



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 1047

Bogotá, D. C., viernes, 26 de julio de 2024

EDICIÓN DE 38 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.coJAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 018 DE 2024
CÁMARA

por medio del cual se penaliza la mutilación genital femenina y establece disposiciones para su atención y abordaje.

Bogotá D. C., 20 de julio de 2024

Señor

ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS

Presidente

Cámara de Representantes

Ciudad

Asunto: Radicación proyecto de ley, por medio del cual se penaliza la mutilación genital femenina y establece disposiciones para su atención y abordaje.

Cordial saludo,

De conformidad con los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992, y demás normas concordantes, me permito radicar ante la honorable Cámara de Representantes, el proyecto de ley “por medio del cual se penaliza la mutilación genital femenina y establece disposiciones para su atención y abordaje” a fin de que se le dé el correspondiente trámite en los términos establecidos por la Constitución y la ley.

Cordialmente,

CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Centro Democrático

PROYECTO DE LEY NÚMERO 018 DE 2024
CÁMARA

por medio del cual se penaliza la mutilación genital femenina y establece disposiciones para su atención y abordaje.

El Congreso de la República
DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. Proteger los derechos sexuales de las niñas, adolescentes y mujeres, prohibiendo la mutilación genital femenina; definiendo sanciones penales y estableciendo disposiciones para su atención y abordaje.

Artículo 2º. Adiciónese el siguiente artículo a la Ley 599 de 2000, Código Penal Colombiano:

Artículo 207-1. Mutilación Genital Femenina. El que causare a otro una mutilación genital femenina en cualquiera de sus manifestaciones, incurrirá en pena de prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Parágrafo. Entiéndase como mutilación genital la perforación, el corte, la extracción, la costura o procedimientos que involucran la remoción parcial o total de los genitales externos u otras lesiones de los órganos genitales, por razones no médicas.

Artículo 3º. Dada la importancia y la naturaleza del bien jurídico tutelado, todo caso de mutilación genital femenina será conocido por la jurisdicción ordinaria.

Artículo 4º. Protocolo de atención y abordaje de la mutilación genital femenina. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los tres meses siguientes a la sanción de esta ley, deberá expedir y adoptar un protocolo obligatorio para el abordaje y la atención a víctimas de violencia de mutilación genital femenina que, entre los que considere, deberá incorporar los siguientes temas:

- a) Derechos de las víctimas.
- b) Capacitación obligatoria sobre mutilación genital para el personal médico, especialmente el de primer nivel de atención; médicos, psicólogos y enfermeros.
- c) Lineamientos para la prevención, detección, diagnóstico, clasificación, tratamiento y seguimiento de las consecuencias de la mutilación genital.
- d) Orientaciones para la atención, abordaje, tratamiento y seguimiento interdisciplinario de casos de mutilación genital.
- e) Implementación de un sistema de registro y reporte clínico obligatorio para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), donde se detalle casos de mutilación genital en que entre otros datos relevantes y oportunos se clasifique el tipo de Mutilación y describa si es por motivos culturales y por otros tipos de violencias.
- f) La vigilancia de la atención y abordaje en estos casos.

Artículo 5°. Plan institucional para la prevención e identificación temprana de casos de mutilación genital femenina. El ICBF, junto con el Ministerio del Interior, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Defensoría del Pueblo, establecerán un plan institucional para la prevención de la mutilación genital femenina, estrategias de cambio de prácticas nocivas para la vida y la salud en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en comunidades étnicas así como acciones individuales y colectivas encaminadas a la identificación temprana de las niñas, las adolescentes y mujeres en riesgo de realización de la práctica.

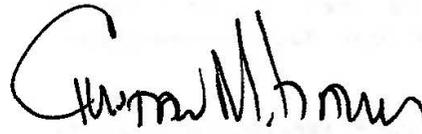
Artículo 6°. Medidas de atención y prevención. Las niñas y mujeres víctimas de mutilación genital femenina tendrán acceso a las medidas de atención y prevención de que trata la Ley 1257 de 2008.

Artículo 7°. Canales de atención y denuncia. Los canales de atención y denuncia establecidos a nivel nacional y territorial para atención de mujeres víctimas de violencia recibirán denuncias o alertas sobre la práctica de mutilación genital femenina o en riesgo de esta y correrán inmediato traslado a la autoridad competente para la correspondiente atención y gestión del caso.

Artículo 8°. Línea base y datos estadísticos. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) con apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, en respeto de la protección de datos personales, anualmente elaborará y publicará un boletín estadístico de las conclusiones resultantes de la información recogida en el sistema de reporte clínico obligatorio de casos de mutilación genital, para fines académicos, de concientización y como insumo para la construcción de políticas públicas que combatan este tipo de violencias.

Artículo 9°. Día de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina. Establézcase el 6 de febrero como el día nacional de la Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina (MGF), con el propósito de avanzar en la sensibilización, visibilización, concientización de esta práctica en ámbito nacional y conmemorar a sus víctimas; para ello autorícese a las entidades del orden nacional, departamental y municipal, sector central y descentralizado a diseñar y desarrollar programas, actividades y eventos dirigidos a tales propósitos.

Artículo 10. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones contrarias



CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Centro Democrático

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

OBJETO.

Avanzar en la protección de los derechos sexuales de las niñas, adolescentes y mujeres, estableciendo lineamientos legislativos tendientes a combatir las prácticas de mutilación genital femenina, que han sido declaradas internacionalmente como una grave de violación de los derechos humanos.

JUSTIFICACIÓN

La mutilación genital femenina constituye un grave atentado contra los derechos humanos, es una forma de violencia sexual basada en género, que debe considerarse un trato «inhumano y degradante», semejante a la tortura. Estas prácticas abarcan diferentes tipos de procedimientos que van desde la eliminación parcial del clítoris hasta la extirpación total de los genitales externos y la costura de los labios mayores para dejar solo un pequeño orificio para la micción y la menstruación.

Para la Organización Mundial de la Salud, la mutilación genital femenina se divide en cuatro tipos principales:

Tipo 1: Resección parcial o total del glande del clítoris (la parte externa y visible del clítoris, que es la parte sensible de los genitales femeninos) y/o del prepucio/capuchón del clítoris (pliegue de piel que rodea el glande del clítoris).

Tipo 2: Resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva).

Tipo 3: El estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio/capuchón del clítoris y el glande del clítoris (También conocido como infibulación).

Tipo 4: Cualquier otro procedimiento lesivo de los genitales femeninos con fines no médicos, como la punción, la perforación, la incisión, el raspado o la cauterización de la zona genital.

No tiene ningún beneficio conocido para la salud; al contrario, es perjudicial para las niñas y las mujeres de muchas formas. Primero y, ante todo, es dolorosa y traumática. Adicionalmente, la remoción o el daño del tejido genital normal interfieren con el funcionamiento natural del cuerpo y provoca consecuencias inmediatas y a largo plazo en la salud de la mujer. Por ejemplo, las y los bebés nacidos de madres a las que se les ha realizado la MGF tienen una tasa de mortalidad neonatal más alta en comparación con aquellos nacidos de madres a las que no se les ha realizado la práctica.¹

De conformidad con el Ministerio de Salud y Protección Social, estos son los principales riesgos de la mutilación genital femenina

¹ Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008, p. 1.

<p>Riesgos inmediatos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Dolor • Choque: hemorrágico, neurogénico o séptico • Edema del tejido genital: debido a respuesta inflamatoria o a infección local • Infecciones: infecciones locales agudas, formación de abscesos, septicemia, infecciones genitales y del tracto reproductivo, infecciones de vías urinarias. La asociación directa entre MGF y VIH no es clara, aunque la lesión del tejido genital puede incrementar el riesgo de transmisión del virus • Problemas urinarios: retención urinaria aguda, disuria, lesión uretral • Problemas de curación de las heridas • Muerte: debido a hemorragia severa o sepsis
<p>Riesgos obstétricos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea • Hemorragia postparto: pérdida sanguínea de 500 mL o más • Episiotomía • Trabajo de parto prolongado • Laceraciones obstétricas • Parto instrumentado • Distocias • Mayor duración hospitalaria materna • Óbitos fetales y muerte neonatal temprana • Necesidad de reanimación neonatal
<p>Riesgos del funcionamiento sexual:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispareunia (dolor durante la relación sexual: Hay un mayor riesgo de dispareunia con la MGF Tipo III en comparación con los Tipos I y II) • Disminución de la satisfacción sexual • Disminución de la excitación y del deseo sexual • Disminución de la lubricación durante la relación sexual • Anorgasmia o reducción de la frecuencia de los orgasmos
<p>Riesgos psicológicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de estrés postraumático • Trastornos de ansiedad • Depresión
<p>Riesgos a largo plazo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Daño del tejido genital: con consecuente dolor clitoriano y vulvar crónico • Flujo vaginal: debido a infecciones crónicas del tracto genital • Prurito vaginal • Problemas menstruales: dismenorrea, menstruaciones irregulares y dificultad en la salida de la menstruación. • Infecciones del tracto reproductivo: pueden causar dolor pélvico crónico. • Infecciones genitales crónicas: incluyendo mayor riesgo de vaginosis bacteriana. • Infecciones de vías urinarias: con frecuencia recurrentes. • Micción dolorosa: debido a obstrucción y a infecciones de vías urinarias recurrentes.

Según el documento “Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia” expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2020, “se ha descrito la existencia de la MGF en el territorio colombiano desde el 2007, específicamente en la comunidad Embera, a raíz de la publicación de una noticia sobre la muerte de una niña de la Etnia Embera, a causa de la mutilación genital femenina. Desde ese instante,

el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Consejo Regional Indígena de Risaralda (CRIR), los cabildos indígenas y la comunidad Embera de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, Departamento de Risaralda (zona donde se localizaba el caso de la noticia), se reunieron para analizar la situación de la salud y los derechos de las mujeres de estas comunidades, y de esta forma, avanzar en la transformación cultural de la MGF

(UNFPA, 2011, p.11). La MGF ha sido una práctica socialmente aceptada y valorada entre el Pueblo Embera, e incluso, las mujeres la habían asumido, hasta ahora, como algo natural. Las Embera, en particular las adultas mayores, consideran que la MGF forma parte de su orgullo y su ser integral como mujeres, e interpretan la práctica como una “curación”²

Recientemente se ha encontrado que la comunidad Embera no es la única que realiza estas prácticas en Colombia; hay otras comunidades indígenas y afro que también lo hacen. Las niñas son las principales víctimas de estos procedimientos; se realiza principalmente por creencias basadas en mitos, rituales, tradiciones y desconocimiento médico de la sexualidad y derechos reproductivos que infligen dolor y en gran parte de casos hasta la muerte por falta de atención, infección, desangramiento, entre otros.

Aun cuando no hay un sistema o una ruta de reporte de atención e identificación de estos casos en Colombia, y por tanto muchos de estos casos pasan desapercibidos, en un estudio realizado en el departamento de Risaralda entre abril del 2013 y julio del 2014 de acuerdo a las denuncias por mutilación genital reportadas a la Comisaria de Familia del municipio de Pueblo Rico se encontraron las siguientes víctimas.

Tabla 1. Número de casos reportados de MGF en niñas en el municipio de Pueblo Rico entre el 2013 y el 2014

Rango de edad	Número de casos reportados
Niñas menores de 1 año	32
Niñas de 1 a 2 años	11
Niñas de 2 a 5 años	2
Niñas mayores de 6 años (incluye adolescentes)	1
Total de casos	46

Fuente: MSPS (2016, pp. 8-10).

Medicina Legal el 6 de febrero de 2023 llevó a cabo un conversatorio sobre la “Transformación de la práctica cultural de la ablación genital femenina e identificación de factores de riesgo desde el abordaje forense”.³ En ponencia de la doctora Liliana Tamara Patiño presentó en siguiente cuadro con casos conocidos por medicina legal reportados como causas mutilación o ablación:

Caso No.	Municipio de residencia	Año de valoración	Edad	Descripción genital en examen físico
1	Pueblo Rico (Risaralda)	2013	1 año	"Labios menores ausencia por ablación quirúrgica, clitoris ausencia por ablación quirúrgica"
2	Mistrató (Chocó)	2015	13 años	"Clitoris: Ausente por ablación"
3	Andes (Antioquia)	2015	18 días	"Se aprecia tejido cicatrizal en área himeneal restos del himen que muestra forma anular, hallazgos propios de procedimiento ablación del himen"
4	Medellín (Antioquia)	2016	3 años	"Ablación de clitoris"
5	Anserma (Caldas)	2016	153 días	"Ausencia de clitoris Sinequia de labios mayores y menores. Vagina no apreciable por sinequias de labios mayores"
6	Toro (Valle del Cauca)	2017	14 años	"Clitoris: Ausente, en cambio se observa crificio"
7	Medellín (Antioquia)	2017	12 años	"Ablación del clitoris"

² “Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia” expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2020, Pag. 16.7

³ <https://www.youtube.com/live/JklNpM-byVo>

Llamando la atención para registrar adecuadamente estos casos entretanto el registro forense en relación con casos de MGF no es claro

Sobre lo anterior, en un reportaje que trajo Semana en 2016 se narró una anécdota por parte de una mujer Embera:

“Le voy a contar una historia del Cañón de Garrapatas”, me dice Laura*.

La historia comienza al nacer una niña, el octavo bebé de una madre del mismo resguardo que Laura, una indígena embera de Colombia.

“Ella vio lo que hacían las parteras -explica-, no quiso estar jodiendo a las parteras y solita lo hizo. Cortó con una tijerita el clitoris de la bebé y como que se le traspasó y le empezó a salir un chorro de sangre”.

En su desesperación -recuerda Laura- la mujer no le contó a su esposo lo que había hecho, le dijo que la pequeña había nacido enferma. Cosa de espíritus.

La llevaron a dos días de camino para que la curaran -el Cañón de Garrapatas, en el límite entre los departamentos de Valle del Cauca y Chocó, en el occidente colombiano, es una zona remota y de difícil acceso-, pero no hubo forma.

“La niña se murió así, vaciándole sangre, con hemorragia, y ella quedó como la mamá que mató”.⁴

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, el organismo de las Naciones Unidas encargado de la salud sexual y reproductiva desde 2007 en cooperación con el Estado Colombiano puso en marcha un proyecto llamado “Embera Wera” de pedagogía para 25.000 mujeres de esta comunidad a fin de dar a conocer los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, así como generar un cambio en este tipo de prácticas. Junto con el apoyo de entidades Administrativas del orden nacional como territorial se han desarrollado lineamientos para la prevención y abordaje de la mutilación genital femenina.

En 2010 se celebró la Cumbre de autoridades del Estado, indígenas y no indígenas, por la erradicación de prácticas nocivas para la salud y la vida de las mujeres indígenas y de la MGF en Colombia, donde El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, en coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA-, la entonces Alta Consejería para la Equidad de la Mujer -ACPEM- y la Organización. Nacional Indígena de Colombia -ONIC, desarrollaron la primera cumbre de autoridades del Estado, indígenas y no indígenas, por la erradicación de la MGF en Colombia, a la que asistieron las máximas autoridades y representantes de los pueblos Indígenas Embera Dobida, Eyabida, Chami, Katio, Eperara Siapidara y Wounaan. Se contó con la presencia en calidad de observadora de la Relatora sobre los derechos de la Mujer de la

⁴ El silencioso problema de la mutilación genital femenina en Colombia. *Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/mutilacion-genital-femenina-en-colombia/481851>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH. En el marco de esta cumbre de autoridades se asumieron compromisos institucionales para avanzar en la erradicación de las prácticas nocivas para la vida y la salud de las niñas y las mujeres indígenas.⁵

En el marco de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer- CEDAW, en 2013 el Comité para la Eliminación de La Discriminación Contra la Mujer planteó el documento “Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia,” en el que manifestó las siguientes preocupaciones y recomendaciones:

(...) Al Comité le inquieta además la práctica de la mutilación genital femenina en algunas comunidades indígenas, como la comunidad embera, así como la tolerancia de esta práctica por el Estado parte y el hecho de que no esté prohibida por ley.

El Comité recomienda al Estado parte que:

(...)

- c) Despliegue esfuerzos conjuntos con las autoridades indígenas para eliminar la mutilación genital femenina, entre otras cosas creando conciencia sobre sus efectos nocivos para las niñas y las mujeres y velando por que se apliquen las decisiones adoptadas por el Consejo Regional de Risaralda respecto de esa práctica; y prohíba la mutilación genital femenina en su legislación.”

Pese a estos grandes esfuerzos institucionales y de cooperación internacional, en Colombia no se han tomado medidas institucionales en el establecimiento de rutas de atención específicas para este tipo de casos, por lo que no se reportan, quedando en la clandestinidad, así como tampoco existe un registro de casos que permita establecer datos informativos para la formulación de proyecto y políticas públicas que combatan este tipo de prácticas y con ella las enfermedades o prevengan las muertes.

Ni El Ministerio de Salud ni el DANE suelen tener datos específicos sobre la MGF en sus informes de estadísticas nacionales, por lo que se hace fundamental lo que se propone en el proyecto de ley para que los actores del sistema de salud junto con el DANE recopilen y formulen boletines estadísticos que visibilicen y ayuden al establecimiento de líneas bases que permitan un acercamiento al avance de la eliminación de esta práctica en Colombia.

En la Resolución 75/160 de la ONU, sobre la Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina se recomendó a los Estados:

“82. Es fundamental mejorar la recopilación de datos nacionales y subnacionales en los países en los que se practica la mutilación genital femenina. Los Estados podrían optimizar los esfuerzos

recopilando y analizando datos desglosados mediante métodos normalizados que permitan su comparación de un país a otro, en particular con respecto a las mujeres y las niñas que sufren formas múltiples e interseccionales de violencia, a fin de medir los progresos en el cumplimiento de la meta 5.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los datos deberán recopilarse en países que registran presuntos casos de mutilación genital femenina, pero actualmente no disponen de datos nacionales o disponen de datos insuficientes. Deberán recopilarse datos sobre la mutilación genital femenina en entornos humanitarios y otros entornos de crisis, en particular en instalaciones sanitarias.”

En febrero de 2024 la UNFPA señaló que “En Colombia persiste un alto subregistro estadístico, sin embargo, el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) reporta que entre enero y noviembre de 2023 se detectaron 89 casos de mutilación genital, afectando principalmente a niñas entre 0 y 5 años, pertenecientes en un alto porcentaje a comunidades indígenas.”⁶

MARCO JURÍDICO

Marco Jurídico Internacional

Existen varias normas internacionales y declaraciones que proscriben la mutilación genital femenina (MGF) como una violación de los derechos humanos:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): Aunque no menciona específicamente la MGF, establece principios generales de igualdad y protección contra la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes, que son aplicables al contexto de la MGF.
2. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW): Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, la CEDAW busca eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha declarado que la MGF es una forma de discriminación y violencia contra las mujeres y niñas.
3. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993): Esta declaración reconoce explícitamente la MGF como una forma de violencia contra las mujeres y pide a los Estados tomar medidas para eliminarla.
4. Declaración y Plataforma de Acción de Pekín: Realizada en medio de la Cuarta

⁵ UNFPA, Línea del Tiempo de la Mutilación Genital Femenina en Colombia, 2024,

⁶ UNFPA, Comunicado de Prensa | Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina- <https://colombia.unfpa.org/es/news/comunicado-de-prensa-dia-internacional-de-tolerancia-cero-con-la-mutilacion-genital-femenina#:~:text=En%20Colombia%20persiste%20un%20alto,alto%20porcentaje%20a%20comunidades%20ind%C3%ADgenas>

- Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, contiene una condena clara a la MGF como forma de violencia contra la mujer, y afirma el deber de los Estados de tomar medidas para reducir este tipo de violencia.
5. Convención sobre los Derechos del Niño (CDN): Adoptada en 1989, esta convención protege a los niños contra todas las formas de violencia física y mental. La MGF se reconoce como una forma de violencia y tortura contra las niñas, y obliga a los Gobiernos a «adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.»
 6. Protocolo de Maputo: Este protocolo adicional a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, adoptado en 2003, se centra específicamente en los derechos de las mujeres en África. El artículo 5° del Protocolo de Maputo exige la eliminación de todas las prácticas dañinas, incluyendo la MGF.
 7. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Adoptada en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, esta declaración pide la erradicación de la MGF y otras prácticas que ponen en peligro la salud y los derechos de las mujeres y niñas.
 8. Resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas: La Asamblea General ha adoptado varias resoluciones, como la Resolución 67/146 de 2012, que insta a los Estados miembros a prohibir la MGF y a tomar medidas para proteger a las niñas y mujeres.
 9. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Adoptada en 1984: Esta convención clasifica la MGF como una forma de tortura y trato cruel, inhumano o degradante.
 10. Convención de Belém do Pará, Adoptada en 1994: Esta convención interamericana aborda la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, reconociendo la MGF como una forma de violencia de género.
 11. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Adoptados en 2015, los ODS incluyen metas específicas para la eliminación de todas las prácticas dañinas, como la MGF:
 - ODS 3: Salud y bienestar: La MGF tiene serias implicaciones para la salud física y psicológica de las mujeres y niñas. Puede causar problemas de salud a corto y largo plazo, como infecciones, dolor crónico, complicaciones durante el parto y problemas psicológicos. El ODS 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, lo que incluye la eliminación de prácticas dañinas como la MGF.
 - ODS 5: Igualdad de género: La MGF es una manifestación extrema de la discriminación y desigualdad de género. Es una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, afectando su autonomía, salud y dignidad. El ODS 5 se centra en lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas, eliminando prácticas nocivas como la MGF.
 - ODS 10: Reducción de las desigualdades: La MGF afecta desproporcionadamente a mujeres y niñas en comunidades específicas, perpetuando desigualdades y exclusión social. El ODS 10 busca reducir la desigualdad dentro y entre los países, promoviendo políticas inclusivas y protegiendo los derechos de los más vulnerables, incluyendo a las mujeres y niñas afectadas por la MGF.
 12. A través de la Resolución número 67/146 aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 2012 se acordaron acciones para intensificar los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina, en ella se hizo el siguiente llamado:
 - “1. (...) exhorta a los Estados partes a que cumplan sus obligaciones en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como su compromiso de aplicar la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”, y del período extraordinario de sesiones de la Asamblea sobre la infancia;
 4. Insta a los Estados a condenar todas las prácticas nocivas que afecten a las mujeres y las niñas, en particular la mutilación genital femenina, independientemente de que se realicen dentro o fuera de las instituciones médicas, y a tomar todas las medidas necesarias, **incluso promulgando y aplicando leyes, para prohibir la mutilación genital femenina y proteger a las niñas y las mujeres contra esa forma de violencia, y a poner fin a la impunidad;**

13. En su Resolución número 75/160, sobre la Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina, aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2020 se reconoció que la mutilación genital femenina era una práctica nociva y un acto de violencia que afectaba a muchas mujeres y niñas a escala mundial. Iba ligada a estereotipos nocivos arraigados y normas, percepciones y costumbres negativas que ponían en peligro la integridad física y psicológica de las mujeres y las niñas y suponían un obstáculo a su pleno ejercicio de los derechos humanos, su logro de la igualdad de género y su empoderamiento.

14. En la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos reproductivos expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en 2014 se señaló:

“se deben prever acciones de disuasión para superar prácticas lesivas y atentatorias de los derechos humanos, como la mutilación genital de las mujeres, la violencia sexual, explotación sexual comercial, trata y tráfico de personas con fines de explotación sexual y todas las otras formas de violencias basadas en género”

15. Documento “Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia”: Expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2020.

Constitución Política

- **Artículo 12.** Nadie será sometido a desaparición forzada, **a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.**
- **Artículo 1º.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, **fundada en el respeto de la dignidad humana,** en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.
- **Artículo 5º.** El Estado reconoce, sin discriminación alguna, **la primacía de los derechos inalienables de la persona** y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.
- **Artículo 44.** **Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física,** la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación

laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

- **Artículo 43.** La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

Leyes

- Ley 51 de 1981, por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y firmado en Copenhague el 17 de julio de 1980. Que prohíbe toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.
- Ley 70 de 1986, por medio de la cual se aprueba la “Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, adoptada en Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1984. Donde se prohíbe infringir intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, entre otras por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación.
- Ley 248 de 1995 “por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994.” Que proscribida toda violencia contra la mujer, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado.
- Ley 984 de 2005 por medio de la cual se aprueba el “Protocolo facultativo de la

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el seis (6) de octubre de mil novecientos noventa y nueve (1999). Que establece la competencia del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer para la atención de casos de comunidades víctimas de violaciones de los Estado Parte de los derechos que la convención reconoce.

- Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones” donde establece sanciones penales por conductas que configuran violencia contra la mujer y establece medidas para su prevención, protección y sanción
- Ley 1761 de 2015 por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones- Ley Rosa Elvira Cely” Que sanciona penalmente todo tipo de feminicidio y como agravante establece cuando se trate de actos de mutilación genital femenina o cualquier otro tipo de agresión o sufrimiento físico o psicológico.

Jurisprudencia

Existe una Sentencia histórica sobre este caso emitida por el Juez Promiscuo Municipal del municipio de Pueblo Rico, Risaralda Marino de Jesús Arcila Alzate dentro del proceso de protección por violencia intrafamiliar. Radicación:6572-40-89-001-2008-00005-00- donde conoció un caso de MGF en niñas de 16 y 17 días de nacidas y se les buscaba dar un tratamiento de violencia intrafamiliar.

Esta Sentencia se construyó con base en un proceso participativo donde diferentes estamentos del municipio de Pueblo Rico y otras instancias del departamento de Risaralda se reunieron en torno al tratamiento médico y las vías jurídicas para abordar estos asuntos junto con la comunidad Embera; se evidencia que existió todo un proceso para atender este asunto entre la comunidad indígena, el Secretario del Consejo Regional Indígena de Risaralda, Antropólogos del ICBF la Defensoría del Pueblo, la comunidad académica de Pereira los jueces de Pueblo Rico entre otros, lo cual, al ser la primera conocida para estos asuntos y tener tal legitimidad la hace en un precedente importantísimo de avance en la censura de estas prácticas, en ella resolvió:

RESUELVE:

(...).

TERCERO: DECLARAR que la práctica de la ABLACIÓN-MUTILACIONGENITAL FEMENINA A/MGF- que se realiza en la comunidad

indígena EMBERÁ-CHAMÍ del departamento de Risaralda, es una práctica bárbara, inhumana, violatoria de los derechos de la mujer y de las niñas de esa comunidad, arbitraria e injustificable, que desconoce La Constitución Nacional y los Convenios Internacionales de Derechos Humanos suscritos por Colombia

CUARTO: DECLARAR que los derechos violados y desconocidos a las niñas de la comunidad indígena EMBERÁ-CHAMI del departamento de Risaralda, con motivo de la ABLACIÓN-MUTILACIONGENITAL FEMENINA A/MGF-; EL DERECHO A LA VIDA Y LA INTEGRIDAD PERSONAL, contemplados en la Constitución Nacional y los convenios internacionales son de mayor peso y en consecuencia desplazan los derecho constitucionales derivados del respeto a la DIVERSIDAD CULTURAL Y AUTONOMÍA DE LOS PUEBLOS INDÍGENA, en interpretación hecha por la Corte Constitucional sobre la aplicabilidad del artículo 246 de la Constitución Nacional.

QUINTO: DECLARAR que las gestiones adelantadas por LAS AUTORIDADES INDÍGENAS, EL MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA, LA DEFENSORÍA DE PUEBLO Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, son insuficientes, ineficaces, lentas, tolerantes e inocuas, para defender LA VIDA E INTEGRIDAD PERSONAL de las niñas de la comunidad indígena EMBERA-CHAMÍ- del Departamento de Risaralda, por motivo de la práctica de LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (A/ MGF) en esa comunidad.

SEXTO: SOLICITAR a las autoridades del Estado Colombiano; PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA; GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL RISARALDA; ALCALDE MUNICIPAL DE PUEBLO RICO, RISARALDA; ALCALDE MUNICIPAL DE MISTRATÓ, RISARALDA; GOBERNADOR MAYOR DEL RESGUARDO INDÍGENA UNIFICADO EMBERÁ-CHAMÍ DEL RIO SAN JUAN DE PUEBLO RICO, RISARALDA; GOBERNADOR MAYOR DEL RESGUARDO INDÍGENA GITO-DOCABU; CANSEJERO MAYOR DEL CONSEJO REGIONAL INDÍGENA DE RISARALDA, (C.R.I.R) o a quienes representen esos cargos o hagan sus veces, que expidan los actos administrativos, decretos, resoluciones, acuerdos u órdenes que sean necesarias PARA PROHIBIR EN FORMA INMEDIATA Y URGENTE LA PRACTICA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (A/MGF)- en el interior de la comunidad EMBERÁ-CHAMÍ del departamento del Risaralda.

SEPTIMO: INSTAR a las entidades públicas MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA, DEFENSORIA DEL PUEBLO, E INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, I.C.B.F. Para que adopten políticas y gestiones, que efectivamente lleven a LA ELIMINACIÓN

URGENTE E INMEDIATA, de la práctica de LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (A/MGF) en la comunidad indígena EMBERA-CHAMÍ del departamento del Risaralda.

OCTAVO: INSTAR a las entidades privadas y a las ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, (O.N.G) del departamento del Risaralda, defensoras de los derechos humanos y de los derechos de la Mujer y de la Niñez, para que adopten políticas sociales y acciones de apoyo, encaminadas a la ELIMINACION INMEDIATA Y URGENTE de la LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (A/MGF) en la comunidad indígena EMBERA-CHAMI del departamento del Risaralda.

NOVENO: INSTAR a las entidades Internacionales defensoras de Derechos Humanos que ejercen actividades en Colombia, para que no apoyen políticas públicas o privadas, encaminadas a TOLERAR O TRANSFORMAR la práctica de la ABLACIÓN-MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA A/MGF- sino que busquen su total eliminación en forma inmediata.

Respecto a que asuntos de MGF sean conocidos por la jurisdicción ordinaria lo que se pretende es evitar las dilaciones procesales injustificadas y en contra de los derechos de las víctimas que se presenten por asuntos de competencias entre la jurisdicción ordinaria y la jurisdicción indígena cuando ampliamente la jurisprudencia de la Corte Constitucional y Corte Suprema de Justicia al respecto ha destacado que la competencia preponderante le corresponde a la justicia ordinaria por el factor objetivo, o el bien jurídico tutelado que busca proteger la norma, al respecto como subregla del factor objetivo ha señalado:

“(S-xii) Si el bien jurídico afectado, o su titular pertenece exclusivamente a la cultura mayoritaria, el elemento objetivo orienta al juez a remitir el caso a la jurisdicción ordinaria.

Luego entonces, conforme a la normatividad y principios que acaban de citarse y que propenden por el reconocimiento, respeto, garantía y restablecimiento de los niños y, que en especial que, particularmente cuando las víctimas son niños y mujeres, le imponen al Estado la obligación de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra las mujeres y las niñas, y reparar a las víctimas.

(...).

Ha de resaltarse que, particularmente, la recomendación General 13 del Comité de los Derechos del Niño señala que “La investigación de los casos de violencia notificados por el niño, un representante del niño o un tercero, debe estar a cargo de profesionales cualificados que hayan recibido una formación amplia y específica para ello y debe obedecer a un enfoque basado en los derechos del niño y en sus necesidades. Se han de adoptar procedimientos de investigación rigurosos pero adaptados a los niños para identificar correctamente los casos de violencia y aportar pruebas a procesos

administrativos, civiles, penales o de protección de menores. Se ha de extremar la prudencia para no perjudicar al niño causándole ulteriores daños con el proceso de investigación. Con ese fin, todas las partes tienen la obligación de recabar las opiniones del niño y tenerlas debidamente en cuenta”.

Asimismo, resalta que “El tratamiento es uno de los muchos servicios necesarios para “promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social” del niño víctima de violencia, y debe llevarse a cabo “en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño” (art. 39). En este sentido, es importante: a) recabar la opinión del niño y tenerla debidamente en cuenta; b) velar por la seguridad del niño; c) contemplar la posibilidad de que sea necesario colocar inmediatamente al niño en un entorno seguro, y d) tener en cuenta los efectos previsibles de las posibles intervenciones en el bienestar, la salud y el desarrollo del niño a largo plazo. Una vez diagnosticado el maltrato, es posible que el niño necesite servicios y atención médica, psiquiátrica y jurídica, y posteriormente un seguimiento a más largo plazo [...]”».⁷

Es necesario destacar que, por regla general, la jurisdicción especial indígena puede conocer de la mayoría de los litigios civiles, laborales, penales, entre otros. Sin embargo, su alcance está limitado en relación con algunas conductas punibles que exceden el ámbito cultural de la comunidad étnica, esto es, aquellas que no guarden una relación directa con sus intereses propios, definidos conforme a su cosmovisión. De manera que deben ser conocidas por la jurisdicción ordinaria, en razón a su nocividad social.⁸

Respecto al reconocimiento del día de tolerancia cero con la mutilación genital femenina que se adopta en el artículo 9° de este proyecto de ley, vale resaltar que el 6 de febrero fue declarado internacionalmente como por la Organización de las Naciones Unidas a través de la Resolución 67/146 como el día de su conmemoración a fin de sensibilizar sobre esta problemática, promoviendo actividades internacionales que permitan visibilizarla. Por lo que, ajustados a esta iniciativa, proponemos que Colombia en su institucionalidad se sume oficial y voluntariamente a esta conmemoración simbólica para el abordaje y abolición de todas las formas de violencia contra la mujer.

Conclusiones

Es necesario contar con leyes que sancionen la mutilación genital femenina (MGF) por varias razones fundamentales:

1. Protección de los derechos humanos: La MGF viola los derechos humanos básicos de las mujeres y niñas, incluyendo el derecho a la integridad física, la salud, y la libertad

⁷ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Penal, STC7111-2018

⁸ Corte Constitucional, Auto 156 de 2023 <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/autos/2023/A156-23.htm>

de ser libres de torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes. Las leyes que prohíben la MGF establecen un estándar claro de protección legal contra esta práctica dañina.

2. **Prevención y disuasión:** Las leyes que sancionan la MGF ayudan a prevenir que esta práctica se perpetúe al establecer consecuencias legales claras para quienes la realicen, faciliten o promuevan. La amenaza de sanciones puede disuadir a las personas de continuar con esta práctica, promoviendo un cambio cultural hacia formas de celebrar la identidad y la integridad femenina sin recurrir a prácticas dañinas.
3. **Promoción de la educación y la sensibilización:** Las leyes contra la MGF suelen ir acompañadas de programas educativos y campañas de sensibilización que ayudan a informar a las comunidades sobre los riesgos y consecuencias de esta práctica. Esto puede contribuir a cambiar las actitudes culturales y sociales que la sustentan.
4. **Apoyo a las víctimas:** Las leyes también pueden proporcionar recursos legales y apoyo a las víctimas de la MGF, asegurando que tengan acceso a servicios de salud adecuados, apoyo psicológico y ayuda para reintegrarse en sus comunidades sin temor a represalias.
5. **Compromiso internacional:** La adopción de leyes contra la MGF refleja el compromiso de un país con los estándares internacionales de derechos humanos y con los esfuerzos globales para eliminar esta práctica

Bibliografía

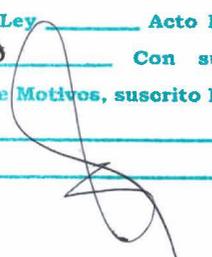
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2011). Proyecto Embera Wera. Recuperado de <https://colombia.unfpa.org/es/publicaciones/proyecto-embera-wera>
- Sentencia proceso de protección por violencia intrafamiliar. Radicación:6572-40-89-001-2008-00005-00-, Juez Promiscuo Municipal del municipio de Pueblo Rico, Risaralda Marino de Jesús Arcila Alzate
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer- CEDAW Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia, 2013
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014). *Mutilación genital femenina*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/mutilaci%C3%B3n-genital-femenina>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017). *Derechos sexuales y derechos reproductivos* [Infografía].

Recuperado de <https://colombia.unfpa.org/es/publicaciones/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-infograf%C3%ADa>

- Asamblea General de las Naciones Unidas Septuagésimo séptimo periodo de sesiones ONU Mujeres, Informe del Secretario General sobre la Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina “<https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2022/10/intensificacion-de-los-esfuerzos-mundiales-para-la-eliminacion-de-la-mutilacion-genital-femenina-informe-del-secretario-general-2022>
- Ministerio de Salud y Protección Social, “Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia” 2020
- UNFPA, Comunicado de Prensa, Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, 6 de febrero 2024
- UNFPA, Línea del Tiempo de la Mutilación Genital Femenina en Colombia, 2024, <https://colombia.unfpa.org/es/publicaciones/linea-del-tiempo-de-la-mutilacion-genital-femenina-en-colombia>
- Medicina Legal, 6 de febrero de 2023, conversatorio sobre la “Transformación de la práctica cultural de la ablación genital femenina e identificación de factores de riesgo desde el abordaje forense”. Ver <https://www.youtube.com/live/JklNpM-byVo>



CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Centro Democrático

 CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL	
El día <u>20</u> de <u>Julio</u> del año <u>2024</u>	
Ha sido presentado en este despacho el	
Proyecto de Ley	Acto Legislativo
No. <u>019</u>	Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: _____	
 SECRETARIO GENERAL	

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 021 DE
2024 CÁMARA**

por medio de la cual se establece una política pública en salud y protección social a favor de las personas afectadas por la Tuberculosis y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C. julio 22 de 2024

Doctor:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Cámara de Representantes

Ciudad.

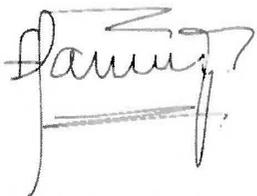
Asunto: Radicación proyecto de ley, por medio de la cual se establece una política pública en salud y protección social a favor de las personas afectadas por la Tuberculosis y se dictan otras disposiciones.

Respetado señor Secretario:

De manera atenta y en virtud de lo dispuesto por los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992, presentamos ante la Cámara de Representantes, el proyecto de ley “*por medio de 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 5ª de 1992.

Con sentimientos de consideración y aprecio,



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República de Colombia
Partido Conservador Colombiano



MARCOS DANIEL PINEDA GARCÍA
Senador de la República
Partido Conservador Colombiano



LORENA RIOS CUELLAR
Senadora de la República
Partido Colombia Justas Libres

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 021 DE
2024 CÁMARA**

por medio de la cual se establece una política pública en salud y protección social a favor de las personas afectadas por la Tuberculosis y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1º. 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.

Se fundamentará en una atención integral basada en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, centrada en las personas afectadas, las familias y las comunidades como centro del sistema de salud.

Además, garantiza el acceso a la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad y pertinencia.

Se promoverá una respuesta complementaria y articulada desde el Sistema Nacional de Protección y Bienestar, favoreciendo la creación de estrategias de apoyo que permitan intervenir tanto intersectorial como multi sectorialmente los Determinantes Sociales de la Salud.

Adicionalmente favorecerá un enfoque especial en las poblaciones con mayor incidencia de Tuberculosis, como las comunidades indígenas, personas en situación de pobreza, trabajadores migrantes, personas privadas de la libertad, y personas viviendo con VIH/SIDA, entre otras poblaciones clave.

Se trabajará para eliminar el estigma y la discriminación e intensificar la investigación y la innovación y evitar la presencia de la enfermedad en futuras generaciones, llevando estas acciones al más alto nivel del Estado para maximizar su impacto positivo en la salud de las personas afectadas.

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

- a) **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 morbilidad y cesar la cadena de transmisión en la población.
- b) **Persona afectada por TB:** Entiéndase por persona afectada por Tuberculosis, a una persona con diagnóstico microbiológico o clínico o epidemiológico de Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, sensible o farmacorresistente.
- c) **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.
- d) **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.

- e) **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.
- f) **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.
- g) **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.
- h) **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.
- i) **Tuberculosis farmacorresistente:** La Tuberculosis farmacorresistente es la pérdida de efectividad y eficacia de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la Tuberculosis.
- j) **Tuberculosis Latente:** La Tuberculosis (TB) latente se refiere a una condición en la que una persona está infectada con el bacilo de Mycobacterium Tuberculosis, pero no presenta síntomas clínicos de la enfermedad

activa y no puede transmitir la infección a otros. Durante esta fase, el sistema inmunológico del individuo mantiene el bacilo en un estado inactivo.

- k) **Determinantes sociales de la salud:** La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas, políticas sociales y sistemas políticos.
- l) **Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis:** Es una instancia del Ministerio de Salud y Protección Social circunscrita a la Dirección de Promoción y Prevención.
- m) **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.
- n) **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.
- o) **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.
- p) **Poblaciones clave de especial protección afectadas por Tuberculosis y VIH:** Son poblaciones clave, las afectadas por la Tuberculosis, que tienen mayores barreras de acceso al diagnóstico, seguimiento y tratamiento y que por los determinantes sociales 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 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 3º. Alcance de la política pública en tuberculosis. La política pública de salud y protección social de las personas 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.

Busca garantizar, promover, proteger 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 el acceso, la adherencia al tratamiento y seguimiento activo hasta su total rehabilitación.

Artículo 4º. 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:

- a) 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.
- b) 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 de la salud.
- c) 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.
- d) La equidad que 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.
- e) 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.
- f) La rectoría del Gobierno implica la capacidad para proveer mecanismos que salvaguarden los derechos y aseguren la protección integral de la salud de las personas bajo un entorno de salud universal, con gobernanza y regulación efectivas. Esto abarca desde la formulación de políticas hasta su implementación y seguimiento, garantizando la coordinación y efectividad de las acciones en todos los niveles del Estado.
- g) Corresponsabilidad: Entendida como el deber de cada persona para promover el autocuidado, hábitos saludables, cuidar la salud de su familia y comunidad, procurar un ambiente sano, hacer uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. De esta manera, se busca un impacto positivo en la salud de las personas afectadas, especialmente en las poblaciones clave.

Artículo 5º. 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.

- a) El enfoque territorial que responde a las particularidades y necesidades sociodemográficas de los territorios.
- b) 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.
- c) 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, libertad religiosa, 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.

- d) La Interculturalidad que está basada en los saberes y las prácticas de los Pueblos Indígenas, los Afrodescendientes, Raizales, Palenqueros, y Rom, así como las medicinas alternativas y complementarias.
- e) La equidad de género que permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión, considerando las diferencias biológicas del género y buscando la igualdad de las personas afectadas por la Tuberculosis.
- f) La interseccionalidad que permite conocer la presencia de dos o más características diferenciales de las personas como la pertenencia étnica, religión, 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.
- g) 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. 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. De conformidad con la Constitución Nacional, las disposiciones de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011 el Estado deberá garantizar el acceso a los servicios de salud, para la prevención, diagnóstico, control, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por Tuberculosis en el territorio nacional y su protección social a través del ingreso como beneficiarias de programas que garanticen sus derechos. Así mismo ofrecerá 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 se deberán reconocer en primacía los siguientes derechos a toda persona afectada por Tuberculosis:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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 técnica y vocacional y por tanto a ninguna persona con diagnóstico de Tuberculosis se le podrá restringir este derecho.
- e) Al trabajo, a no ser despedida o sometida a estigma o 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.

- f) A una alimentación adecuada y a no padecer hambre ni desnutrición.
- g) A una vivienda adecuada. Esto incluye el derecho a viviendas asequibles, accesibles y habitables en un lugar aceptable.
- h) A los servicios de agua y de saneamiento.
- i) 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.
- j) 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.
- k) 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.
- d) Reportar las dificultades relacionadas con la adherencia y continuidad del tratamiento.
- e) Mostrar consideración y respeto por los derechos de otros pacientes y proveedores de los servicios de salud.
- f) Acatar las recomendaciones que brinde el personal de salud sobre su enfermedad y aquellas relacionadas con el autocuidado y la protección de su núcleo familiar o social para evitar la transmisión de la enfermedad, así como informar al personal de salud sobre eventos adversos que pudieran estar asociados a la ingesta de medicamentos.

Parágrafo. 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 9º. Día Nacional de la Lucha contra la Tuberculosis. Declárase el 24 de marzo como el Día Nacional de la Lucha contra la Tuberculosis para que el Gobierno nacional concientice a la población sobre el impacto negativo de la Tuberculosis y la necesidad de acelerar su eliminación.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social radicará un informe anual ante el Congreso de la República sobre los avances de la política pública integral de salud y protección social a favor de las personas afectadas, de las metas definidas en el Plan Estratégico Colombia Fin de la Tuberculosis y sus actualizaciones, de acuerdo con los lineamientos nacionales del Comité Nacional Asesor de Tuberculosis, creado mediante Resolución 5195 de 2010, los lineamientos internacionales definidos por la Organización Mundial de la Salud, así como la evidencia científica publicada en revistas nacionales o internacionales.

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

- a) Informar a la entidad territorial y/o su Empresa Administradora de Planes de Beneficio y/o a su institución prestadora de servicios o 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.
- b) Acceder a los estudios diagnósticos pertinentes y adherirse al esquema de tratamiento vigente a nivel nacional.
- c) 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).

CAPÍTULO I

Salud pública y prestación de servicios

Artículo 10. Prevención y Control de 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 1º. 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 2°. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o las que hagan sus veces frente a la gestión del riesgo en salud, 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.

Para tal fin el Ministerio de Salud y Protección Social durante el proceso de reglamentación de la presente ley, precisará de manera clara las responsabilidades, evitará la fragmentación de la normativa existente, orientará la necesidad de garantizar el cumplimiento de las acciones y la importancia de mantener un enfoque integral en la política pública, para abordar adecuadamente la prevención y control de la Tuberculosis.

Parágrafo 3°. 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, las cárceles, el personal de salud, y demás instituciones con personas afectadas por Tuberculosis, los cuidadores y guardias de las diferentes entidades, observarán las medidas necesarias de control de la infección.

Parágrafo 4°. 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 la Tuberculosis y Tuberculosis - VIH, para favorecer la realización de procedimientos diagnósticos, administración de tratamiento, seguimiento y control coordinado entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) públicas y privadas, tanto en el primer nivel de atención (IPS de baja complejidad), como en el mayor nivel de complejidad (IPS de mediana y alta complejidad). Esta clasificación es equivalente a la red de prestadores primarios y complementarios y a los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las redes integrales de prestadoras de servicios de salud.

Artículo 11. 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 de punta vigentes, recomendadas por la OMS, 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. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento a las coberturas de vacunación en Bacilo de Calmette- Guarin y desarrollará las acciones necesarias para la implementación de las nuevas vacunas aprobadas por la Organización Mundial de la Salud, para eliminar la Tuberculosis.

Parágrafo 1°. 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 16 del artículo 2° de la presente ley.

Parágrafo 2°. 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, las recomendaciones del Comité Asesor de Tuberculosis y de la OPS/OMS.

Artículo 12. 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 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 al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis. De igual forma atender e intervenir las secuelas que la enfermedad haya ocasionado en

la persona que padece Tuberculosis, para favorecer su rehabilitación definitiva.

Artículo 13. 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 del Comité Nacional Asesor de Tuberculosis y los lineamientos internacionales de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Parágrafo 1º. 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 de mediana y alta complejidad por ejemplo trabajo social, psicología, psiquiatría, neumología, infectología, otorrinolaringología, nutrición, enfermería, gastroenterología entre otros, para el manejo integral de la farmacorresistencia. A su vez favorecerán 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, 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 2º. 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.

Artículo 14. Registro de atenciones en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales, llevarán un registro actualizado mensual, 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.

CAPÍTULO II

De las poblaciones clave

Artículo 15. 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 de acceso a la salud.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud Y Protección Social podrá incorporar nuevas vacunas contra la Tuberculosis que presenten evidencia científica de seguridad y eficacia, avaladas por la Organización Mundial de la Salud. Esta incorporación se realizará previo análisis de costo -efectividad y sostenibilidad, garantizando que no existan barreras frente al aseguramiento y acceso a la salud.

Parágrafo 2º. 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 3º. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o quienes hagan sus veces, 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.

Parágrafo 4º. Las Entidades Territoriales en el marco del ejercicio de su autonomía presupuestal y administrativa 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 enfermedad con el fin de incorporar estrategias de atención oportuna e integral. Intervendrán 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. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se articulará con las Entidades Territoriales y con las demás entidades competentes, entre otras, las que hacen parte del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, como garantía de la restitución de derechos de los niños afectados por Tuberculosis activa o latente.

Artículo 16. 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 y demás entidades competentes, 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 1º. 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. El Estado definirá o actualizará el procedimiento en el que flexibilice mecanismos de regularización de la población migrante afectada por la enfermedad, para garantizar su atención oportuna, con el propósito de cortar la cadena de transmisión de la Tuberculosis, como una enfermedad sin fronteras.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social favorecerá la comunicación permanente mediante canales seguros o con códigos de acceso conforme a los procedimientos del Centro Nacional de Enlace, 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.

Parágrafo 3°. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Relaciones Exteriores deberá gestionar acuerdos de cooperación con los países vecinos y otros actores internacionales para concurrir al financiamiento de los gastos causados a las ciudades fronterizas para cubrir los gastos derivados de la atención de la Tuberculosis en la población migrante mediante los programas existentes o nuevas intervenciones. Esto se realiza con el objetivo de preservar la calidad del sistema de atención y evitar cargas financieras adicionales a la Entidad Territorial. En este contexto, se promoverá la participación ciudadana mediante comités de vigilancia y mecanismos de rendición de cuentas y la transparencia en el uso de los fondos. Esto incluye la publicación de informes detallados sobre cómo se utilizan los recursos y qué resultados se obtienen.

Artículo 17. Tuberculosis en población privada de la libertad. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, implementarán el programa de atención integral Tuberculosis y Tuberculosis - VIH, incluidas las actividades colaborativas, 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 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 1°. 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 Unidad de Servicios Penitenciarios

y Carcelarios (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 2°. 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 penitenciarios y carcelarios. Al respecto se favorecerá el acceso a los servicios de atención de laboratorio y radiología para el diagnóstico de la Tuberculosis, favoreciendo el uso de nuevas estrategias y tecnologías promovidas por la OMS dentro de los establecimientos, especialmente en aquellos que, de acuerdo a la zona de su jurisdicción, no cuenten con prestadores de servicios de 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 3°. Los establecimientos penitenciarios y carcelarios dispondrán de recurso humano capacitado para atender los eventos de interés en salud pública dirigidos a la Tuberculosis, VIH y Salud Sexual y Reproductiva. Estos profesionales tendrán la posibilidad de recibir asesoría, asistencia técnica, fortalecimiento de capacidades y seguimiento desde las Secretarías de Salud y deberán garantizar el manejo integral de la Tuberculosis, VIH y Salud Sexual y Reproductiva al interior de los establecimientos penitenciarios y carcelarios. La población privada de la libertad que requiera, podrá acceder a servicios especializados de atención, como neumología, nutrición, infectología, psicología, con oportunidad según la comorbilidad y los factores de riesgo relacionados con la Tuberculosis y el VIH bajo la garantía del INPEC y la USPEC.

Parágrafo 4°. 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, control de infecciones, favoreciendo las medidas de protección personal, ambientales y administrativas, la atención en salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Durante el tiempo de tratamiento de la población privada de la libertad con diagnóstico de Tuberculosis, el INPEC y la USPEC garantizarán las condiciones nutricionales requeridas para favorecer la adherencia y el éxito del tratamiento de las personas privadas de la libertad.

Artículo 18. 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 de la población habitante de calle afectada por la Tuberculosis, respondiendo al diagnóstico oportuno, el seguimiento, la prevención

de nuevos contagios y la adherencia al tratamiento, el cual deberá ser entregado sin barreras y sin requerimientos adicionales, en el marco de la política pública social vigente para habitantes de calle.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, serán las entidades encargadas de implementar mecanismos y estrategias articuladas para la búsqueda activa y tratamiento integral de las personas habitantes de calle en riesgo o afectadas por Tuberculosis.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales elaborarán una caracterización de los habitantes de calle para gestionar su identificación y articularán con las entidades competentes para gestionar la 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 para favorecer la adherencia al tratamiento estrictamente supervisado. Las Secretarías de Salud en coordinación con las entidades responsables que están a cargo de esta población diseñarán una ruta para favorecer el diagnóstico, el tratamiento y la adherencia. Las organizaciones de la sociedad civil podrán apoyar y aunarán esfuerzos en este propósito.

Artículo 19. Madres gestantes y neonatos. El Estado garantizará la atención integral a las madres gestantes y neonatos de 0 horas a 30 días para la detección de afectados por Tuberculosis latente, activa, sensible o resistente, sus complicaciones y comorbilidades. También el tratamiento con acceso a la atención médica general y especializada, así como a las pruebas diagnósticas de acuerdo con el algoritmo diagnóstico conforme a la normatividad vigente, sin barreras, en razón de ser una población de alto riesgo vulnerable que presenta mayor morbilidad y mortalidad.

Artículo 20. Actividades colaborativas y acceso al tratamiento del VIH. El tratamiento oportuno del VIH evita el deterioro del sistema inmunológico generado por diagnóstico tardío, favorece la indefectibilidad de la carga viral y disminuye el riesgo de transmisión. Por consiguiente, 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.
- 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.

Artículo 21. 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 oportunidad 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.

Parágrafo 1°. 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 2°. El tratamiento de Tuberculosis latente en personas con VIH se realizará de acuerdo con los esquemas de eficacia que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en consonancia con las recomendaciones de las OMS, 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.

Parágrafo 3°. Las entidades territoriales incentivarán 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 22. 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 o quien haga sus veces 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 del término establecido en el artículo 14 de la Ley 1755, sin perjuicio de las acciones legales vigentes.

Artículo 23. 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: 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, 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 24. 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 doce (12) 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.

Parágrafo 1º. La Registraduría Nacional del Estado Civil y el Ministerio de Salud y Protección Social reducirán 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 garantizarán los medios logísticos, económicos, el transporte terrestre, aéreo o fluvial y las estrategias con enfoque diferencial, que 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 2º. 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 25. Tuberculosis en población negra, palenquera, raizal, afrocolombiana y rom. Con base en lo dispuesto en el artículo 22 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 26. 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 esta problemática.

CAPÍTULO III

La salud mental y atención psicosocial

Artículo 27. 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. 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 o 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 28. 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.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, con la colaboración de las entidades territoriales podrán desarrollar 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.

Parágrafo 2º. 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.

CAPÍTULO IV

Vigilancia epidemiológica, gestión y acceso a la información

Artículo 29. 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.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. 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.

Artículo 30. Sistema de Información. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, a partir de los sistemas de información existentes, podrán desarrollar y poner en operación un sistema nacional de información para consolidar la información en línea en Tuberculosis y Tuberculosis VIH, y que garantice el seguimiento al diagnóstico, tratamiento y control de la Tuberculosis, de tal forma que se realice la trazabilidad de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud, en tiempo real y la verificación de la rehabilitación de las personas afectadas por Tuberculosis.

Parágrafo. 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 General de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces y operado por el 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 31. 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 Hábeas Data.

Parágrafo 1°. 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.

Parágrafo 2°. 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 Hábeas Data.

CAPÍTULO V

Sistema Nacional de protección social y bienestar de las personas afectadas por Tuberculosis.

Artículo 32. Declaratoria de interés público: Declárese 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 33. Sistema nacional de protección y bienestar. Créase el Sistema Nacional de Bienestar y Protección Social de las personas afectadas por Tuberculosis como el conjunto de políticas, orientaciones, lineamientos, normas, decretos, programas, recursos, instituciones y actividades que permitan la protección de las personas afectadas por la Tuberculosis, así como la gestión, implementación y operación de la política integral en salud y protección social, para garantizar una respuesta efectiva y coordinada desde todos los niveles del Gobierno para el control y eliminación de la Tuberculosis, con el apoyo, generación de valor de la sociedad civil, el sector privado y los actores de la cooperación internacional.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá a su cargo la definición de protocolos y lineamientos en salud y protección social a nivel nacional, con el apoyo del Comité Asesor Nacional creado mediante Resolución número 5195 de 2010 por el Ministerio de Salud, el Consejo Intersectorial y los concejos territoriales que crea la presente ley y los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Parágrafo 2°. El Sistema Nacional de Protección y Bienestar será liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, 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 nacional, las entidades territoriales e invitados de las Organizaciones de la Sociedad Civil, la Academia, el Sector Privado y la Cooperación Regional e Internacional.

Artículo 34. Creación del Consejo Intersectorial. Dentro del Sistema Nacional de Protección y Bienestar créase el Consejo Intersectorial de Tuberculosis que tiene por objeto apoyar al Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, 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, 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.

Parágrafo 1°. El Consejo Intersectorial de Tuberculosis, será el encargado de aprobar la política pública en salud y protección social, 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 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.

Parágrafo 2°. 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 número 5195 de 2010 del Ministerio de Salud, un representante del Observatorio Nacional, de la Liga Nacional o Distrital de Tuberculosis.

Parágrafo 3°. El Consejo Intersectorial de Tuberculosis será presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien durante la reglamentación de la presente ley se encargará de establecer las acciones necesarias para incluir la Tuberculosis en la agenda de la Comisión Intersectorial de Salud y la integración de los representantes del Comité Asesor Nacional.

Artículo 35. Creación de los Consejos Territoriales. A nivel departamental y distrital se crearán los consejos territoriales - intersectoriales de Tuberculosis quienes actuarán en el marco de las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y 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 necesidades de cada territorio.

Parágrafo 1°. Los programas de Tuberculosis de las entidades territoriales liderarán los Consejos Territoriales e intersectoriales a que hace referencia el presente artículo, 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 social y económica, tipo de población, enfoque diferencial, de género y poblacional para coordinar y articular la inclusión de las personas afectadas a la oferta de programas y proyectos de orden nacional departamental, distrital o municipal para la atención de la Tuberculosis.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales priorizarán la entrega de ayudas 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.

Parágrafo 3°. Los programas del orden nacional y territorial realizarán seguimiento a los indicadores de éxito de tratamiento en cada uno de los casos.

Artículo 36. Hoja de ruta para la eliminación. Será un instrumento gerencial del Ministerio de Salud y Protección Social, anexo a la Política Pública en Salud y Protección Social.

El Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, deberá en coordinación con el Consejo Intersectorial de Tuberculosis, liderar el diseño, planeación y el seguimiento

a la implementación de la hoja de ruta para la eliminación de la Tuberculosis, e incluirá los objetivos, actividades, indicadores, metas sectoriales y multisectoriales necesarias para avanzar hacia la eliminación de la enfermedad, desde el enfoque de salud pública y promoviendo la intervención directa de los determinantes sociales de la salud.

Parágrafo. El Consejo Intersectorial de Tuberculosis con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social definirá e implementará un marco de rendición de cuentas multisectorial con metas, indicadores, estrategias, acciones y recursos.

CAPÍTULO VI

Participación y gestión comunitaria

Artículo 38. Participación de organizaciones en el control de la Tuberculosis. El Gobierno nacional a través de las transferencias nacionales asignadas para el desarrollo de actividades comunitarias fortalecerá e incentivará 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.

Parágrafo 1°. 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.

Parágrafo 2°. 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 y con el apoyo de organismos de cooperación, asistencia o ayuda internacional.

Parágrafo 3°. Las entidades territoriales deben considerar varios aspectos importantes para establecer redes de apoyo y alianzas con las Organizaciones de la Sociedad Civil. Estos aspectos son fundamentales en el desarrollo de las

actividades comunitarias certificadas en el control de la Tuberculosis y que consisten en:

- a) Visibilizar en el objeto social de las organizaciones de la sociedad civil el desarrollo de las actividades comunitarias relacionadas con la Tuberculosis.
- b) La experiencia en la gestión de líneas técnicas de Tuberculosis y Tuberculosis - VIH, farmacoresistencia entre otras actividades definidas en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social vigentes.
- c) La construcción de rutas de intervención con poblaciones afectadas.
- d) Las actividades de Información educación y comunicación.
- e) La búsqueda activa, y captación oportuna, de personas con síntomas en la comunidad.
- f) El seguimiento y acompañamiento durante el tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis.
- g) La abogacía e incidencia política.
- h) La atención primaria en salud resolutiva.
- i) 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.
- j) Los procedimientos de contratación con las organizaciones de la sociedad civil por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales se llevarán a cabo de acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, el Estatuto General de Contratación Pública, las leyes, los decretos reglamentarios vigentes aplicables, o los procedimientos privados e internacionales, según el origen, la cuantía, la naturaleza de los recursos y las reglas de contratación del donante si a ello hubiere lugar.

CAPÍTULO VII

Educación, Investigación e innovación

Artículo 39. Formación en Tuberculosis: Respetando la autonomía universitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y las Entidades Territoriales pueden colaborar con las Instituciones de Educación Superior para que los futuros profesionales de la salud en carreras como medicina, enfermería, odontología, psicología, trabajo social, epidemiología, bacteriología, y otras definidas por el Comité Intersectorial de Tuberculosis, reciban formación en prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la Tuberculosis según los lineamientos nacionales.

Parágrafo 1º. Las universidades a su vez, podrán también impulsar la formación especializada en Tuberculosis, integrando educación, investigación, innovación, cooperación nacional e internacional, y el intercambio de conocimientos con el apoyo

de organizaciones internacionales y la Liga Anti-Tuberculosis Nacional y Distrital.

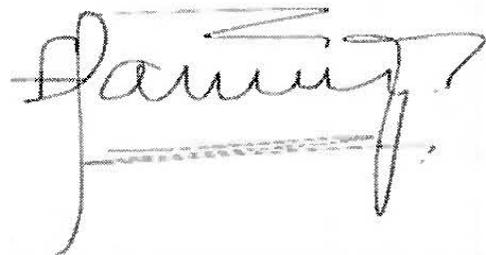
Artículo 40. Prácticas profesionales en salud. Así mismo se podrá incentivar el desarrollo de pasantías y prácticas universitarias de pregrado con los estudiantes de la salud y técnicos que incluirán la participación en actividades clínicas y experiencias de abordaje comunitario a las personas afectadas por Tuberculosis, haciendo uso respectivo de control de infecciones necesarias.

Artículo 40. Prácticas profesionales en salud: Las Instituciones de Educación Superior podrán promover el desarrollo de pasantías y prácticas universitarias de pregrado para estudiantes de salud y técnicos. Estas incluirán la participación en actividades clínicas y experiencias de intervención comunitaria con personas afectadas por Tuberculosis, garantizando el uso adecuado de medidas de control de infecciones.

Artículo 41. Acceso a Nuevas Tecnologías, Telemedicina y Salud Digital. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá 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 42. Vigencia y Derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

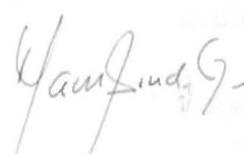
Cordialmente,



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República de Colombia

Partido Conservador Colombiano
AUTORA

COAUTORES

 MARCOS DANIEL PINEDA GARCÍA Senador de la República	 LORENA RIOS CUELLAR Senadora de la República
---	---

**EXPOSICIÓN 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.
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

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 y así está reconocido en la ley estatutaria de la salud.

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

¹ Ministerio 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>

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.

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 número 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, multirresistente 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.

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 farmacorresistentes.

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 experimentan 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

² Organización Mundial de la Salud. Global TB Report 2022.

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 Américas 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.

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 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 indiscriminada, el derecho a recibir consejería y a la confidencialidad.

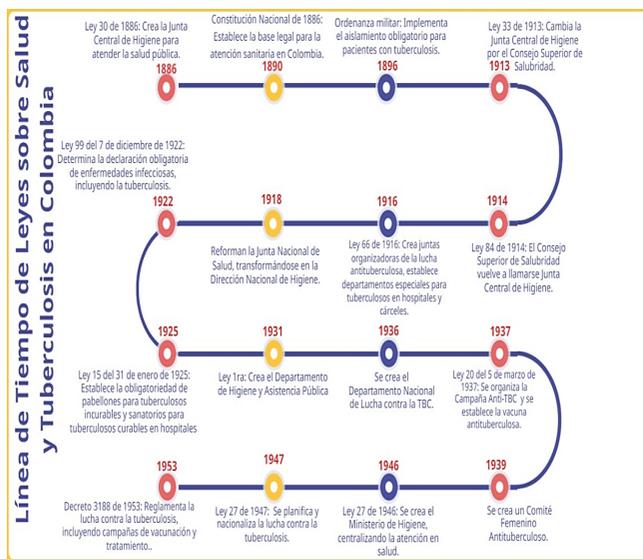
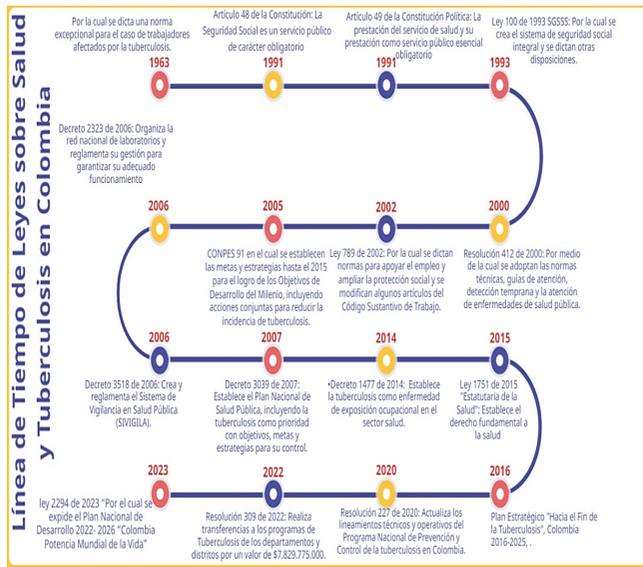
Argentina: La ley busca declarar de interés público la respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual ITS, y la Tuberculosis, a su vez los medicamentos, las vacunas, la investigación y el desarrollo de tecnologías locales, la utilización de salvaguardas en salud 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.

³ (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/tuberculosis/political-declaration-un-general-assembly-tb-tuberculosis77cd7a27-7e8d-4fbb-9729-a5db-d505798f.pdf?sfvrsn=4f4090dc_1&download=true)

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.

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 número 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 número 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 número 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.

La Resolución número 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 número 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 número 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 número 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 número 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 sobrecosto en el transporte debido a la búsqueda de la atención en diagnóstico y tratamiento y gastos en alimentación, entre otros.

Acorde a la línea Estratégica 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.

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 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 presentará 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 alcanzó 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, D. C. 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.

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 tratamiento⁵. 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 enfermedad⁶.

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 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 sociales⁷.

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 discapacidad⁹.

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

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 uni-

dad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. Atención Familiar. 2016; 23:8-13.

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.

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.

XII. Tuberculosis en niños y adolescentes:

De acuerdo con el informe de la OMS, durante el 2021, la Tuberculosis en niños representó 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 equivalentes 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.

XIV. Tuberculosis y farmacorresistencia

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 farmacorresistente, 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

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.

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.

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.

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 VIH¹⁷.

Las tres categorías principales utilizadas para la vigilancia mundial y el tratamiento de la Tuberculosis farmacorresistente 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 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

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.AR-BRES.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: PMC4561400Ministerio 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.AR-BRES.2017.02.006>. Published: 2017-09.

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.

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 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 colaborativas ²².

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 cómo 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 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

²² ibid

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 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 Prevención y 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.

Si bien es cierto que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público emitió concepto relacionado con el impacto fiscal futuro de un nuevo sistema de información en Tuberculosis. Una vez consultada la coordinación del Programa Nacional de Prevención y Control, del Ministerio de Salud y Protección Social, se manifiesta la necesidad y urgencia de contar con un nuevo sistema de información que facilite el trabajo del programa y apoye la generación de informes y reportes periódicos, así como hacer un seguimiento gerencial al avance y cumplimiento de las metas. Adicionalmente que se fortalezcan capacidades en los programas a nivel nacional y territorial. Así las cosas, en el articulado se ratifica la necesidad de incorporar un nuevo sistema de información.

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

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 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, de los países de la región de las Américas que cuentan con ley de Tuberculosis, el proyecto Incide Lab TB, la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría de Salud de Bogotá y la Secretaria de Salud de Cundinamarca, El Observatorio Social de Tuberculosis, algunas Organizaciones de la sociedad civil y las personas afectadas por la Tuberculosis.

Este proyecto de ley fue radicado en la Legislatura 2023-2024 y aprobado en tres debates. Dos (2) en la Comisión VII y la Plenaria del Senado de la República y uno (1) en la Comisión VII de la Cámara de Representantes. Lamentablemente no alcanzó a ser debatido en cuarto y último debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes antes del 20 de junio de 2024. Por consiguiente, la presente iniciativa luego de ser revisada y ajustada incluye ajustes conforme a las recomendaciones realizadas en los debates en los que fue aprobado el proyecto de ley y los observadores incluidas en los conceptos recibidos del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Educación Nacional.

CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL	
El día	22 de julio del año 2024
Ha sido presentado en este despacho el	
Proyecto de Ley	Acto Legislativo
No. 021	Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: H.S. Soledad Tamayo	
SECRETARIO GENERAL	

CONTENIDO

Gaceta número 1047 - Viernes, 26 de julio de 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

Págs.

Proyecto de Ley número 018 de 2024 Cámara, por medio del cual se penaliza la mutilación genital femenina y establece disposiciones para su atención y abordaje.	1
Proyecto de Ley número 021 de 2024 Cámara, por medio de la cual se establece una política pública en salud y protección social a favor de las personas afectadas por la Tuberculosis y se dictan otras disposiciones.	11