es decir cerca de 6 horas diarias en promedio de 60 a 90 días. Esta enfermedad no se transmite por la saliva, ni por dar la mano, ni por un beso, ni por compartir alimentos, ni por el contacto ocasional, ni por la ropa, ni por picadura de insectos, no se transmite la tuberculosis extrapulmonar.

¹Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado de Informe de evento de tuberculosis. 2021 disponible en la página web <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Tuberculosis.aspx>

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

El tratamiento de la tuberculosis cura la enfermedad y deja de transmitirse la enfermedad, a partir de los primeros quince (15) días de tratamiento prácticamente cesa la transmisión. El tratamiento consiste en la toma diaria de lunes a sábado de 4 antibióticos denominado RHZE durante los primeros dos meses y luego continua con dos antibióticos RH durante 4 a 6 meses, para una duración total entre 6 a 9 meses.

Es importante señalar, que los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis son vitales, así como no disponibles en Colombia, para lo cual la Nación a través del Ministerio de Salud y Protección Social, adquiere estos medicamentos a través del Fondo Estratégico de la OPS.

El tratamiento es supervisado y directamente Observado o TDO, por el THS en salud, e implica la asistencia diaria de la persona afectada a la institución de salud más cercana, para constatar que ingiera medicamento y se vigilen las posibles reacciones adversas a los medicamentos, así como la asistencia mensual a controles médicos de enfermería, nutrición, psicología y laboratorio, entre otros.

De acuerdo con la resolución 2292 de 2021 y demás resoluciones vigentes, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, todas las tecnologías para diagnosticar la tuberculosis como la prueba molecular o PCR, cultivo líquido, radiografía, y el tratamiento, son gratuitos para toda la población y se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. No obstante, el Sistema de Salud genera algunos cobros de cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación en actividades de salud pública para el control de la tuberculosis, que son exentas en el sistema.

III. Perspectiva Internacional de la Tuberculosis

La tuberculosis sigue siendo uno de los 10 padecimientos de mayor morbilidad y mortalidad en la población mundial. Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021 se reportaron cerca de 10.6 millones de casos al año, 1.6 millones de muertes de las cuales son 1.4 millones corresponden a personas VIH negativas y 187 mil muertes en personas VIH positivas. Sobre la distribución de casos, el 57% corresponde a hombres, el 33% a mujeres y el 11% a niños. En la región de las Américas se reportaron 309 mil casos anuales².

En mayo de 2009, en el marco de la 62a Asamblea Mundial de Salud de la cual Colombia hace parte, se firmó la Resolución WHA62.15, en la cual los estados miembros se comprometen a hacerle frente a la amenaza de la tuberculosis multidrogorresistente (Tuberculosis-MDR) y la tuberculosis extensamente resistente (Tuberculosis -XDR), así como implementar el acceso universal al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis- MDR y tuberculosis -XDR, mejorar la calidad y cobertura del tratamiento directamente observado para lograr una tasa de detección del 70% y una tasa de éxito terapéutico del 85%, previniendo así la tuberculosis, multiresistente secundaria. También se incluyó el aumento de las inversiones de los países y todos los asociados en investigación operacional y en la investigación y el desarrollo de nuevos medios diagnósticos, medicamentos y vacunas para prevenir y tratar la tuberculosis.

En el año 2014 durante la 67 Asamblea Mundial de la Salud, los estados miembros entre ellos Colombia, se comprometieron a poner fin a la epidemia de tuberculosis a más tardar en 2030, al aprobar la "Estrategia Fin a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, lo cual se relaciona también con los compromisos internacionales adquiridos por Colombia respecto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS para el 2030, que incluye la Meta 3.3 – "Detener transmisión de enfermedades transmisibles tales como el SIDA, malaria, tuberculosis, y enfermedades desatendidas". El país en el marco de su Política de Atención Integral en Salud para el logro de las metas en la prevención, atención y control de la tuberculosis y VIH adoptó el Plan Estratégico Nacional hacia el Fin de la Tuberculosis 2016-2025.

² Organización Mundial de la Salud. [Global TB Report 2022](#).

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

La Organización Mundial de la Salud -OMS declaró la tuberculosis como emergencia global y en la Conferencia Ministerial para Poner fin a la tuberculosis celebrada en Moscú del 16 al 17 de noviembre de 2017, reafirmó el compromiso de los países en adoptar la Estrategia Mundial hacia el Fin de la Tuberculosis 2015-2030, debido al aumento constante en la incidencia de casos, el abandono de la lucha por parte de algunos gobiernos, la gestión deficiente de los programas, la pobreza, el crecimiento de la población, la migración y la desnutrición, así como el incremento de la tuberculosis en personas con VIH y casos de farmacoresistentes.

La estrategia END TB (Fin a la tuberculosis), 2015, incluye tres pilares, el primero es la atención y prevención integrada centrada en el paciente, el segundo políticas audaces, sistemas de soporte y el tercero innovación e investigación intensificada. Dentro de las metas propuestas para el 2030, se encuentran: una reducción del 90% en las muertes por tuberculosis, una reducción del 80% en la tasa de incidencia de tuberculosis, (casos nuevos y recaídas por cada 100 000 habitantes por año) comparada con el 2015, así como tener 0% de pacientes con tuberculosis, cuyos hogares experimenten gastos catastróficos debidos a la enfermedad.

La Declaración Política de la ONU del año 2018 en la primera reunión de Alto Nivel sobre la tuberculosis, acordó para 2022, entre otros objetivos globales: Tratar con éxito a 40 millones de personas afectadas por tuberculosis, proporcionar tratamiento preventivo al menos a 30 millones de personas, movilizar al menos 13.000 millones de dólares anuales para ofrecer acceso universal a servicios de diagnóstico, tratamiento y atención de tuberculosis y movilizar al menos 2.000 millones de dólares anuales para investigaciones sobre la tuberculosis, para 2022, además los Estados se comprometieron con un liderazgo mundial decisivo y responsable que incluye también la implementación de los planes estratégicos nacionales y las medidas necesarias para cumplir los compromisos de la presente declaración política, incluso a través de mecanismos nacionales multisectoriales de seguimiento y examen de los progresos.³

IV. Frente Parlamentario de las Americas por la tuberculosis y compromisos derivados

En Asunción Paraguay el 12 y 13 de septiembre de 2022, se realizó la Cumbre Regional de Parlamentarios para América Latina en tuberculosis, donde Colombia tuvo un papel activo con la participación de la Senadora Soledad Tamayo Tamayo. En dicha Cumbre los países se comprometieron a hacer seguimiento al cumplimiento de metas nacionales y al abordaje de poblaciones vulnerables (Habitantes de calle, Población Privada de la libertad, migrantes, niños, usuarios de drogas, tuberculosis-VIH).

Dentro de los compromisos adquiridos se encuentra el apoyo a la construcción de iniciativas políticas sostenibles como reuniones de alto nivel nacionales, para incentivar la voluntad política y responder a la problemática relacionada con la enfermedad, así como a los determinantes sociales de salud que la generan.

A su vez a impulsar la creación de un frente parlamentario nacional para supervisar los compromisos asumidos en la Declaración Política de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas, así como favorecer el aumento de la financiación para la tuberculosis, reconocer y socializar la importancia del Fondo Mundial de lucha contra el VIH/Sida, Malaria y tuberculosis como proveedor de subvenciones en la región para mitigar el efecto de estas enfermedades, así como de la Covid 19. Adicionalmente otro de los aspectos más importantes consiste en fomentar la incorporación de políticas públicas de protección social y el abordaje de los determinantes en salud.

³ (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/tuberculosis/political-declaration-un-general-assembly-tb-tuberculosis77cd7a27-7e8d-4fbb-9729-a5dbd505798f.pdf?sfvrsn=4f4090dc_1&download=true).

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

V. La tuberculosis y los países de la región:

Perú: La Ley de Prevención y Control de la tuberculosis: Promulgada en diciembre de 2014, es única en la región y en el mundo debido a la inclusión de un capítulo completo tratando los derechos de las personas afectadas por la tuberculosis. Para esta finalidad, la ley establece, entre otros, el derecho a un sistema de salud completo, a la no discriminación y la presentación de quejas, a la privacidad y la dignidad, a disfrutar de programas estatales de inclusión social, al acceso a la información, a recibir una descripción puntual, clara y concisa del diagnóstico de la persona y el tratamiento, incluyendo efectos secundarios y a recibir apoyo nutricional y otro tipo de apoyos durante el tratamiento.

Panamá: La Ley N°169 fue establecida en octubre de 2020 y contiene el marco jurídico para luchar contra la tuberculosis que plantea diferentes estrategias para la prevención de la tuberculosis, tales como: educación de la población para evitar el contagio y el incremento de casos; organización y participación de la población en colaboración con gobiernos locales, comités de salud y organizaciones de salud; promoción de acciones multisectoriales para elevar la calidad del ambiente, los estilos de vida, la satisfacción de las necesidades en las áreas más pobres, ciudades, zonas rurales e indígenas; búsqueda, diagnóstico y tratamiento de casos y estudio de los contactos; seguimiento de pacientes con patologías crónicas; entre otros.

Paraguay: Cuenta con una ley de Prevención y Control de la Tuberculosis. El propósito es la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, para detener la dispersión de la enfermedad y disminuir la mortalidad de la tuberculosis. El artículo 27 establece el Programa Nacional de tuberculosis como la agencia especializada bajo el Ministerio de Salud Pública encargada de asegurar el cumplimiento de la ley. El proyecto de ley establece una serie de derechos para las personas afectadas por la tuberculosis, estos incluyen el derecho a un diagnóstico gratuito, el acceso gratuito al tratamiento de manera no discriminada, el derecho a recibir consejería y a la confidencialidad.

Argentina: La ley busca declarar de interés público la respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual ITS, y la Tuberculosis, a su vez los medicamentos, las vacunas, la investigación y el desarrollo de tecnologías locales, la utilización de salvaguardas en salud y la participación de personas con tuberculosis y una respuesta integral e intersectorial basada en la Atención Primaria en Salud.

La cooperación Internacional y la tuberculosis: La Cooperación internacional en tuberculosis ha jugado un rol estratégico en el país para el apoyo en la definición de políticas públicas e implementación de estrategias que ha adoptado el sector salud para el control de la tuberculosis, la disminución de la incidencia y la mortalidad. El Fondo Mundial de lucha contra el VIH/Sida, la Tuberculosis y Malaria, la Organización Panamericana de la Salud/ la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones - OIM, entre otras organizaciones de la sociedad civil, se han destacado por ser socios estratégicos del país en esta respuesta.

VI. Contexto normativo nacional y de política pública.

El Artículo 49 de la Constitución Política, la prestación del servicio de salud y su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 48 de la Constitución: La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

La Ley 100 de 1993 SGSSS, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

La Ley 789 de 2002, por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. En el Artículo 1° define el Sistema de Protección Social, como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo.

La Ley 715 de 2001 define las competencias de la Nación en el sector salud y distribuye los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

En el año 2005, se emitió el CONPES 91 en el cual se establecen las metas y estrategias hasta el 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el tema de tuberculosis, se incluyen acciones conjuntas para reducir la incidencia de la enfermedad en el país.

El Decreto 2323 de 2006, tiene por objeto organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.

El Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y establece las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la tuberculosis.

El Decreto 3039 de 2007, según el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública, la tuberculosis fue incluida como una prioridad en esta materia con objetivos, metas y estrategias para su control en concordancia con la estrategia alto a la tuberculosis, y a las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La resolución 425 de 2008 define las acciones que integran el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, bajo este esquema normativo, las actividades de prevención, vigilancia y control de la tuberculosis, en Colombia se ejecutan de forma descentralizada, y se garantiza la atención de los pacientes a través de la afiliación al Sistema.

La Circular 0058 de 2009, en la cual se establecieron ajustes a los lineamientos programáticos.

El Decreto 1477 de 2014, por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales y estableció la tuberculosis como enfermedad de exposición ocupacional en el sector salud.

La ley 1751 de 2015 "Estatutaria de la Salud" en su artículo 2 estableció el derecho fundamental a la salud como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

El Plan Estratégico "Hacia el Fin de la Tuberculosis", Colombia 2016-2025, en el cual, se establecieron las líneas de acción para el programa, orientadas a dar cumplimiento a las metas de los – ODS 2030. Dentro de las metas propuestas para el 2030, se encuentran: una reducción del 35% en las muertes por tuberculosis, una reducción del 25% en la tasa de incidencia de tuberculosis, comparadas con el 2015, así como reducir en 30% los costos catastróficos causados por la tuberculosis a los afectados y sus familias respecto a la línea de base.



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

La **Resolución 412 de 2000** por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

La **Resolución 227 de 2020** por medio de la cual se actualizaron los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis en Colombia adoptando nuevos algoritmos diagnósticos, esquemas de tratamiento, enfoques y estrategias en poblaciones vulnerables, fortalecimiento del sistema de información, adopción de la carta de derechos y deberes de las personas afectadas, entre otros aspectos normativos.

El **Decreto 1005 de 2022** estableció la organización y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de salud Pública, siendo los determinantes condiciones sociales, económicas, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos que inciden en las condiciones de salud y en la aparición de eventos de interés en salud pública, como la tuberculosis, en la población.

La **Resolución 1035 de 2022**, adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031- PDSP, el cual incluye metas de disminución de la mortalidad asociada a la tuberculosis e incrementar el tratamiento exitoso de la enfermedad y la disminución de las muertes causadas por el VIH.

La **Resolución 309 de 2022**, por medio de la cual se realizaron transferencias a los programas de Tuberculosis de los departamentos y distritos por un valor de \$7.829.775.000 con rubros para sostenibilidad de talento humano, fortalecimiento comunitario e investigación e innovación.

VII. Respuesta desde el Ministerio de Salud y Protección Social frente a la tuberculosis.

Dentro de las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con relación al Programa Nacional de Tuberculosis se encuentran principalmente:

La adopción de las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud -OMS- sobre la disponibilidad de nuevos fármacos como bedaquilina, linezolid, clofazimina, quinolonas para el tratamiento de tuberculosis farmacorresistente. El país es uno de los primeros de la región en aprobar un protocolo de tratamiento corto para tuberculosis MDR y RR con fármacos orales durante 6 a 9 meses en condiciones de investigación operativa, bajo el asesoramiento de la OPS y la OMS.

El país realizó en 2021 la Encuesta Nacional de Costos Catastróficos sobre la tuberculosis con un muestreo nacional que permitió identificar que la proporción (51,7%) de personas y sus familias son afectadas por costos catastróficos debido a la tuberculosis. Los costos catastróficos se definen por la OMS, como la pérdida de ingresos o incremento de gastos de bolsillo superior al 20%, con relación al ingreso familiar superior y a razón de la afectación por esta enfermedad, este costo generado por factores como pérdida del empleo, la incapacidad, el sobre costo en el transporte debido a la búsqueda de la atención en diagnóstico y tratamiento y gastos en alimentación, entre otros.

Acorde a la línea Estrategia 2 del Plan Nacional Hacia El Fin de la tuberculosis, en Colombia, se ha promovido e implementado la iniciativa ENGAGE tuberculosis, la cual busca involucrar e incluir a las Organizaciones de la Sociedad Civil en los procesos de planificación y acción frente a las intervenciones de lucha contra la tuberculosis. En este contexto, se ha desarrollado un Observatorio Social de Tuberculosis en articulación con el Ministerio de Salud, la OPS/OMS y organizaciones de la sociedad civil (OSC) nacionales e internacionales, generando siete (7) nodos en Santander, Meta, Medellín, Cali, Bogotá, Caribe y Popayán y la participación de al menos 21 organizaciones de sociedad civil.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

En la vigencia 2022 se invirtió un total cercano a 4.200 millones de pesos, para la compra centralizada de medicamentos a través del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, que ha permitido garantizar la atención del 100% de casos confirmados de tuberculosis sensible y resistente e infección latente.

Se logró aprobación en 2021 de una propuesta dirigida al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en el marco de la respuesta a COVID-19 y la afectación a estos eventos, dado que Colombia no es un país elegible para estos fondos, con la cual fue posible adquirir once (11) equipos de última tecnología que permitan el diagnóstico molecular (Genexpert Ultra). Cinco (5) durante el 2021 y seis (6) durante el 2022, para ubicarlos en Empresas Sociales del Estado.

La aprobación de la Resolución 309 de 2022 a través de la cual se realizaron transferencias económicas del Presupuesto General de la Nación por el orden de 7.829 millones de pesos, donde el Ministerio asigna recursos económicos a los 32 departamentos y 6 distritos.

El fortalecimiento de la Red Nacional de investigación en tuberculosis con participación de las entidades departamentales, distritales, universidades, centros de investigación, como amplia participación del observatorio Social de Tuberculosis.

El fortalecimiento en la publicación de informes e indicadores del comportamiento del evento de tuberculosis en Colombia, asistencia técnica virtual a los departamentos, distritos y seguimiento a las EAPB en cuanto a la implementación de los lineamientos del PNCT.

En 2023 se realizó un incremento del 64.9% (2,6 millones US) de los cuales el 70%-80% de talento humano incluye laboratorios, red departamental, 10% de insumos, otros gastos y 10% investigación operativa.

VIII. Marco Jurisprudencial

La Corte Constitucional ha emitido varias sentencias relacionadas con la tuberculosis. Algunas de ellas son:

Sentencia T-376 -19 respecto al derecho a la igualdad y el art 13 de la C Nal. T-121-21 tuberculosis y VIH y la protección especial a las personas que padecen de VIH.

Sentencia T 496-20 Derecho a la Salud y afiliación a la seguridad social de extranjeros no regularizados. Caso Venezolano con VIH SIDA y tuberculosis. Derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Sentencia T-195-21 Respeto a las personas con tuberculosis y sus tratamientos hospitalarios críticos.

Sentencia T-121-21 protegió los derechos a la igualdad, al trabajo y a la estabilidad laboral reforzada de una mujer que fue despedida sin justa causa, pese a ser diagnosticada con VIH y tuberculosis

Sentencia T-508-19 tuberculosis o esquizofrenia.

Sentencia T-057-11 Protección aplicable a la tuberculosis.

Sentencia C-062-21 Derecho a la igualdad Art 13 C Nal.

IX. Contexto epidemiológico /Informe Nacional Tuberculosis.

Colombia es el cuarto país de la región de las Américas con mayor carga de casos de tuberculosis. De acuerdo con el informe preliminar del año 2022 se reportaron al Programa Nacional de Tuberculosis 17.460

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

casos, con un incremento del 19.2% comparativo con el año inmediatamente anterior. Se alcanzó una tasa de incidencia de 31 casos por cada 100 mil habitantes y una tasa de mortalidad de 2.1 casos. La OMS de acuerdo con su reporte global estimó para el 2021 que el país presentara cerca de 21.000 casos nuevos.

Del total de casos reportados el 84.9% fueron de tipo pulmonar, los cuales presentan mayor riesgo de transmisión de la enfermedad y 15.1% tuberculosis extrapulmonar. El 91.2% correspondieron a casos nuevos y 8.8% a personas que fueron previamente tratados. Del total de casos un 65.1% fueron en hombres y 34.9% mujeres con una razón de 2 hombres por cada mujer con la enfermedad.

Un 3.3 % del total de casos se registró en niños menores de 15 años. En esta última población se observó un ligero incremento en el 2022 frente al 2021, en donde alcanzo un 2.6 %, sin embargo, se considera necesario seguir incrementando las acciones de búsqueda. En cuanto a los grupos de edad mayormente afectados, están los adultos entre 29 a 59 años con un 46 %, generando una afectación importante en la población económicamente activa. Se reporta el 20,6 % de casos en personas mayores de 65 años.

Frente a las comorbilidades más frecuentes que tienen las personas con tuberculosis están: 16.1 % en tuberculosis y desnutrición, 11.8 % tuberculosis y VIH, 9.3% tuberculosis y diabetes mellitus, 7.6 % tuberculosis y EPOC, 3.0 % en cáncer, 3.2 % tuberculosis y enfermedad renal crónica y 3.0 % en consumidores de sustancias psicoactivas. En cuanto a las poblaciones más afectadas por tuberculosis están: 7.1 % en privados de la libertad, 4.4 % en indígenas, 3.6% en afrodescendientes, 3.2 % en habitantes de calle, 5.4 % en migrantes, y 1.7 % en trabajadores de la salud.

En el año 2021 el 64.2% de la carga nacional de casos de TB en el país se concentró en 8 departamentos y distritos tales como, Antioquia 18.8%, Valle del Cauca 12.4%, Bogotá DC 8.2%, Atlántico 7.1%, Santander 5.4%, Norte de Santander 4.5%, Meta 4.0% y Risaralda 3.8%. También, se reportan 11 grandes ciudades que concentraron el 51.3% de la carga nacional de casos de TB como, Medellín 12.9%, Santiago de Cali 8.2%, Bogotá DC 8.2%, Barranquilla 4.7%, Cúcuta 3.0%, Bucaramanga 2.7%, Villavicencio 2.7%, Pereira 2.5%, Cartagena de Indias 2.4%, Bello 2.2% e Ibagué

El 68.1% de los municipios en Colombia han reportado uno o más casos de tuberculosis en el último año. En la última evaluación de la cohorte de resultados del tratamiento entre casos nuevos y recaídas del año 2020, se tuvo un tratamiento exitoso en un 71% de los casos, y la meta de más del 90%. Se alcanzó el 51% de éxito de tratamiento en personas con la coinfección TB y VIH, 53.7% en personas previamente tratadas y 60% en los casos TB -MDR y RR, este último indicador de tratamiento exitoso en farmacorresistente procedente del año 2019. 1060 casos de coinfección de tuberculosis y la COVID-19.

Se reportaron en el 2020, un total de 1347 personas que presentaron abandono al tratamiento de las cuales 214 tenían VIH, 1.929 fallecimientos durante el tratamiento, de los cuales 501 fueron en personas con tuberculosis y VIH. Del total de personas con tuberculosis, según el régimen del tratamiento se obtuvo tratamiento exitoso en el contributivo un 78%, subsidiado 67%, no asegurado 51.8% y 83% en regímenes especiales. Se reportaron en 2021, un total de 347 casos de tuberculosis farmacorresistente la cual presenta tendencia en los últimos 10 años hacia el incremento.

El 53% de los casos se detectan en hospitalización urgencias o unidades de cuidado intensivo y no en la atención primaria en salud, lo cual obliga a generar acciones de abordaje comunitario para la identificación de nuevos casos y sus contactos con especial atención en poblaciones vulnerables como privados de la libertad, indígenas, habitantes de calle, migrantes, personas en zonas rurales y dispersas, entre otros.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

X. La tuberculosis y los Determinantes Sociales de la Salud DSS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido que el estado de salud y bienestar de la población depende de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), y los define como *"las condiciones en que las personas nacen crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren."* Según la edad y sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo, condicionan la salud, la propensión de enfermar y morir.

Así mismo ha establecido dos tipos de determinantes sociales de la salud prioritarios: los estructurales, que son los mecanismos productores primarios de estratificación y divisiones sociales, como las políticas macroeconómicas, las políticas públicas (educación, salud) las políticas sociales, entre otras, que generan como resultado las diferenciaciones en ingreso, etnia, clase social, escolaridad y los determinantes intermedios, los cuales juegan un papel en el proceso de generación de inequidad. Son las circunstancias materiales, los factores biológicos, psicosociales y el sistema de salud.

En un estudio realizado en Perú durante el 2009, sobre la tuberculosis y los DSS, se determinó que influyen tanto en la posibilidad de exponerse al contagio, como en el desarrollo final de la enfermedad. Este estudio cita a la pobreza e inequidad, nutrición, hacinamiento y vivienda, discriminación y exclusión social, empleo, educación, servicios de salud y seguridad social como los determinantes más relacionados e importantes.

4

Un estudio realizado en Colombia en 2020, sobre los determinantes sociales en salud y la pérdida del seguimiento al tratamiento de la tuberculosis pulmonar realizado en pacientes diagnosticados con tuberculosis en la ciudad de Manizales, identificó los siguientes hallazgos: 41,7 % son de estrato socioeconómico 1 y 2, y 86 % reciben menos de un salario mínimo; además 74,4 % de los pacientes que son de estrato 1 y 2 abandonaron el tratamiento.⁵ El abandono al tratamiento de tuberculosis está relacionado con la situación económica y el estado de salud de las poblaciones; es decir, las personas de bajos recursos tienen un mayor riesgo de presentar la enfermedad como lo son también factores relacionados con el bajo nivel educativo, circunstancias laborales y falta de alimento. El abandono al tratamiento de tuberculosis está relacionado con la situación económica y el estado de salud de las poblaciones; es decir, las personas de bajos recursos, el bajo nivel educativo, circunstancias laborales y falta de alimento, tienen un mayor riesgo de presentar la enfermedad.⁶

Sobre el tratamiento antituberculoso, el 75 % de la población pertenece a estrato 1 y 24,6 % a estrato 2, es una situación que va de la mano con el régimen de afiliación que posee cada afiliado, 86,8 % pertenece al régimen subsidiado y sólo 0,3 % se encuentra al régimen contributivo, mientras que 12,9 % de la muestra no están afiliados a ningún régimen. Estas personas según se pudo determinar en el estudio son habitantes

⁴ Fuentes-Tafur, Luis Alberto. (2009). Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26(3), 370-379. Recuperado en 30 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000300017&lng=es&tlng=es.

⁵ López Palacio J. Determinantes sociales de La salud en pacientes con tuberculosis. Archivos de medicina. 2017; 17:38-53

⁶ Hernández-Guerrero A, Vázquez-Martínez H, Guzmán-López F, Ochoa-Jiménez G, Cervantes-Vázquez A. Perfil clínico y social de pacientes con tuberculosis en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. Atención Familiar. 2016; 23:8-13.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

de calle y personas mayores de 60 años que viven solos. De acuerdo con los encuestados el abandono de tratamiento se relaciona con poca dieta alimenticia asociada a los determinantes sociales.⁷

El 80 % de la población tuvo nivel preescolar, lo que evidencia poco grado de nivel educativo y es un factor que incide en la baja percepción del riesgo, por ejemplo, sobre el cuidado que deben tener los pacientes en sus controles al tratamiento para la tuberculosis. En el estudio también se determinó que 68 % de la muestra bajo estudio se gana menos del salario mínimo legal vigente y 22% no presentó datos de ingreso mientras que 10% genera ingresos superiores a un salario mínimo legal vigente.

XI. La Tuberculosis y las poblaciones clave:

Las poblaciones clave son aquellas que sufren una mayor incidencia epidemiológica, que tiene un menor acceso a los servicios, y que a su vez pueden incluir subpoblaciones que son criminalizadas o marginadas, constituyen a su vez poblaciones de mayor riesgo de ser infectados, enfermar y morir de tuberculosis respecto a la población general⁸

En el contexto de la tuberculosis, las poblaciones clave comprenden, aunque no se limitan a: personas que viven con VIH/SIDA, poblaciones migrantes, poblaciones indígenas, personas en situación de pobreza, personas privadas de la libertad, población pediátrica, población de adultos mayores, mujeres, usuarios de alcohol y drogas intravenosas, personas con otras enfermedades como la diabetes, poblaciones trans y otras desatendidas como las personas con problemas de salud mental o con discapacidad.⁹

De acuerdo con el informe de evento del Programa Nacional de Control de la tuberculosis (PNCT), en los resultados de éxito de tratamiento para el 2021, Las de menor tratamiento exitoso están 64.9% - 40 - consumidor de sustancias psicoactivas, 53.9% migrantes y 36.75 habitantes de la calle. Dentro de estas poblaciones se observa un incremento importante de las pérdidas en el seguimiento 25.6% consumidores de sustancias psicoactivas, 27.4% migrantes y 39% habitantes de la calle que implica mejora en la atención integral de comorbilidades o identificar e intervenir factores de no adherencia.¹⁰

Respecto a la pérdida de seguimiento en poblaciones clave, los mayores niveles de pérdida de seguimiento se encontraron en habitantes de calle con 38.1%, migrantes 55.9%, y farmacodependientes con 65.6%. De acuerdo con las características demográficas, sociales, políticas y económicas de cada región, cada uno de estos grupos poblacionales presentan distintas problemáticas, barreras de acceso y tasas de incidencia, por lo anterior consideramos vital el abordaje de estas poblaciones para alcanzar las metas propuestas en la estrategia fin de la tuberculosis, mediante un enfoque integral y diferencial.

7 Determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014. Archivos de Medicina (Col), vol. 17, núm. 1, pp. 38-53, 2017.Universidad de Manizales.

8 Fondo Mundial. Plan de acción para las poblaciones clave. 2017. disponible en la página web: www.theglobalfund.org. info@theglobalfund.org.

9 Ibid.

10 Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de evento Tuberculosis año 2022. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Dirección de Promoción y Prevención Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Bogotá, Colombia 2022.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

XII. Tuberculosis en niños y adolescentes:

De acuerdo con el informe de la OMS, durante el 2021, la tuberculosis en niños represento el 11%¹¹. En Colombia en el mismo año se reportaron en menores de 15 años un total 380 casos con un incremento del 15% frente a los 328 casos del año anterior, lo cual corresponde a un 2.7%.

En el grupo de adolescentes entre 15 a 19 años, se reportaron 612 casos equivalente a un 4.3%. Se observó en los últimos 4 años una tendencia a la disminución en el número de casos diagnosticados de tuberculosis en niños menores de 15 años, lo cual no podría inferirse en su totalidad por la reducción demográfica de la natalidad según censo DANE 2018 proyecciones poblacionales. Se destaca que en el grupo entre 10 a 14 años se tuvo mayor número de niñas con relación a niños con tuberculosis, mientras que entre los grupos de 1-4 años, 5 a 9 años, y de 15 a 19 y adultos, se concentró predominantemente en el sexo masculino.

Lo anterior denota la necesidad de intensificar las acciones de búsqueda activa de contactos en niños derivados de adultos con tuberculosis¹². Se observó que la población infantil menor de 1 año reportó un 90,5% de tratamiento exitoso, no obstante, se reporta un indicador del 9.5% de fallecimientos y en los de 15 a 19 años de un 82.6%.

XIII. Tuberculosis y control de infecciones

Para cortar la cadena de transmisión se han propuesto diversas medidas de prevención y control de la transmisión de la tuberculosis, a ser instauradas en el nivel nacional, local, en los hospitales, centros de salud, sitios de congregación como cárceles, centros de protección del adulto mayor, así como a nivel de los hogares. Las principales medidas de control de infección son las de control administrativo y gerencial, de control ambiental y de protección respiratoria.

Medidas administrativas: Son las más importantes, y tienen como objetivo reducir la exposición a la tuberculosis. Estas son las medidas de mayor importancia, dentro de ellas se encuentran: diagnóstico oportuno, separación o aislamiento de personas afectadas, inicio inmediato del tratamiento anti-tuberculosis, evaluación de riesgo de transmisión en el hospital, plan de control de infecciones, capacitación y monitoreo de la infección.

Medidas de control ambiental: buscan reducir la concentración de bacilos a través de la ventilación de los ambientes donde están los casos de tuberculosis. Las medidas de control ambiental tienen por objetivo reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas y controlar la direccionalidad y el flujo del aire. Se basan en la ventilación natural o mecánica, y puede ser complementada con filtros (medios de alta eficiencia de filtración de partículas en el aire) y/o luz ultravioleta (LUV)

Protección personal: Estas medidas buscan reducir el número de núcleos de gotas inhaladas por las personas expuestas. Deben aplicarse principalmente donde las medidas anteriores no han podido implementarse adecuadamente, áreas donde es probable que los controles administrativos y ambientales no impedirán inhalar gotitas de aire infecciosas.

Se deben brindar recomendaciones y capacitación en las instituciones al personal de salud, de guardia, administrativo, a las personas afectadas por tuberculosis, a sus familias, visitantes en el uso de respiradores, tapabocas o mascarillas quirúrgicas requeridas, así como en las buenas prácticas de uso, dependiendo del tipo institución, del profesional, o del área de riesgo relacionada o procedimiento.

¹¹ Global Tuberculosis report 2022. Organización Mundial de la Salud

¹² Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de evento Tuberculosis año 2022. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Dirección de Promoción y Prevención Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Bogotá, Colombia 2022.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

XIV. Tuberculosis y farmacoresistencia

La Tuberculosis es curable y prevenible. Aproximadamente el 85% de las personas que desarrollan la enfermedad pueden ser tratadas con éxito con un régimen de medicamentos de 6 meses¹³. Los casos en los cuales las bacterias causantes de la tuberculosis se vuelven resistentes a los medicamentos que se usan para tratarla, corresponden a tuberculosis farmacoresistente, lo anterior amenaza el cumplimiento de los objetivos establecidos por la Estrategia Mundial Fin de la Tuberculosis.¹⁴

El diagnóstico y el tratamiento de estas formas de tuberculosis es mucho más complejo, y el pronóstico empeora claramente a medida que se incrementa el patrón de las resistencias¹⁵

Las principales causas de la propagación de la tuberculosis resistente son los sistemas médicos débiles, la amplificación de los patrones de resistencia a través de un tratamiento incorrecto y la transmisión en comunidades e instalaciones¹⁶.

Dentro de los factores de riesgo elevados se encuentran: pacientes previamente tratados para tuberculosis, especialmente los fracasos a los esquemas terapéuticos previos, pero también las recaídas y los abandonos recuperados y los convivientes o contacto íntimo de un paciente que tiene una tuberculosis -MDR.

Dentro de los factores de riesgo moderado se encuentran: pacientes con baciloscopia positiva al final del segundo mes con el tratamiento inicial (HRZE) y en los que no se conoce la sensibilidad inicial a fármacos, pacientes procedentes de países con tasas elevadas de tuberculosis -MDR inicial, pacientes que viven en instituciones cerradas, como cárceles o albergues donde haya habido casos de tuberculosis -MDR, personal sanitario, especialmente aquellos que atienden casos con tuberculosis -MDR, pacientes con comorbilidades que puedan conllevar situaciones de mala absorción e infección por VIH.¹⁷

Las tres categorías principales utilizadas para la vigilancia mundial y el tratamiento de la tuberculosis farmacoresistente son la tuberculosis resistente a la rifampicina (tuberculosis -RR), la tuberculosis -MDR y la tuberculosis -MDR con resistencia adicional a las fluoroquinolonas. La MDR-tuberculosis es una

13 Organización Mundial de la Salud. Global report. (2019). Informe Who 2019.

14 Organización Mundial de la Salud (2015). Programa Mundial contra la Tuberculosis. Estrategia fin de la tuberculosis 2015. www.who.int/tb. Ginebra Suiza.

15 José A. Caminero, Joan A. Cayla, José-María García-García, Francisco J. García-Pérez, Juan J. Palacios, Juan Ruiz-Manzan. Diagnosis and Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. Archivos de Bronconeumología (English Edition), Volume 53, Issue 9, September 2017, Pages 501-509. DOI link: <https://doi.org/10.1016/J.ARBRES.2017.02.006>. Published: 2017-09.

16 Seung KJ, Keshavjee S, Rich ML. Multidrug-Resistant Tuberculosis and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis. Cold Spring Harb Perspect Med. 2015 Apr 27;5(9):a017863. doi: 10.1101/cshperspect.a017863. PMID: 25918181; PMCID: PMC4561400 Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Resolución 227 de 2020

17 José A. Caminero, Joan A. Cayla, José-María García-García, Francisco J. García-Pérez, Juan J. Palacios, Juan Ruiz-Manzan. Diagnosis and Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. Archivos de Bronconeumología (English Edition), Volume 53, Issue 9, September 2017, Pages 501-509. DOI link: <https://doi.org/10.1016/J.ARBRES.2017.02.006>. Published: 2017-09.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

tuberculosis que es resistente tanto a la Rifampicina como a la Isoniazida, los dos medicamentos antituberculosos más eficaces.¹⁸

De acuerdo con las directrices de la OMS, la detección de tuberculosis MDR/RR requiere la confirmación bacteriológica de la enfermedad y las pruebas de resistencia a los medicamentos mediante pruebas moleculares rápidas, métodos de cultivo o tecnologías de secuenciación.

XV. Tuberculosis y Coinfección de VIH

La Infección por el VIH, es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar tuberculosis. La principal causa de muerte en este grupo de pacientes es la tuberculosis, en comparación con pacientes libres de infección por VIH, los pacientes seropositivos tienen una probabilidad hasta 50 veces mayor de desarrollar tuberculosis a lo largo de su vida¹⁹. La necesidad de articulación entre los programas de tuberculosis -VIH, ha generado la implementación de las actividades colaborativas tuberculosis -VIH.

La coinfección en 2022 alcanzó el 11.7%. La mayoría de las entidades territoriales cumplen con la meta de más del 90% de acceso a la asesoría y prueba para VIH en las personas con tuberculosis. Sobre el acceso de tratamiento antirretroviral- ARV, para el año 2022 un 5.71% tenían reporte de acceso a tratamiento antirretroviral, el 53.3% contaban con el registro de administración del Trimetoprim. En consideración a la evaluación de la cohorte de tratamiento para el 2022, el éxito de tratamiento alcanzó solo el 51%, la mortalidad alcanzó el 32.3% y el 13.7% fue perdida en el seguimiento.

Se observa una tendencia hacia la disminución en el uso del tratamiento profiláctico para infección de tuberculosis latente (ILTb), en personas viviendo con el VIH. Para el año 2021 se reportaron 1654 casos.²⁰

La co-infección VIH-Tuberculosis altera la presentación clínica habitual de ambas enfermedades, dificultando el diagnóstico y manejo oportuno. Por lo anterior el diagnóstico de tuberculosis en pacientes VIH representa un reto debido a la frecuente presentación asintomática, patrones radiológicos atípicos y negatividad del examen directo de esputo²¹. La calidad y oportunidad del diagnóstico es relevante, las EAPB deben garantizar la utilización de tecnologías de punta, y el uso de técnicas de biología molecular, requeridas para confirmar o descartar tuberculosis activa, dada las formas atípicas de presentación y su condición paucibacilar.

De acuerdo con los hallazgos identificados por González-Durán JA, Plaza RV, Luna L, Arbeláez MP, Deviaene en artículo sobre el retraso en el tratamiento para VIH, barreras en el acceso a la atención en salud y mortalidad en personas coinfectadas con tuberculosis y VIH en Cali, Colombia, se presentan como factores de riesgo el no tener aseguramiento, barreras y fragmentación de la atención, ausencia de redes de apoyo, contratación fraccionada de los servicios de salud para TB-VIH, oportunidad y calidad en el

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Global report. (2019). Informe Who 2019.

¹⁹ Hablemos de Tuberculosis y VIH [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/ (Último acceso enero del 2015).

²⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Programa nacional de prevención y control de la tuberculosis. Informe de evento 2021.

²¹ Charbonnier F, Calmy A, Janssens J. Co-infection tuberculose et VIH: enjeux thérapeutiques. Rev Med Suisse. 2011; 7: 295-300.

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

diagnóstico temprano del VIH, acceso a la terapia contra VIH y la detección sistemática de tuberculosis entre las personas infectadas, con incumplimiento de las actividades colaborativas²².

Es de anotar que los pacientes con coinfección tuberculosis VIH, constituyen una de las poblaciones con mayor dificultad en la adherencia del tratamiento, por tanto, existe mayor pérdida de seguimiento y menor éxito del tratamiento.

Para 2021 se observó que las Entidades Territoriales de mayor carga de coinfección TB y VIH entre sus casos son: Bogotá 19%, Risaralda 18.8%, Córdoba 18.3%, Antioquia 15.5%, Barranquilla 15.3%, Quindío 14% y Cartagena 13.7%.

XVI. Prevención del estigma y la discriminación

Lograr la cero discriminación hacia las personas que viven con tuberculosis en el país, debe iniciar con el conocimiento de la situación actual en torno a las características del estigma y la discriminación de la que son víctimas las personas que viven con esta enfermedad en Colombia. El estigma es un determinante social muy significativo, siendo una causa fundamental de desigualdad en salud.

Como consecuencia del estigma y la discriminación, se identifican problemáticas que están relacionadas directamente con la atención en salud y calidad de vida, derivadas de una menor utilización de servicios de salud en el ámbito preventivo, confirmación del diagnóstico, aplazamiento del tratamiento y la atención.

Teniendo en cuenta lo anterior es fundamental comprender que las metas en términos de impacto en salud esperados para el 2030 no serán factibles de alcanzar si no se aborda e interviene el estigma y la discriminación desde diferentes ámbitos y sectores sociales.

Una investigación realizada en el primer semestre del 2021 en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá arrojó importantes resultados, relacionados con el nivel del auto estigma, estigma percibido y estigma experimentado relacionado a tuberculosis entre personas diagnosticadas con la enfermedad, así como el nivel de estigma percibido entre el personal de salud que atiende a las personas y el entorno comunitario que las rodea.

El porcentaje más alto de estigma percibido fue identificado en los entornos comunitarios que correspondió al 63% y en los servicios de salud el 51%. También se identificó una proporción de auto estigma anticipado por la persona afectada por tuberculosis en un 44%. Lo anterior pone en evidencia aspectos que históricamente manifiestan las personas diagnósticas con la enfermedad, quienes se enfrentan constantemente a situaciones externas relacionadas, como ser desacreditada, vista como una desgracia, o percibida como de menor valor a los ojos de los demás.

Esta devaluación se utiliza entonces para justificar el aislamiento social y la discriminación contra la persona con tuberculosis. El estigma contra la persona afecta el acceso y la búsqueda a los servicios, regresar a recibir atención y por ende la adherencia a los medicamentos. A estos se suman comportamientos, mensajes y efectos estigmatizantes que son experimentados directamente por la persona con tuberculosis a partir de actos de discriminación, rechazo o aislamiento en diferentes entornos (familia, comunidad, atención médica, lugar de trabajo, otros).

Cada vez, es más común ver como las personas pierden su trabajo, son expulsadas del entorno académico, aisladas de la vida social y familiar quienes en oportunidades niegan que las personas afectadas hacen

²² ibid

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

parte de su entorno más cercano. El tener tuberculosis y VIH simultáneamente incrementa el estigma, y afecta de manera transversal al individuo y por consiguiente su salud física y mental, por lo anterior se requiere legislar entorno a los derechos de las personas afectadas, quienes permanentemente son vulneradas y carecen de políticas incluyentes e integrales para lograr superar de manera digna una enfermedad prevenible y curable. Pero que aún hoy, trae consigo, una condena a la soledad, la vergüenza y el olvido por parte de la comunidad.

XVII. Educación e investigación y nuevas tecnologías:

Colombia definió a finales del año 2021 el Plan Nacional de Investigación Operativa en Tuberculosis (PIO-TB), basado en las necesidades programáticas territoriales que se deben abordar para contribuir al control de la enfermedad. El PIO-TB esta alineado a la estrategia "END TB" de la Organización Mundial de la Salud y el Plan Estratégico "Hacia el Fin de la TB" Colombia 2016 – 2025" del Ministerio de Salud y protección Social en sus líneas estratégicas, para el primer caso "intensificar la investigación y la innovación" y para el segundo "investigación operativa e implementación de iniciativas y herramientas innovadoras para el control de la tuberculosis en Colombia"

El PIO-TB orienta sobre las investigaciones que se deben realizar en el país, teniendo en cuenta las necesidades identificadas, con el propósito de aportar conocimiento y soluciones a las brechas, apoyo a los tomadores de decisiones y a los actores para el mejoramiento de sus acciones, el uso eficiente de los recursos y la validación de estrategias para acelerar el control y la eliminación de la tuberculosis.

Las prioridades de investigación en TB para Colombia fueron definidas por todos los actores interesados de las entidades territoriales y los actores del Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación, de manera interdisciplinaria y transdisciplinaria articulados por la Red Nacional de Investigación, Innovación y Gestión del Conocimiento de TB de Colombia (RED TB OPERATIVA COLOMBIA) reconocida por la OPS/OMS y coordinada por la Dirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, en su grupo de Micobacterias.

Acabar con la epidemia de tuberculosis es una meta incluida en los ODS, que requiere aplicar una combinación de intervenciones biomédicas, socioeconómicas y de salud pública, junto con medidas de investigación e innovación que deben ser implementadas en el país.

La investigación y la innovación en tuberculosis (TB) son esenciales para lograr los objetivos globales de TB para reducir la incidencia de tuberculosis y las muertes por tuberculosis. La declaración política de la primera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis, celebrada en 2018 en New York, incluyó el primer objetivo de financiación global para la investigación de la tuberculosis a ser acordado por todos los Estados miembros de las Naciones Unidas dentro de los cuales se encuentra Colombia: US\$ 2 mil millones por año en el período 2018-2022.

Los datos publicados por la OMS en 2022 indican que en el año 2020 en el mundo solo se disponía de US\$ 915 millones, menos de la mitad de la meta global. Para el Caso de Colombia el recurso directo asignado para investigación operativa corresponde al 10% de los fondos girados por el MSPS a las entidades territoriales para la operación del programa de tuberculosis.

La inversión pública sostenida es fundamental para el desarrollo de la infraestructura y la capacidad de investigación en torno a la tuberculosis. Colombia debe facilitar y promover la realización de investigaciones

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

haciendo inversión para implementar o desarrollar las mejores herramientas y enfoques para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la tuberculosis, que respeten los derechos de las personas.

El cambio de paradigma intensificando la investigación es necesario para acabar con la epidemia y requiere una movilización de recursos más activa y constante, en la respuesta a las amenazas para la salud pública y los derechos humanos

En este contexto, se hace necesario que el gobierno aumente el financiamiento nacional y la movilización de recursos para que, a través de la Red TB Operativa Colombia, donde se articulan todos los actores del territorio nacional se desarrollen las investigaciones operativas requeridas para el país.

XVIII. Sistemas de Información y salud digital

La Organización Mundial de la Salud desarrolló entre 2015 y 2017 el marco conceptual para cuatro áreas pertinentes a Tuberculosis, que son la atención al paciente, la gestión de programas, la vigilancia y el seguimiento y aprendizaje virtual, de tal manera que se logre integrar de manera sistemática las tecnologías digitales para la implementación de la estrategia Fin de la tuberculosis.

En este sentido la recomendación es desarrollar en los países evaluaciones de salud digital, para ello se debe realizar análisis de situación e identificación de brechas en coherencia con las áreas pertinentes definidas en los marcos conceptuales de salud digital para tuberculosis y crear agendas nacionales en la materia.

Por consiguiente es importante fortalecer la capacidad institucional del sector salud y en particular del Programa Nacional de Control de la tuberculosis, la operación, práctica y utilidad de los sistemas de información, así como la interoperabilidad de historias clínicas, que permitan la trazabilidad de la información a nivel nacional y territorial respecto a la notificación de casos, la vigilancia, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos para garantizar una gestión eficiente de información y mejora de la capacidad de respuesta y reducción de las brechas en la atención.

XIX. El Observatorio de Tuberculosis y la sociedad civil

El observatorio Social de Tuberculosis nace en 2019 como una iniciativa de Partners In Health en alianza con la Coalición de Tuberculosis de las Américas, financiados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y se consolida en el 2019 con el respaldo de más de 25 Organizaciones de la sociedad civil -OSC, con presencia en 9 municipios de Colombia, los mecanismos de coordinación país y el Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, trabajan en el diseño e implementación de estrategias diferenciadas desde lo técnico, comunitario o de incidencia política para dar respuesta a las necesidades identificadas de las personas afectadas por la tuberculosis que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas y generen el impacto requerido para aliviar este problema de salud pública.

Por lo anterior el Observatorio Social de Tuberculosis de Colombia se une a la necesidad inminente de apoyar una ley encaminada a cerrar brechas en la atención de la Salud y en las posibilidades de acceso los temas de protección social, considerados como una prioridad para poner fin a la tuberculosis y por ende al sufrimiento que la enfermedad genera en miles de personas.

XX. La participación comunitaria en el control de la Tuberculosis

Como parte de los objetivos de la línea estratégica dos del Plan Estratégico Nacional hacia el fin de la TB 2016-2025, se encuentra el compromiso de incorporar a las comunidades, las Organizaciones No Gubernamentales ONG y organizaciones de la sociedad civil (OSC), teniendo en cuenta la necesidad de que se involucren directamente con la promoción de la salud, la prevención y el control de la tuberculosis, la estrategia ENGAGE- TB, fue promulgada por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

integrar las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis.²³

La fortaleza de las ONG y otras OSC activas en el control de la tuberculosis, se relacionan con el conocimiento de sus comunidades, la cercanía, reconocimiento, y en su capacidad de llegar a grupos marginalizados o de zonas remotas, así como conocer de cerca las brechas que impiden que las actividades institucionales lleguen a los afectados por tuberculosis, de otra manera es relevante además del rol de apoyo de las OSC a los programas de tuberculosis, su rol como veedor de los compromisos adquiridos por el Programa Nacional de tuberculosis.

Dentro de las principales tareas realizadas por la comunidad en el control de la tuberculosis, se encuentran las acciones de información, educación y comunicación en espacios institucionales y comunitarios, las acciones de búsqueda activa y detección oportuna con recolección y transporte de muestras de esputo, o canalización a pruebas diagnósticas de TB para las personas con presunción diagnóstica de la enfermedad, acompañamiento para lograr el éxito terapéutico del tratamiento anti-tuberculosis mediante estrategias de TDO comunitario y canalización a profilaxis y tratamiento de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH (PVV).

Adicionalmente las acciones de apoyo social para impactar determinantes que consisten en la ayuda comunitaria para la obtención medios de subsistencia (por ejemplo, soporte nutricional, alimentación complementaria, educación, vivienda, trabajo, apoyos psicológico y social). Se incluyen las acciones de intercambio de información y creación de redes para abordar los determinantes sociales de salud y la protección social.

Otras tareas corresponden a ejercicios de abogacía, incidencia política y movilización para la reducción del estigma, para la solicitud de financiación y movilización de recursos, la comunicación sobre modificación de comportamientos para movilizar a la comunidad, para mejorar la prestación de los servicios sanitarios (por ejemplo, recursos humanos, infraestructuras, suministros) y para incidir en la formulación e implementación de leyes que mejoren la situación de las personas afectadas por tuberculosis y por último las organizaciones de la sociedad civil pueden desarrollar las tareas de investigación operativa y de monitoreo lideradas por la comunidad que fundamentan las acciones de abogacía, incidencia política, y movilización social.

XXI. Tuberculosis y vigilancia (INS)

En el país, la vigilancia epidemiológica para tuberculosis hace parte del sistema de información del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y la gestión tiene carácter obligatorio según lo establecido en la normatividad vigente (Decreto 3518 de 2006 y Decreto 780 de 2016). Cada uno de los actores del SGSSS para garantizar la operación de la vigilancia, tiene acciones a desarrollar definidas en el protocolo del evento y complementadas en el documento de Lineamientos Nacionales de Vigilancia en Salud Pública 2023 (incluye subsistemas de: información, análisis y divulgación, intervención y evaluación) emitidos por el Instituto Nacional de Salud.

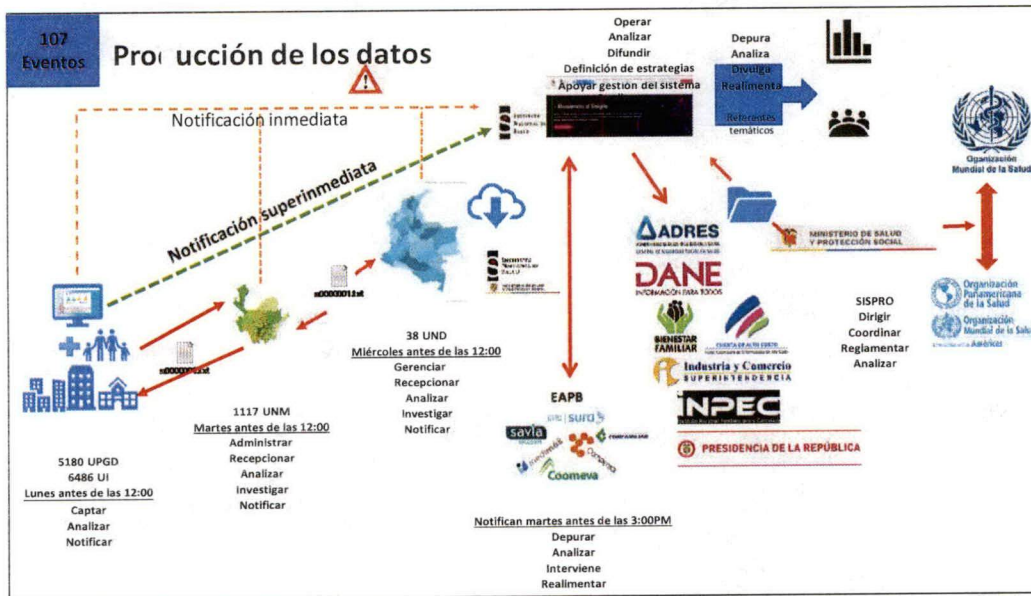
23 Organización Mundial de la Salud .2012. ENGAGE TB Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil. Orientaciones Operacionales. (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Dentro de las acciones más importantes de Vigilancia para el evento se encuentran asegurar la notificación de los casos, el análisis periódico de la situación epidemiológica del evento de acuerdo con lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública, el seguimiento de indicadores, la búsqueda activa institucional y comunitaria, unidad de análisis

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) y unidades informadoras (UI), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar inmediatamente los casos confirmados de tuberculosis en los formatos y estructura establecidos por el INS, y establecer la ocurrencia del evento de acuerdo con las definiciones de casos confirmados contenidas en el protocolo.²⁴

Flujo de información Sistema de Vigilancia en Salud Pública



XXII. Retos y desafíos en el abordaje de la tuberculosis.

Aunque se evidencian avances en la última década, los procesos de detección y curación de los casos de tuberculosis, en el país, la velocidad de avance es muy lento y además se vió afectado por las consecuencias de la pandemia por Covid-19, durante la que se visibilizaron aún más las brechas y la necesidad de abordar este problema con intervenciones integrales, más allá de la atención clínica.

Las consecuencias de enfermar por tuberculosis, además de la afectación individual, trae como resultado el estigma y discriminación, la pérdida del empleo o de la imposibilidad de obtener su sustento. Genera

²⁴ Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Tuberculosis. versión 6. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos>

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

también afectación a las familias y entornos cercanos. Esto se evidencia en el último estudio realizado en Colombia sobre costos catastróficos, en el cual se indicó que el 13,4 % de las Personas Afectadas por Tuberculosis (PAT), viven bajo el umbral de pobreza nacional y el 1,7 % del internacional.

En el momento de la entrevista, los ingresos de las personas con tuberculosis, fueron en promedio de \$902.945; inferiores a los reportados al diagnóstico en un 25,5% y la proporción de hogares que experimentaron costos catastróficos a razón de tuberculosis, fue de 51,7 % (IC 95% 45,4-58), en tuberculosis, sensibles fue inferior 51,3 % (44,9-57.7) y en tuberculosis, resistentes 65 % (IC 48,0-82).

A pesar de lo descrito anteriormente, no existe una oferta estatal en protección social a favor de las personas afectadas por tuberculosis, tampoco se tienen claramente mecanismos que ayuden a identificar las brechas que las personas afectadas están padeciendo en términos de su atención integral.

El 53% de los casos se detectan en hospitalización urgencias o unidades de cuidado intensivo y no en la atención primaria en salud, lo cual obliga a generar acciones de abordaje comunitario para la identificación de nuevos casos y sus contactos con especial atención en poblaciones vulnerables como privados de la libertad, indígenas, habitantes de calle, migrantes, personas en zonas rurales y dispersas, entre otros.

Todas las tecnologías para diagnosticar la Tuberculosis como la prueba molecular o PCR, cultivo líquido y radiografía, se encuentran en el Plan de Beneficios en Salud Resolución 2292 de 2021, es gratuito para toda la población no obstante se generan algunos cobros de cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación en actividades de salud pública de control de enfermedades transmisibles que son exentas en el sistema.

Existe una alta comorbilidad de desnutrición en personas con tuberculosis, toda vez que se reportaron en el programa nacional en 2021, un total de 2039 casos, de los cuales 134 pertenecen a poblaciones indígenas, 164 habitantes de calle, 201 migrantes, 63 niños menores de 15 años.

Existe un incremento en la exposición ocupacional a la tuberculosis en trabajadores de la salud, y se reporta una tasa de incidencia 3 veces mayor a la población general; en los últimos 3 años se reportaron 785 casos de los cuales 31 corresponden a fallecimientos.

Si bien el Decreto 1744 de 2014, estableció la tuberculosis, como enfermedad de exposición ocupacional en el sector salud, las acciones de vigilancia epidemiológica en las instituciones de salud, la disponibilidad de elementos de bioseguridad y control de infecciones es limitada, y se reportan cerca de 220 a 24 casos de tuberculosis, en trabajadores de la salud, lo que evidencia una clara exposición ocupacional.

XXIII Proceso de elaboración de ley de tuberculosis

El proyecto de ley se ha elaborado con el liderazgo de la Senadora Soledad Tamayo y el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, el Observatorio de tuberculosis y una amplia participación de la sociedad civil a través de organizaciones representantes de población migrante, la población privada de la libertad, los habitantes de calle, la población indígena y la población sexualmente diversa.

En los diálogos realizados se identificaron las principales problemáticas y se han recibido las recomendaciones de diversos actores como entidades gubernamentales de salud de los departamentos de Guainía, Amazonas y Putumayo, entre otros. Igualmente, el proyecto ha recibido aportes de la experiencia del Frente Contra la Tuberculosis en las Américas y el proyecto Incide Lab TB.



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Soledad Tamayo Tamayo
Proyecto de ley TB

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Senadora de la República de Colombia

Lorena Rios
Senadora de la república
Partido Colombia Justas Libres

Marcos Daniel Pineda García
Senador de la República

Carrera 7 N° 8 - 68 Oficina 436 Teléfonos 3823278779

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

295 / 2023



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República

Bogotá D.C. 24 de marzo de 2023

Doctor:
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General
Senado de la república
Ciudad. -

Asunto: Radicación proyecto de ley "Por la cual se establece una política pública en salud y protección social de las personas afectadas por la Tuberculosis y se dictan otras disposiciones."

Respetado Señor Secretario:

De manera atenta y en virtud de lo dispuesto por los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1.992, presentamos ante el Senado de la República el proyecto de ley "POR LA CUAL SE ESTABLECE UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A FAVOR DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA TUBERCULOSIS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", iniciativa legislativa que cumple con los requisitos legales de acuerdo con el orden de redacción previsto en el artículo 145 de la referida ley.

Solicito al señor Secretario se sirva darle el trámite legislativo previsto en el artículo 144 de la Ley 5 de 1.992.

Con sentimientos de consideración y aprecio,

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República