

CONSULTORÍA
Evaluación cualitativa de
las poblaciones clave,
barreras de género y el
contexto legal
relacionado a
Tuberculosis en 11 países
de Latinoamérica y el
Caribe, 2022.

COLOMBIA

Equipo consultor

Julia Campos Guevara
Clara Buendía Franco
Patricia Sánchez Farfán
Laura Grisales Castaño
Alfredo Arana Salcedo
Victoria Correa Rentería
Claudia Vásquez Arangoitia

Equipo de apoyo

Sebastián Tamayo Salinas
Jenny Florez Zambrano

Contenido

Contenido.....	2
Relación de cuadros	5
Relación de ilustraciones.....	6
Siglas y abreviaturas.....	7
1. ANTECEDENTES	9
2. INTRODUCCIÓN	10
3. SITUACIÓN DE LA TB EN EL PAÍS	11
3.1 Situación actual de la TB en Colombia	11
3.2 Evolución de la TB en los últimos años	20
3.3 Poblaciones claves de TB.....	22
4. MARCO TEÓRICO.....	23
4.1 Bases teóricas.....	23
4.2 Definiciones conceptuales.....	26
4.2.1. Género.....	26
4.2.2. Enfoque basado en los derechos humanos a la TB.....	26
4.2.3. Poblaciones clave y vulnerables.....	26
4.2.4. Acceso a la Salud Pública.....	26
4.2.5. Derecho a una atención integral de salud	27
5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	27
5.1 Objetivo general.....	27
5.2 Objetivos específicos.....	27
6. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE TRABAJO DE CAMPO	28
6.1 Tipo de investigación.....	28
6.2 Sujeto de estudio.....	28
6.3 Descripción de la técnica de recolección de datos.....	29
6.3.1. Entrevistas en profundidad a personas afectados por la TB	29
6.3.2. Entrevista a profundidad con informante clave	30
6.3.3. Grupos focales.....	30
6.4 Taller de priorización de poblaciones clave más vulnerables y	

marginadas.....	30
6.5 Grupos focales de poblaciones clave de TB.	33
6.6 Grupos focales de barrera de género.....	34
6.7 Entrevistas a profundidad sobre barrera de género	35
6.8 Entrevistas a profundidad sobre contexto legal de TB.	36
7. RESULTADOS	37
7.1 Poblaciones clave en TB	37
7.1.1. Poblaciones clave identificadas.....	37
7.1.2. Poblaciones clave priorizadas	39
7.1.3 Categorización de poblaciones clave priorizadas	40
7.1.3.1. Población clave: Personas viviendo con VIH	40
7.1.3.2. Población clave: Migrantes	57
7.1.3.3. Población clave: Habitante de calle	66
7.1.3.4. Población clave: Pobres Urbanos	76
7.2 Exploración e Identificación de las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB.	87
7.2.1. Entrevistas	87
7.2.1.1. Comprensión y experiencia de la TB	87
7.2.1.2. Detalles sobre el último episodio de enfermedad.	91
7.2.1.3. Descripción del estigma y sus influencias.....	96
7.2.1.4. Barreras y facilitadores en el camino de la TB	98
7.2.1.5. Impacto de la pertenencia al género/población clave en la experiencia de la TB.....	112
7.2.1.6. Compromiso y participación significativos.....	113
7.2.2. Grupos focales.	113
7.2.2.1. Roles de hombres, mujeres y transgénero	114
7.2.2.2. Barreras de Género	120
7.2.2.3. Género y apoyo al Diagnóstico y tratamiento.	124
7.3 Exploración e Identificación del contexto legal de TB	126
7.3.1. Entorno legislativo y de políticas: poblaciones clave y vulnerables	126
7.3.1.1. Población clave 1: Personas que viven con VIH.....	126
7.3.1.2. Población clave 2: Migrantes	135
7.3.1.3. Población clave 3: Habitante de Calle	141
7.3.1.4. Población clave 4: Pobres Urbanos	145
7.3.2. Entorno legislativo y político general, derechos humanos y	

TB	152
7.3.2.1. Acceso a la justicia del ciudadano promedio	152
7.3.2.2. Leyes o políticas que protegen o discriminan a las personas afectadas por TB.....	153
7.3.2.3. Políticas o sistemas para rastrear o responder a las violaciones de los DDHH.....	158
7.3.2.4. Participación e inclusión de las personas afectadas de TB en la respuesta a la TB	160
7.3.2.5. Cambios legales o de política para garantizar los derechos de las PAT.....	163
7.3.2.6. Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos	165
7.3.3. Entorno legislativo y de políticas: igualdad y equidad de género.....	168
7.3.3.1. Leyes o políticas que impactan la igualdad de género.	168
7.3.3.2. Sistemas para gestionar casos de género.	170
7.3.3.3. Enfoque de género en las leyes o políticas relacionadas a TB. ...	170
7.3.3.4. Sistema o proceso para apoyar la equidad/igualdad de género	171
7.3.3.5. Cambios legales o de política para garantizar los derechos de género de las PATB.....	172
7.3.3.6. Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos.	174
8. CONCLUSIONES	175
8.1. Sobre poblaciones clave	175
8.2. Sobre Género	178
8.3. Sobre el Contexto Legal relacionado a la TB	180
9. RECOMENDACIONES	182
9.1. Sobre Poblaciones clave	182
9.2. Género.....	183
9.3. Sobre Contexto Legal relacionado a la TB.....	184
10. BIBLIOGRAFÍA	186
11. ANEXOS	190
Anexo 1: Relación de centros de salud que participaron en el estudio.....	190
Anexo 2: Resumen de normas legales relacionadas a TB.	190
Anexo 3: Programa del Taller de priorización de poblaciones clave en Tuberculosis.	200
Anexo 4: Matriz de calificación de poblaciones clave en Tuberculosis.	201

Relación de cuadros

CUADRO N° 1: PARTICIPANTES DEL TALLER DE PRIORIZACIÓN DE POBLACIONES CLAVE DE TB.....	32
CUADRO N° 2: PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES DE POBLACIONES CLAVE - TB.	34
CUADRO N° 3: PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES DE BARRERA DE GÉNERO - TB.....	35
CUADRO N° 4: PARTICIPANTES EN ENTREVISTA SOBRE BARRERA DE GÉNERO - TB.....	36
CUADRO N° 5: PARTICIPANTES EN ENTREVISTA SOBRE CONTEXTO LEGAL - TB.....	37
CUADRO N° 6: POBLACIONES CLAVE IDENTIFICADAS.....	38
CUADRO N° 7: POBLACIONES CLAVE PRIORIZADAS.	39
CUADRO N° 8: DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN CLAVE TB/VIH EN EL CAMINO DE LA TB.	51
CUADRO N° 9: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE TB/VIH.	55
CUADRO N° 10: DESAFÍOS QUE ENFRENTA DE LA POBLACIÓN CLAVE MIGRANTES EN EL CAMINO DE LA TB.....	61
CUADRO N° 11: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE MIGRANTES.	64
CUADRO N° 12: DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN CLAVE PPL EN EL CAMINO DE LA TB.	69
CUADRO N° 13: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE HABITANTE DE CALLE.	74
CUADRO N° 14: DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN CLAVE POBRES URBANOS EN EL CAMINO DE LA TB... ..	83
CUADRO N° 15: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE POBRES URBANOS.	86
CUADRO N° 18: DESAFÍOS QUE ENFRENTA EN EL CAMINO DE LA TB.	105
CUADRO N° 19: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.	111

Relación de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1: CASOS DE TB TODAS LAS FORMAS (TF) REPORTADOS EN COLOMBIA LOS AÑOS 2008 AL 2021.	12
ILUSTRACIÓN 2: TASA DE INCIDENCIA DE TB EN COLOMBIA. AÑOS 2000 AL 2021.	13
ILUSTRACIÓN 3: CARGA DE CASOS DE TB POR ENTIDAD DEPARTAMENTAL EN COLOMBIA, AÑO 2020.	14
ILUSTRACIÓN 4: CASOS DE TB NUEVOS Y RECAÍDAS REPORTADOS EN EL PNPCT SEGÚN SEXO. COLOMBIA, AÑO 2020	15
ILUSTRACIÓN 5: CASOS DE TB NUEVOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. COLOMBIA, AÑO 2021.	15
ILUSTRACIÓN 6: PROPORCIÓN DE CASOS DE TB TF SEGÚN RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO. COLOMBIA. AÑO 2020	16
ILUSTRACIÓN 7: TASA DE INCIDENCIA DE TB SEGÚN RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO. COLOMBIA. AÑO 2020.	16
ILUSTRACIÓN 8: PROPORCIÓN DE LETALIDAD POR TB EN COLOMBIA EN EL AÑO 2019.....	17
ILUSTRACIÓN 9: PORCENTAJE DE CASOS DE TB INGRESADOS AL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TB SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN. COLOMBIA. AÑOS 2016 A 2021.....	18
ILUSTRACIÓN 10: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TB SEGÚN SEXO. COLOMBIA. AÑOS 2016 A 2021.....	20
ILUSTRACIÓN 11: INCREMENTO DE CASOS DE TB SEGÚN SEXO. COLOMBIA. AÑOS 2017 A 2020.....	21
ILUSTRACIÓN 12: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TB SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD. COLOMBIA. AÑOS 2016 A 2021	21
ILUSTRACIÓN 13: TASA DE MORTALIDAD POR TB X 100 000 HABITANTES EN COLOMBIA. AÑOS 2004 AL 2020	22

Siglas y abreviaturas

COVECOM:	Comités de Vigilancia Epidemiológicos Comunitarios
COVID-19:	Enfermedad causada por un nuevo Coronavirus.
DM:	Diabetes Mellitus
DTS:	Direcciones Territoriales de Salud.
ET:	Entidades Territoriales.
EAPB:	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
FM:	Fondo Mundial
FFMM:	Fuerzas Militares.
INS:	Instituto Nacional de Salud.
INPEC:	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
LAC:	América Latina y el Caribe
MAITE:	Modelo de Acción Integral Territorial.
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
MCP:	Mecanismo de Coordinación País
MDR-TB:	Multidrogorresistente.
OAT:	Organización de Afectados por TB
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAT:	Persona afectadas de TB
PAIS:	Política de Atención Integral en Salud.
PAS:	Plan de Acción en Salud.
PNPCT:	Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
POAI:	Plan Operativo Anual de Inversión.

PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública.
PIC:	Plan de Intervenciones Colectivas.
PIH:	Partners In Health
PPL:	Población Privada de Libertad
SES:	Socios en Salud
SIDA:	/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
TB:	Tuberculosis
VIH:	Virus de inmunodeficiencia adquirida

1. ANTECEDENTES

El Fondo Mundial (FM) para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (The Global Fund en inglés) fue creado en el 2002. El FM se encarga de financiar proyectos que tienen como objetivo reducir el impacto de cualquiera de estas 3 enfermedades en países priorizados o elegibles para esta subvención.

Partners In Health en alianza con la Coalición de TB de las Américas y con el respaldo de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), Mecanismos de Coordinación País (MCPs), Ministerio de Salud a través de los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT), presentó una solicitud de financiamiento al FM el 03 de agosto del 2018. Partners In Health (PIH), ha sido designado por el Fondo Mundial como receptor principal de la subvención multipaís para la TB en la región de América Latina y el Caribe. El proyecto es denominado: “Promover e implementar el ENGAGE TB a través de la Sociedad Civil para reducir las barreras de acceso a los servicios de TB para poblaciones claves en países de la región de LAC” (OBSERVA TB).

El proyecto OBSERVA TB tiene como componentes principales de intervención, la consolidación del enfoque ENGAGE-TB en LAC para la integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), y la implementación y consolidación de los observatorios sociales de TB. En este marco, se han programado asistencias técnicas nacionales, en los 11 países de intervención del proyecto, con el fin de conocer y evaluar cualitativamente la situación de las poblaciones clave de TB, identificar las barreras de género y el impacto de género en el acceso a los servicios de salud de TB y analizar el contexto legal de TB con un enfoque de derechos humanos. Para ello, se ha preparado un protocolo estándar denominado; “Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2021”.

En este estudio se espera contestar la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las poblaciones claves de la TB y las dimensiones subjetivas de las experiencias, significados, necesidades y expectativas de las personas afectadas por TB y de los actores clave en relación con poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal de TB en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2021?, siendo denominado el estudio; Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2022.

2. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible, curable y con un importante componente social. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la incidencia anual de la TB a nivel mundial está disminuyendo lentamente, alrededor de 1,5% desde el año 2000; sin embargo, el número absoluto de casos de TB se viene incrementando. Para el año 2020 la OMS estima que un total de 1,5 millones de personas murieron de tuberculosis (entre ellas 214 000 personas con VIH). En todo el mundo, la tuberculosis es la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de la COVID-19 (por encima del VIH/Sida); 9,9 millones de personas en todo el mundo: enfermaron de tuberculosis 5,5 millones de hombres, 3,3 millones de mujeres y 1,1 millones de niños. La tuberculosis está presente en todos los países y grupos de edad, enfermaron de tuberculosis 1,1 millones de niños en todo el mundo. A nivel mundial, la incidencia de la tuberculosis está disminuyendo en aproximadamente el 2% anual, y entre 2015 y 2020 la reducción acumulada fue del 11%. Esto supone más de la mitad del camino para lograr el objetivo intermedio de la Estrategia Fin a la Tuberculosis, consistente en alcanzar una reducción del 20% entre 2015 y 2020.

Es importante reconocer que los esfuerzos para terminar con la Tuberculosis en el mundo son aún insuficientes, por las propias características biológicas y sociales de la enfermedad y por la influencia de los determinantes de salud. Así mismo aún existe en el mundo una gran dificultad para la detección oportuna y un tercio de los casos de tuberculosis no son ni diagnosticados ni tratados o no son notificados. Incluso en los pacientes identificados, la tuberculosis a menudo es diagnosticada y tratada tarde. Para identificar y tratar estos casos y para intervenir en una etapa temprana de la enfermedad, es necesario movilizar a un espectro amplio de actores que participan ya en actividades comunitarias: ONG y otras organizaciones de la sociedad civil que actúan en el campo de la atención primaria de la salud, del VIH y de la salud materna y del niño, pero que todavía no han incluido la tuberculosis en sus actividades².

El estigma y la discriminación en la Tuberculosis son importantes componentes sociales que también influye en incrementar las dificultades para mejorar la respuesta social frente a la Tuberculosis, en especial para las poblaciones clave y vulnerables en Colombia y en muchos países de la región de las Américas. Las poblaciones clave, experimentan de manera más directa y en mayor dimensión el impacto de diversas enfermedades, por una serie de factores y determinantes sociales que se constituyen en grandes barreras para el acceso a los servicios de salud públicos, con una constante social como el estigma y discriminación, que atenta contra sus derechos humanos y amenaza

¹ OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

² OMS. (2014). ENGAGE-TB: Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las ONG y otras OSC. Manual de aplicación. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2013.10>

su vida.

Esta evaluación se genera a partir del instrumento técnico de Alto a la Tuberculosis denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CRG) en TB a nivel de Colombia, es una herramienta de investigación cualitativa que prioriza las experiencias y la participación de las comunidades afectadas por la TB, incluidas las poblaciones clave y vulnerables de la TB. Las poblaciones clave y vulnerables de TB son grupos con mayor riesgo de TB o que no tienen acceso a los servicios de salud debido a factores biológicos, conductuales, sociales o estructurales. En esta evaluación se destaca la importancia de los derechos humanos, las barreras de género y el marco normativo nacional en la respuesta a la tuberculosis.

El presente documento describe la situación actual y la evolución de la tuberculosis en los últimos años en Colombia, tanto en población general como en las poblaciones clave. Se detallan los objetivos y la metodología del estudio, así como el trabajo de campo desarrollado, se mostrarán los resultados obtenidos en los talleres, grupos focales y entrevistas a profundidad; a partir del análisis de los resultados se presenta las conclusiones y finalmente las recomendaciones que lleven a fortalecer las políticas nacionales con el reconocimiento y mejora del acceso en el marco de los derechos, género y poblaciones clave en miras de poner fin a la TB.

Para poner fin a la tuberculosis, partimos en señalar que la crisis de la TB exige una respuesta concertada, integral e integradora de los actores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo a la sociedad civil, a las poblaciones claves y, sobre todo, a los directamente afectados por la TB.

3. SITUACIÓN DE LA TB EN EL PAÍS

3.1 Situación actual de la TB en Colombia

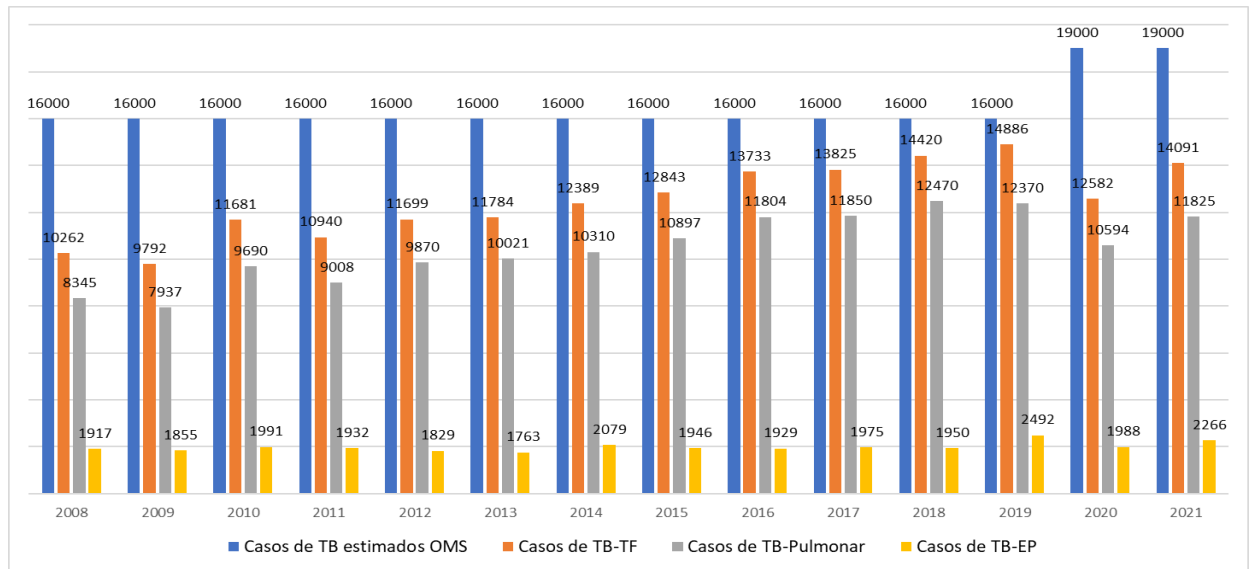
La tuberculosis es aún un importante problema de salud pública en la Región de las Américas, se estima que el 87% de los casos de TB en las Américas se encuentran en 10 países: Brasil, Perú, México, Haití. Colombia, Venezuela, Argentina, Bolivia, Estados Unidos y Ecuador y más de la mitad de los casos se concentran solo entre Brasil, Perú y México.

En Colombia con Resolución 0227 de 2020, se adoptó los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. (PNPCT), que en el Informe de Evento Tuberculosis año 2021³, se reportó un total de 12,582 casos de TB registrados en el año 2020, frente a los 14,886 reportados en el 2019. Mientras que el año 2021 se muestra un incremento de casos, reportándose 14,091 casos. En los últimos 10 años se observó una tendencia “hacia el incremento en el número de casos, dado la mejora en la búsqueda de sintomáticos respiratorios y el mayor uso de técnicas

³ MINSALUD. (2021). Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Informe de Evento Tuberculosis año 2021. Bogotá DC. Colombia Noviembre, 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamiento-tuberculosis-2020.pdf>

de diagnóstico moleculares y cultivos; para el año 2020 se reportó una disminución inusual en el número de casos reportados como consecuencia directa del impacto de la COVID-19, lo cual hizo que se incrementara nuevamente la brecha frente a los casos reportados y estimados por la OMS.” Sin embargo, en el 2021, con el avance de la vacunación contra la COVID-19, se habría restaurado la capacidad de realizar diagnósticos y la búsqueda activa de casos de TB.

Ilustración 1: Casos de TB Todas las Formas (TF) reportados en Colombia los años 2008 al 2021.

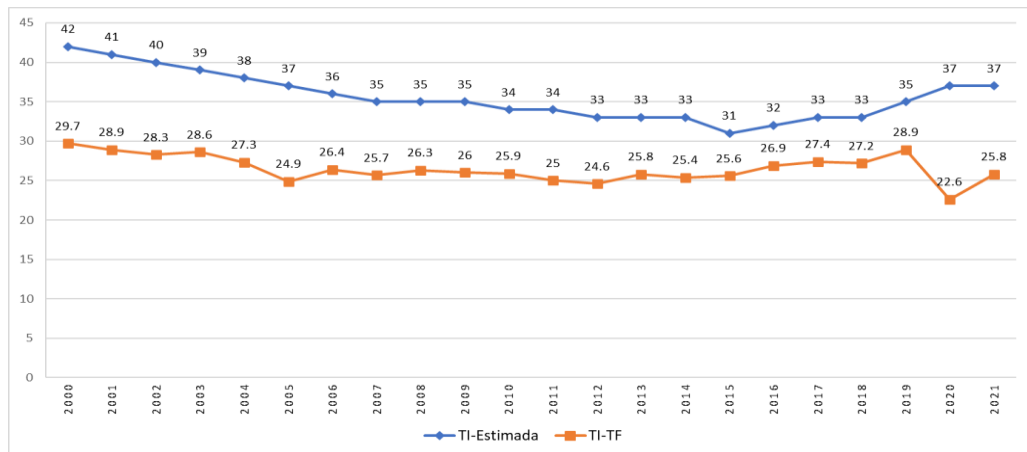


Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021 y Presentación PNPCT. Año 2021, información con corte 17/03/2022.

En el 2021 la tasa de incidencia de TB, reportada en Colombia es de 25.8 casos por cada 100,000 habitantes, y en el 2020 fue de 22.6, comparando con el año anterior (2019), la tasa de incidencia de TB fue de 28.9. Por otro lado, la tasa de incidencia estimada para Colombia por la OMS para los años 2021 y 2020 fue de 37 y para el 2019 fue de 35. La disminución inusual de la tasa de incidencia de TB en el año 2020 se explica a la baja detección de casos de TB y la baja en la búsqueda activa de personas sintomáticas respiratorias y sus contactos.

En la gráfica siguiente se observa, que desde al año 2014 al 2019 existe una tendencia al incremento de la tasa de incidencia de TB, acorde a las proyecciones de la OMS y manteniendo una brecha similar, sin embargo, en el 2020 la brecha se incrementa a consecuencia de la coyuntura provocada por la COVID-19. Mientras que para el año 2021 se observa una recuperación pero que aún se está acercando a lo registrado previo a la pandemia COVID-19, y teniendo en cuenta que la proyección de la OMS se incrementó para el 2020 y 2021, la brecha existente también lo hizo.

Ilustración 2: Tasa de incidencia de TB en Colombia. Años 2000 al 2021.



Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021. y Presentación PNPCT. Año 2021, información con datos preliminares.

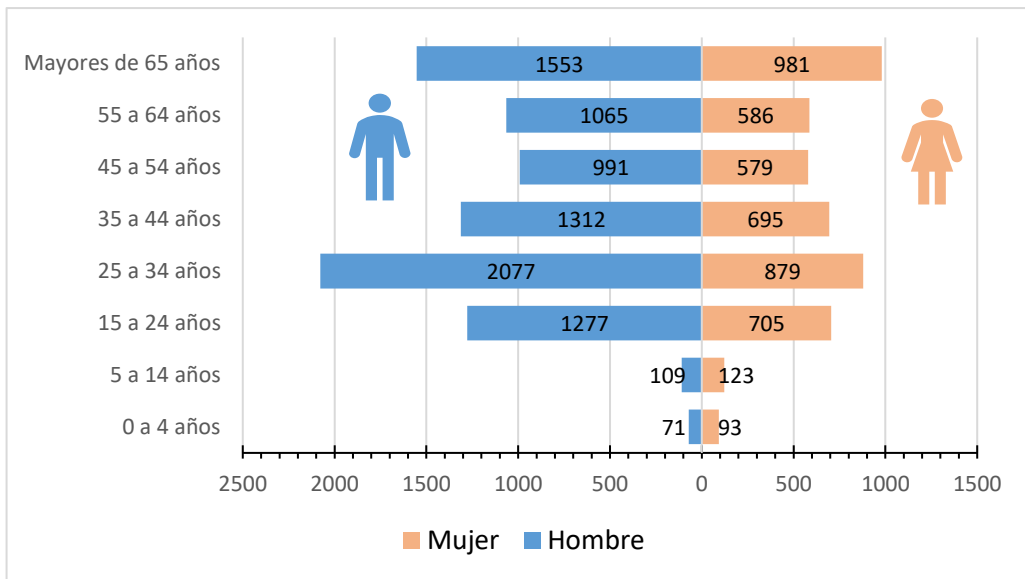
Al revisar los casos de tuberculosis TF del año 2020 por entidad territorial (departamentos y distritos), se observa la concentración del 72.7% del total de casos en 11 entidades departamentales y distritales (Antioquia 20.5, Valle 13.1, Bogotá 8.8, Santander 5.0, Barranquilla 4.6, Norte Santander 4.1, Meta 3.8, Risaralda 3.3, Cundinamarca 3.3, Tolima 3.3, Guajira 2.7). En la siguiente tabla se puede observar estos datos, además de lo reportado en el año 2019 y la variación entre ambos años, observándose que existe una variación negativa de los casos de TB en la mayoría de las entidades territoriales.

Tabla N°1: Carga de casos de TB-TF por departamentos y/o distritos de residencia año 2019 y 2020.

N°	DEPARTAMENTO / DISTRITO	AÑO 2019		AÑO 2020		% Acumulado	% Variación
		N°	%	N°	%		
1	ANTIOQUIA	2798	19.3	2397	20.5	72.7	-14.3%
2	VALLE	1913	13.2	1533	13.1		-19.9%
3	BOGOTA	1219	8.4	1034	8.8		-15.2%
4	SANTANDER	629	4.3	587	5.0		-6.7%
5	BARRANQUILLA	583	4.0	540	4.6		-7.4%
6	NORTE SANTANDER	547	3.8	482	4.1		-11.9%
7	META	525	3.6	448	3.8		-14.7%
8	RISARALDA	545	3.8	390	3.3		-28.4%
9	CUNDINAMARCA	480	3.3	388	3.3		-19.2%
10	TOLIMA	479	3.3	388	3.3		-19.0%
11	GUAJIRA	447	3.1	321	2.7		-28.2%
12	ATLANTICO	366	2.5	297	2.5	-18.9%	
13	HUILA	369	2.5	277	2.4	-24.9%	
14	CESAR	363	2.5	251	2.1	-30.9%	
15	CORDOBA	216	1.5	209	1.8	-3.2%	
16	CALDAS	287	2.0	208	1.8	-27.5%	
17	CARTAGENA	367	2.5	202	1.7	-45.0%	
18	STA MARTA D.E	194	1.3	176	1.5	-9.3%	
19	QUINDIO	230	1.6	174	1.5	-24.3%	
20	CAUCA	280	1.9	171	1.5	-38.9%	
21	CHOCO	213	1.5	163	1.4	-23.5%	
22	ARAUCA	114	0.8	130	1.1	14.0%	
23	BOLIVAR	134	0.9	124	1.1	-7.5%	
24	CAQUETA	212	1.5	123	1.1	-42.0%	
25	CASANARE	157	1.1	115	1.0	-26.8%	
26	NARIÑO	171	1.2	108	0.9	-36.8%	
27	MAGDALENA	141	1.0	100	0.9	-29.1%	
28	BOYACA	149	1.0	97	0.8	-34.9%	
29	SUCRE	110	0.8	79	0.7	-28.2%	
30	PUTUMAYO	100	0.7	77	0.7	-23.0%	
31	AMAZONAS	58	0.4	35	0.3	-39.7%	
32	GUAVIARE	48	0.3	29	0.2	-39.6%	
33	VICHADA	23	0.2	27	0.2	17.4%	
34	VAUPES	6	0.0	12	0.1	100.0%	
35	GUAINIA	18	0.1	10	0.1	-44.4%	
36	SAN ANDRES	8	0.1	6	0.1	-25.0%	
TOTAL NACIONAL		14499	100.0	11708	100.0	100.0	-19.2%

Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

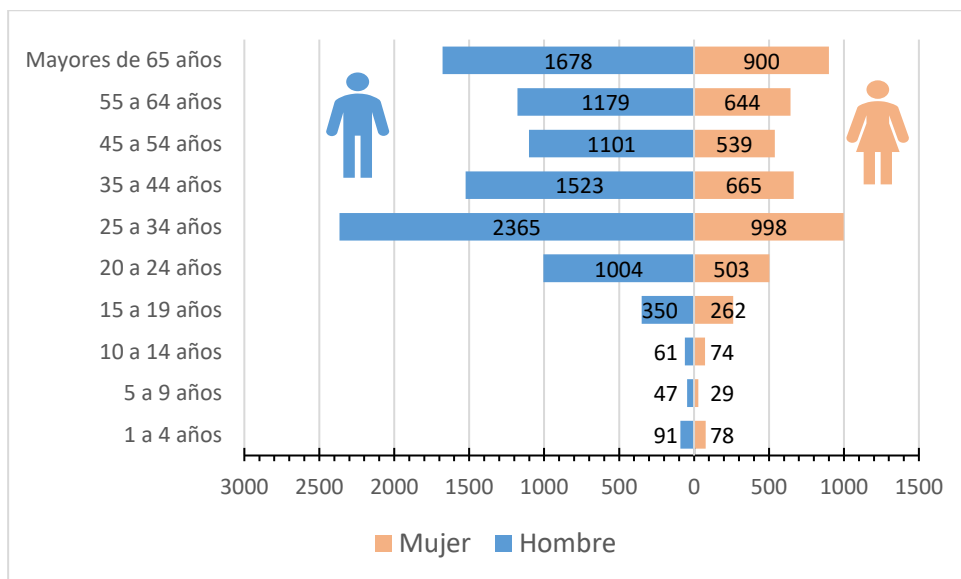
Ilustración 4: Casos de TB nuevos y recaídas reportados en el PNPCT según sexo. Colombia, año 2020



Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

En el año 2021, según los datos preliminares del PNPCT, se registró un total de 14,091 casos de TB, de los cuales, el 66.7% (9,399 casos) corresponde a hombres y el 33.3% (4,692 casos) corresponden a mujeres (ver ilustración 5). Según grupos etarios, se observa mayor concentración de casos en el grupo de 25 a 34 años (23.9%), y en el grupo de mayores de 65 años (18.3%). Sumando los grupos comprendidos entre los 25 y 64 años, se obtiene que juntos representan el 64.0% de los casos de TB en Colombia. Además, se observa que solamente en el grupo de 10 a 14 años, se presentó un mayor número de casos en mujeres, en todos los demás grupos etarios, los casos de TB correspondientes a hombres concentran el mayor número de los casos.

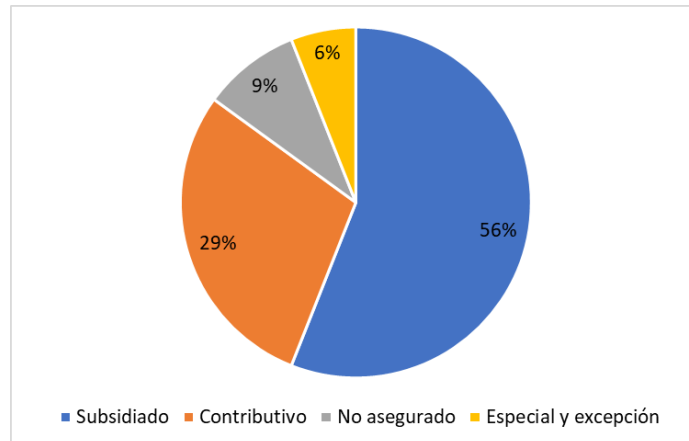
Ilustración 5: Casos de TB nuevos por grupos de edad y sexo. Colombia, año 2021.



Fuente: MSPS. PNPCT. Información con corte 17/03/2022 datos preliminares.

Según tipo de aseguramiento (ver ilustración 6), los casos de TB en el 2020, están concentrados mayormente en la población con régimen subsidiado (56%) y no asegurados (9%), representando entre ambos el 61% de los casos de TB en Colombia y que además presentan las mayores tasas de incidencia en TB. Además, el hecho de pertenecer a ambos regímenes indica que, las poblaciones más afectadas por la TB son las personas con mayores carencias económicas. El régimen contributivo representa el 29% de los casos de TB y regímenes especiales y excepción (6%).

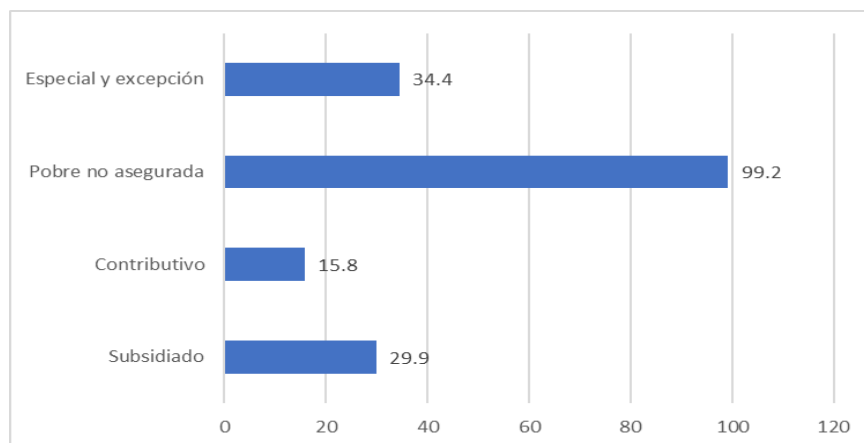
Ilustración 6: Proporción de casos de TB TF según régimen de aseguramiento. Colombia. Año 2020



Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

La tasa de incidencia según régimen de aseguramiento es bastante variada dependiendo al régimen en el que se encuentren las personas (ver ilustración 7), la tasa de incidencia en TB más elevada, corresponde a la población pobre no asegurada, con 99.2 casos por cada 100 000 personas, luego se encuentra la población de regímenes especiales y excepción con una tasa de 34.4 casos por cada 100 000 afiliados. En el régimen subsidiado, la tasa de incidencia es de 29.9 casos por cada 100 000 afiliados y finalmente quienes tienen la menor tasa de incidencia de TB son los pertenecientes al régimen contributivo, con 15.8 casos por cada 100 000 afiliados.

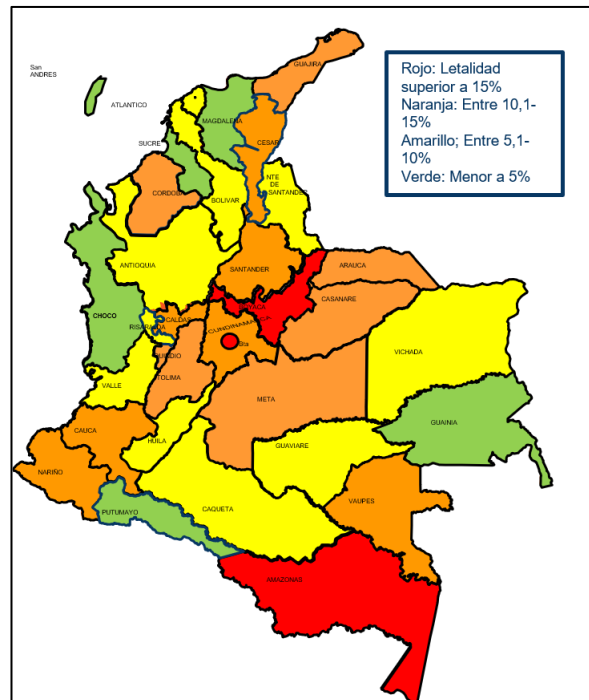
Ilustración 7: Tasa de incidencia de TB según régimen de aseguramiento. Colombia. Año 2020.



Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

En Colombia la letalidad por TB reportada en el 2019 (ver ilustración 8) fue de 12.5%, mientras que en el 2018 fue de 12.3%. Las identidades territoriales que superaron el 10% de letalidad fueron las siguientes: Amazonas, Bogotá, Boyacá, Meta, Casanare, Tolima, Cauca, Nariño, Vaupés, Santander, Norte de Santander, Córdoba, Caldas, Quindío, Arauca. Donde se registró baja letalidad fue en Chocó, Putumayo, Guainía, Magdalena, y Sucre.

Ilustración 8: Proporción de letalidad por TB en Colombia en el año 2019.



Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

En la ilustración 9, se observa que la población privada de libertad es donde se concentra la mayor cantidad de casos durante los años 2016 al 2021, seguido por afrodescendientes, indígenas y habitantes de calle. En el caso de la población privada de libertad, se observa un brusco incremento en el año 2021 (10.0%), habiendo se registrado el año anterior (2020), 6.6%.

En el caso de las poblaciones indígenas y afrodescendientes, se observa una tendencia a la disminución de casos con TB, en el año 2016 los casos en la población indígena fueron de 6.0% y en afrodescendientes 6.7%; en comparación al año 2019; donde indígenas (5.2%) y afrodescendientes (5.3%) y en el 2020 respectivamente 5.0% y 3.8%, para el año 2021 la tendencia continua a la disminución de casos de TB en indígenas (4.5%) y afrodescendientes (3.6%). En el caso de los habitantes de calle, se han registrado ligeros cambios, manteniendo un promedio de 3.7 % desde al 2016 al 2021, teniendo la mayor variación entre el 2020 (4.0%) y 2021 (3.1%).

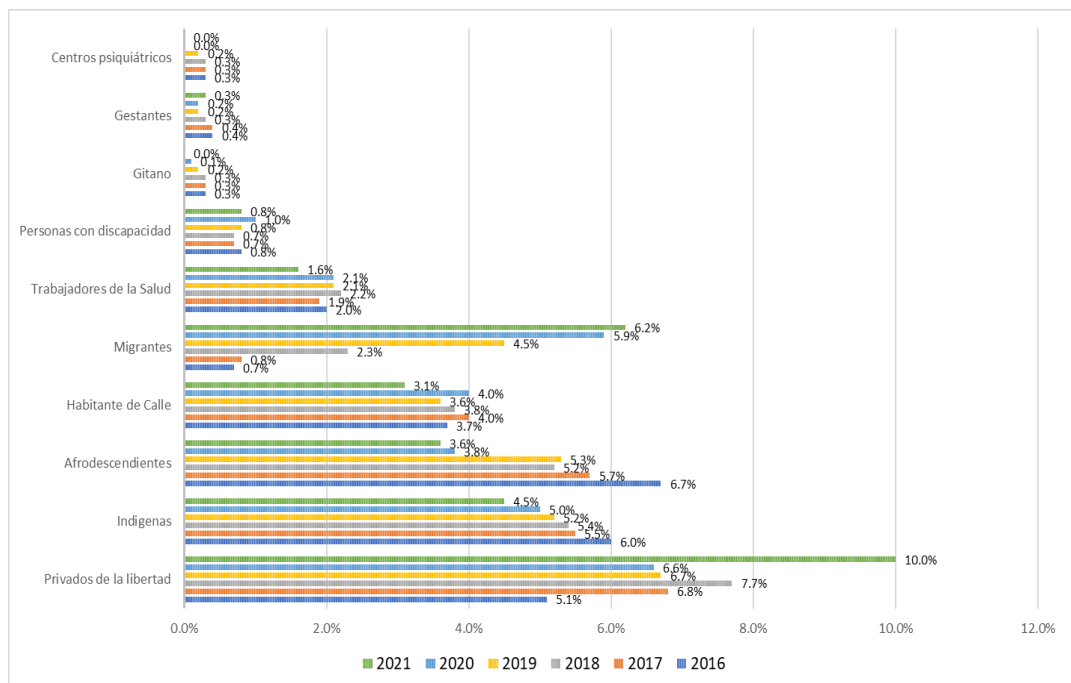
Las poblaciones habitantes de calle y migrantes son los únicos que han mostrado un incremento de casos en el 2020, los habitantes de calle (3.6%) y migrantes (4.5%) en el 2019, y en el 2020, 4.0% y 5.9 % respectivamente. Siendo la población de migrantes donde se observa un crecimiento sostenido de casos,

que en el 2016 solo tenían el 0.7% de los casos, habiéndose convertido en el 2020 en la segunda población con mayor concentración de casos de TB en Colombia, situación que se ha mantenido para el 2021 (6.2%), ello se explicaría por el constante flujo migratorio desde Venezuela.

En el caso de la población correspondiente a trabajadores de la salud, los casos de TB se han mantenido constantes, alrededor del 2.0%, teniendo la particularidad que, por el ejercicio de su labor, se encuentran expuestos al contagio por TB.

Las poblaciones donde se han registrado menos casos de TB son; personas con discapacidad, gitanos, gestantes y personas en centros psiquiátricos.

Ilustración 9: Porcentaje de casos de TB ingresados al Programa Nacional de prevención y Control de la TB según tipo de población. Colombia. Años 2016 a 2021



Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

*Año 2021. Fuente: PNPCT. Información con corte 17/03/2022 datos preliminares.

En la Tabla 3, se puede apreciar la proporción de casos de TB registrados según tipo de población durante el año 2021. Se observa que el grupo poblacional mayores a 65 años, concentra la más alta proporción de los casos de TB en la mayoría de los departamentos, encontrándose mayor proporción de casos en Boyacá (40.0%), Magdalena (37.5%), Cundinamarca (31.6%) (Arauca (30.0%).

La población carcelaria o privada de su libertad, concentra mayor proporción de casos de TB en Casanare (38.8%), Huila (33.9), Tolima (28.5%); la población migrante en el año 2020, se convirtieron en la segunda población que concentran la mayor cantidad de casos de TB en Colombia, registrándose mayor

concentración de casos en Guainía y Vichada con 33.3%, seguido por Norte Santander (17.5%). La población indígena concentra las más elevadas concentraciones de casos de TB en algunos de los departamentos; Vaupés (88.9%), Guainía (72.2%), La Guajira (65.3%), Vichada (50.0%). En la población afrodescendiente, se observa una alta proporción de TB en el departamento de Buenaventura (88.0%) y Chocó (66.4%). La población menor de 15 años en Chocó (9.4%), concentra la mayor proporción de casos, seguido de Meta (5.8%).

La población de desplazados se observa que concentra mayor proporción de casos de TB en Guaviare (15.4%), Chocó (13.4%) y Buenaventura (12.7%). La población que habita en la calle tiene mayor proporción de casos de TB en Risaralda (6.9%), Quindío (6.8%) y Santiago de Cali (5.6%). En las personas con discapacidad, se encontró mayor proporción de casos de TB en Arauca (8.6%), Guaviare (7.7%) y Amazonas (7.3%). Los trabajadores de la salud tienen mayor proporción de casos de TB en Sucre (3.5%), Córdoba (2.8) y Nariño (2.6%).

Tabla 3: Proporción de casos de TB según tipo de población, Colombia. Año 2021.

N°	DEPARTAMENTO / DISTRITO	Mayores a 65 años	Pob. Carcelaria	Migrante	Indígena	Afrodescendiente	Menores de 15 años	Desplazados	Habitante de calle	Persona con discapacidad	Trabajador de la Salud
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	AMAZONAS	19.5	0.0	0.0	43.9	0.0	0.0	4.9	0.0	7.3	0.0
2	ANTIOQUIA	13.1	3.3	5.2	0.5	1.0	2.4	0.7	4.4	0.8	1.7
3	ARAUCA	30.0	2.1	12.1	15.7	0.0	3.6	0.7	1.4	8.6	0.7
4	ATLÁNTICO	23.1	0.0	7.1	0.4	0.4	1.3	0.9	0.4	0.4	0.9
5	BARRANQUILLA	17.9	3.4	7.3	2.2	1.0	2.6	0.1	0.7	0.5	2.1
6	BOGOTÁ DC	29.4	6.4	8.9	1.4	0.1	2.5	0.1	4.3	1.1	2.1
7	BOLÍVAR	11.5	0.0	10.3	0.0	1.3	2.6	1.3	0.0	0.0	0.0
8	BOYACÁ	40.0	11.8	9.4	9.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	2.4
9	BUENAVENTURA	10.6	6.3	0.7	4.2	88.0	2.8	12.7	0.7	0.0	0.7
10	CALDAS	17.9	16.3	2.3	8.4	0.0	2.7	0.4	3.4	0.4	1.5
11	CAQUETÁ	17.1	8.9	0.6	1.3	0.6	1.9	0.6	3.2	1.3	1.3
12	CARTAGENA	12.1	1.3	11.6	0.3	0.5	5.3	0.0	3.9	0.3	1.8
13	CASANARE	14.1	38.8	8.8	2.9	1.2	1.8	0.0	1.2	0.6	1.2
14	CAUCA	25.1	4.2	4.7	14.7	7.9	0.5	0.0	1.0	0.0	1.6
15	CESAR	19.5	8.0	7.3	12.9	0.2	5.1	0.0	0.2	0.0	2.0
16	CHOCÓ	9.4	4.7	0.0	30.2	66.4	9.4	13.4	0.0	0.7	0.0
17	CÓRDOBA	24.2	2.8	5.9	2.1	0.0	2.8	0.3	0.7	0.0	2.8
18	CUNDINAMARCA	31.6	21.4	6.0	0.4	0.4	0.0	0.8	0.8	1.5	0.4
19	GUAINÍA	0.0	0.0	33.3	72.2	0.0	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0
20	GUAVIARE	7.7	7.7	7.7	38.5	0.0	0.0	15.4	0.0	7.7	0.0
21	HUILA	15.9	33.9	1.0	2.4	0.3	0.7	0.3	3.1	0.0	0.3
22	LA GUAJIRA	12.7	0.4	14.0	65.3	0.4	5.5	0.0	0.8	0.0	0.0
23	MAGDALENA	37.5	2.1	6.3	0.0	0.0	4.2	2.1	0.0	0.0	0.0
24	META	18.8	17.3	5.1	6.7	0.5	5.8	0.9	3.4	2.6	1.5
25	NARIÑO	20.5	1.3	6.6	11.9	17.9	4.0	2.0	1.3	1.3	2.6
26	NORTE SANTANDER	14.5	17.1	17.5	3.5	0.0	2.7	0.2	1.0	0.0	1.4
27	PUTUMAYO	22.4	3.0	4.5	4.5	3.0	1.5	4.5	0.0	0.0	0.0
28	QUINDÍO	20.8	17.2	2.8	4.0	0.4	3.2	0.0	6.8	1.2	1.2
29	RISARALDA	18.8	8.4	4.0	4.4	1.5	2.4	1.1	6.9	0.9	1.8
30	SAN ANDRÉS ISLAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
31	SANTA MARTA	8.4	17.5	7.2	0.6	0.0	1.2	0.0	2.4	0.0	0.6
32	SANTANDER	19.5	14.0	5.9	0.4	0.1	2.8	0.1	3.3	0.6	1.7
33	SANTIAGO DE CALI	14.9	14.6	2.9	1.2	12.8	2.7	0.2	5.6	0.5	2.1
34	SUCRE	15.1	2.3	1.2	2.3	0.0	2.3	1.2	0.0	1.2	3.5
35	TOLIMA	18.1	28.5	0.8	3.5	0.0	0.0	0.4	1.6	0.4	1.0
36	VALLE DEL CAUCA	16.2	14.8	4.2	1.9	4.7	1.6	0.5	2.8	0.9	0.9
37	VAUPÉS	11.1	0.0	0.0	88.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
38	VICHADA	20.8	0.0	33.3	50.0	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	TOTAL GENERAL	18.3	10.0	6.2	4.5	3.6	2.7	0.7	3.1	0.8	1.6

Fuente: PNPCT. Información con corte 17/03/2022 datos preliminares.

La comorbilidad con enfermedades crónicas asociadas con TB, es más frecuente en personas con desnutrición, que en el año 2019 era de 13.9%, en el 2020 (13.3%) y en el 2021 (14.5%); con respecto a la TB- Diabetes, en el 2019 alcanzó 9.1%, en el 2020 (7.4%) igual que en el 2018 y en el 2021 (9.4%). Otras comorbilidades registradas con TB, pero con menor presencia respecto a las anteriores son: TB-EPOC, TB-Enf. Renal, TB Cáncer, TB-COVID-19, TB-

Enfermedad Hepática, TB-Silicosis, TB-Consumo SPA. La coinfección TB/ VIH, es la segunda más alta, en el 2019 (11.6%), 2020 (13.1%) y 2021 (11.7%);

3.2 Evolución de la TB en los últimos años

En la tabla 2 se aprecia en número de casos de TB según sexo desde el año 2016 al 2021; la proporción entre hombres y mujeres se ha mantenido con ligeras variaciones teniendo en promedio 65.2% para el caso de los hombres y 34.8% para las mujeres. (ilustración 10)

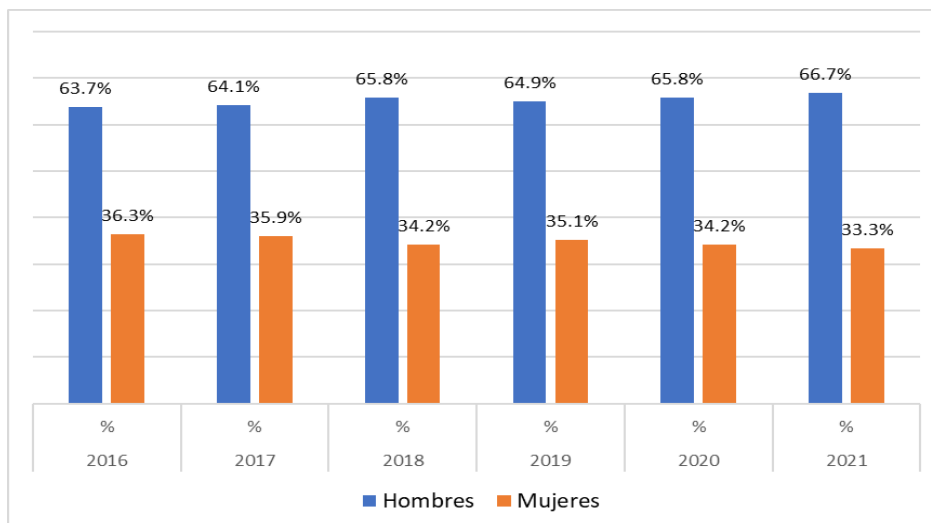
Tabla 2: Casos de TB según sexo. Colombia. Años 2016 a 2020.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Hombres	8,743	8,859	9,489	9,659	8,277	9,399
Mujeres	4,990	4,966	4,931	5,229	4,305	4,692
TOTAL	13,733	13,825	14,420	14,888	12,582	14,091

Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

*Fuente: PNPCT. Información con corte 17/03/2022 datos preliminares.

Ilustración 10: Distribución de casos de TB según sexo. Colombia. Años 2016 a 2021.

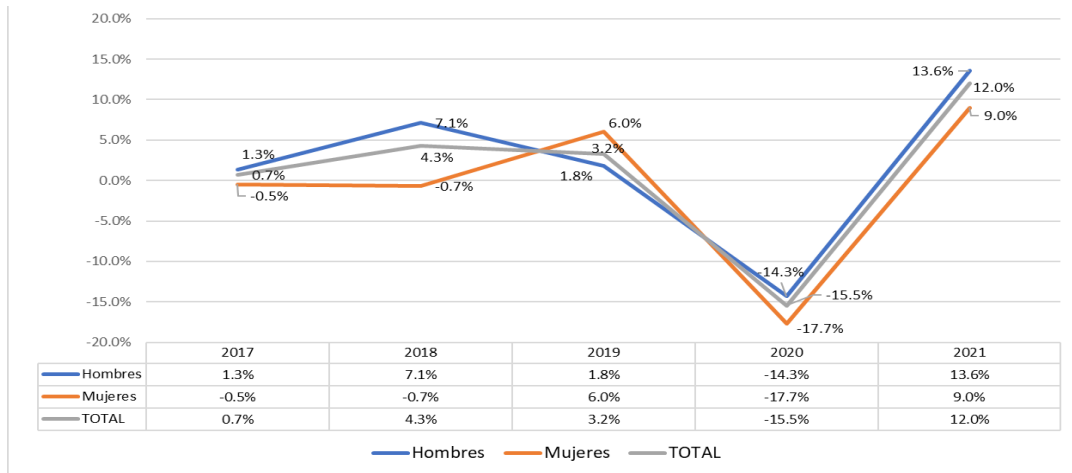


Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

*Año 2021. Fuente: PNPCT. Información con corte 17/03/2022 datos preliminares.

En el 2018 los casos de hombres se incrementó en 7.1% y los casos de mujeres disminuyó en -0.7%; en 2019 los casos de hombres solo se incrementó en 1.8% y los casos de mujeres 6.0%; en el 2020 hubo un descenso de casos a consecuencia de la menor búsqueda activa debido a la pandemia de COVID-19, en los hombres el descenso fue de -14.3% y en mujeres -17.7%, el general se tuvo una disminución de -15.5% en el año 2020 respecto al año anterior; esta situación se ha revertido en el 2021 debido al avance de la vacunación contra la COVID-19, se ha tenido un incremento general de 12.0% en los casos registrados de TB, los casos de mujeres se incrementaron en 9.0% y hombres se incrementó en 13.6%.(ver ilustración 11)

Ilustración 11: Incremento de casos de TB según sexo. Colombia. Años 2017 a 2020

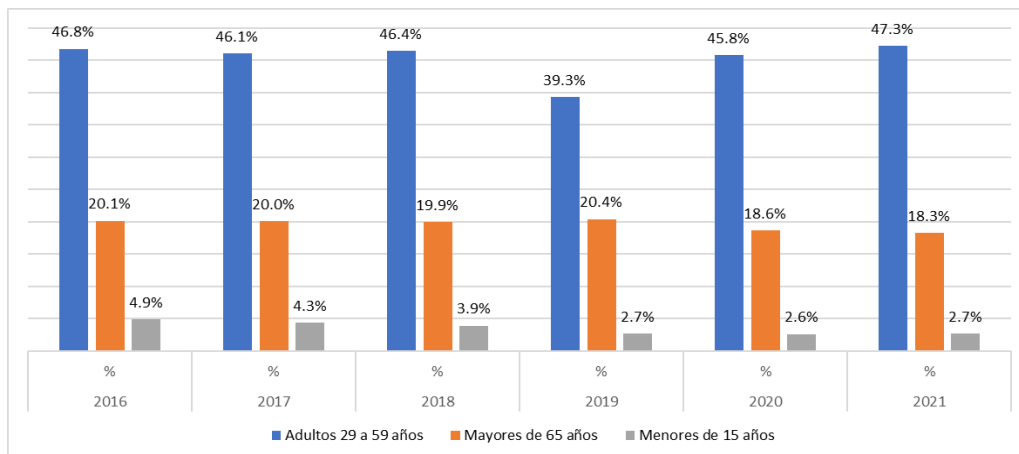


Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

*Año 2021. Fuente: PNPCT. Información con corte 17/03/2022 datos preliminares.

Teniendo en cuenta los grandes grupos de edad y los casos de TB, en la ilustración 12, se observa una concentración significativa en el grupo de 29 a 59 años, quienes se encuentran económicamente activos, situación que se mantiene constante desde el año 2016, sin embargo, en el año 2019 se observa una disminución llegando a 39.3%, mientras que en los demás años se mantiene un promedio de 46.5%. Los mayores de 65 años entre los años 2016 y 2019 mantienen una proporción promedio de 20.1%, mientras que en el año 2020 (18.6%) y 2021 (18.3%). Finalmente, los menores de 15 años muestran una disminución progresiva de casos desde el 2016 (4.9%), hasta el 2021 (2.7%).

Ilustración 12: Distribución de casos de TB según grandes grupos de edad. Colombia. Años 2016 a 2021

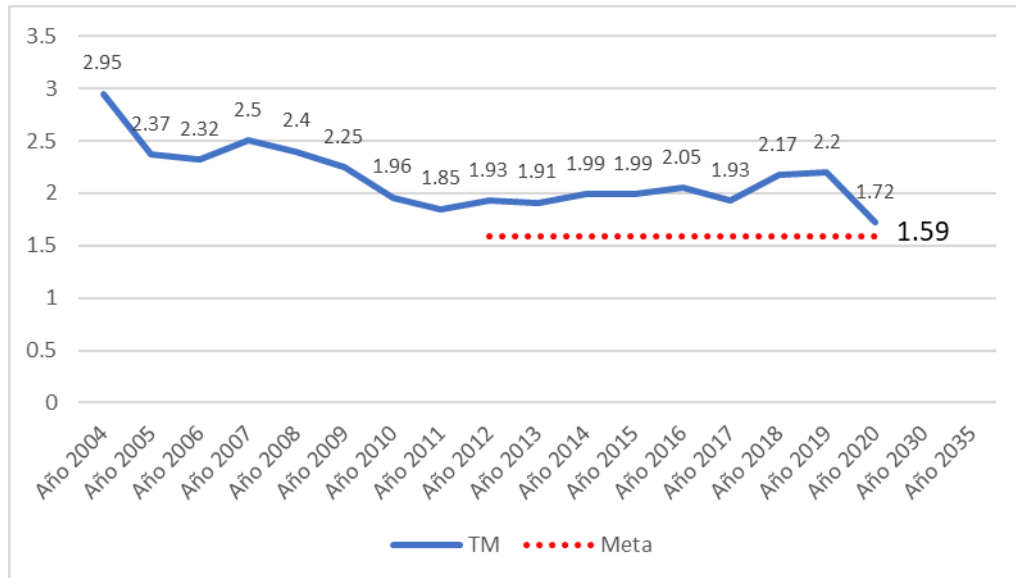


Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

*Año 2021. Fuente: PNPCT. Información con corte 17/03/2022 datos preliminares.

Respecto a la mortalidad relacionada a la TB en Colombia (ver ilustración 13), se observa entre los años 2004 al 2010, una tendencia a disminuir, luego en el periodo 2011 al 2017 se tiene cierta estabilidad y para los años 2017 a 2019 hay un pequeño incremento. En el 2020, respecto a la mortalidad relacionada a la TB, también se produjo una disminución inusual, la misma que tiene relación a la baja general de diagnósticos, sin embargo, aún hay una brecha para alcanzar “la meta de disminución de la mortalidad a menos de 1.59 casos por cada 100 000 mil habitantes proyectadas en el Plan Decenal de Salud Pública.”⁴

Ilustración 13: Tasa de mortalidad por TB x 100 000 habitantes en Colombia. Años 2004 al 2020



Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

La TB puede presentarse en cualquier grupo de edad, sexo, raza, sin distinción de estatus social o económico, sin embargo, se observa que entre los años 2016 al 2020, las personas que se enfermaron de TB forman parte de poblaciones en contextos de vulnerabilidad social y económica o por exposición laboral.

3.3 Poblaciones claves de TB

La TB es un marcador de desigualdad y afecta preponderantemente a las poblaciones más vulnerables; entre las poblaciones más afectadas se encuentran las personas con bajos recursos económicos, los niños, las minorías étnicas, los migrantes, las personas privadas de libertad (PPL), y personas con ciertas condiciones de salud⁵

En términos generales, las poblaciones clave se definen como: aquellos

⁴ MINSALUD. (2021). Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Informe de Evento Tuberculosis año 2021. Bogotá DC. Colombia Noviembre, 2021. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamiento-tuberculosis-2020.pdf>

⁵ OPS. (2018). Tuberculosis en las Américas 2018. Washington, D.C.: OPS, 2018 OPS/CDE/18-036. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036_spa

grupos que sufren una mayor incidencia epidemiológica de alguna enfermedad, combinada con un menor acceso a los servicios, y también de subpoblaciones que son criminalizadas o marginadas.

Con respecto a las poblaciones vulnerables o de riesgo en Colombia, encontramos que estas se encuentran identificadas en la Resolución 227 del 2020:

- Las personas privadas de la libertad (PPL) se consideran un grupo poblacional de riesgo para tuberculosis dada la coexistencia de factores que comprometen el estado inmune, tales como coinfección con VIH, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, malnutrición, a lo cual se suman deficiencias sanitarias y hacinamiento carcelario.
- Población étnica en asentamientos de difícil acceso geográfico o en condiciones de desplazamiento.
- Habitantes de calle, son aquellas personas sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 de 2013, artículo 2°), en el 2021 en Colombia fueron censados 6.248 habitantes de la calle; el 87,6% son hombres y el 12,4% son mujeres⁶
- Personas previamente tratadas, personas que provengan de zonas de alta prevalencia de tuberculosis farmacorresistente y personas que sean contactos de casos de tuberculosis pulmonar bacilífera con patrón de resistencia a fármacos.
- Personas pertenecientes a otros grupos poblacionales de alto riesgo y vulnerabilidad. Población afrodescendiente, habitante de zonas portuarias, migrante de países de alta carga de tuberculosis, esté en situación de desplazamiento, en condición de discapacidad, esté recluida en centro psiquiátricos o sea trabajador de la salud.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Bases teóricas

4.1.1. Derechos humanos

Al abordar la TB, es importante poner mayor atención en las determinantes sociales, identificando todo tipo de barreras relacionadas a las condiciones sociales, económicas y culturales, así como también de género, identidad, contexto legal, entre otros, que limitan el acceso a los sistemas de salud y vulneran los derechos de las personas.

⁶ DANE. (2021). Censo Habitantes de la calle 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/caracterizacion-CHC-2021.pdf>

En este sentido, en el 2018, en la Reunión Nacional de Alto Nivel de las Naciones Unidas (UNHLM) sobre TB, jefes de Estado y otros líderes mundiales respaldaron la Declaración Política, que incluyó compromisos específicos que se centran en las comunidades afectadas por la TB, los derechos humanos y el género, que sirven como facilitadores para lograr sus objetivos.

El Stop TB Partnership⁷, en su informe de las comunidades sobre el progreso para una declaración política acerca de la lucha contra la tuberculosis, señala los principios clave que guían los enfoques de la TB basados en los derechos: Universalidad, invisibilidad, igualdad y no discriminación, rendición de cuentas, participación, en ese mismo informe se señala que todas las personas con tuberculosis o afectadas por ella deberían tener acceso a una prevención, diagnósticos, tratamientos y atención centrados en las personas, así como a un apoyo psicosocial, nutricional y socioeconómico.

En la Resolución 00227 del 2020, del Ministerio de Salud de Colombia en su anexo 6; Derechos y deberes de las personas afectadas por la tuberculosis, en el Artículo 24. “Obligaciones del Estado en virtud de las normas internacionales y regionales de derechos humanos. Los estados tienen obligaciones legales establecidas en las normas internacionales y regionales de derechos humanos para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las personas afectadas por la tuberculosis, incluyendo los derechos consagrados en esta Declaración.”

4.1.2. Enfoque de género

Es un paso importante hacia el cumplimiento de los compromisos de los países para poner fin a la tuberculosis tener en cuenta y responder a las formas en que el género afecta al riesgo de TB, el acceso a la atención y las necesidades y la calidad del tratamiento. Sin embargo, a pesar de los compromisos y el impacto positivo que puede tener un abordaje con perspectiva de género en la detección de casos y los resultados del tratamiento, con frecuencia el género queda relegado a un segundo plano.

Stop TB Partnership⁸, respecto a la igualdad de género, el mismo informe reitera la implementación del enfoque de género de manera transversal para reducir la vulnerabilidad y dificultad en el acceso a servicios de salud. El Fondo Mundial (2019) en su informe técnico Tuberculosis, género y derechos humanos resalta el caso de las mujeres frente a las diferentes barreras para acceder a los servicios de salud, por su género frente a la de los hombres.

Asegurar un abordaje coherente y con perspectiva de género requiere que el compromiso se solidifique con el desarrollo de una estrategia nacional sobre cuestiones de género y TB que esté acompañado por un plan de acción

⁷ Stop TB Partnership Affected Community & Civil Society Delegations. (2020). Una brecha mortal: Los compromisos contra la tuberculosis frente a la realidad de la tuberculosis. Noviembre 2020. Disponible en: https://pro.stoptb.org/sites/default/files/20262_DeadlyDivideReport_SP_v04_RC_002.pdf

⁸ Idem.

claro y presupuestado. El desarrollo de esta estrategia debe estar dirigido de manera centralizada y los procesos deben incluir una participación significativa de las partes interesadas clave, especialmente los representantes de género y poblaciones clave⁹.

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, incorpora los enfoques de género y ciclo de vida de manera transversal en las intervenciones en salud pública. “De este modo, operativizar el enfoque de género en el Programa de Tuberculosis, implica gestionar una atención incluyente, que empieza por identificar las necesidades, situaciones sociales desfavorables, brechas de atención, comportamientos, actitudes y prácticas específicas en mujeres y hombres, así como intervenciones diferenciales en población LGTBI, dado su vulnerabilidad social y de atención en salud.”¹⁰

4.1.3. Estigma y discriminación

En la problemática de la TB, resulta necesario hablar de estigma y discriminación. Se entiende al estigma como una evaluación negativa de un individuo basado en características de este; es una desacreditación social a un individuo o grupo con base en un atributo, pero lo fundamental no es el atributo en sí sino la connotación negativa que este tiene en determinado contexto social¹¹. La discriminación sería entonces un conjunto de acciones de rechazo hacia un grupo estigmatizado. Por su parte el estigma frente a la TB está dado por las creencias que desacreditan la enfermedad y quiénes la tienen, por lo que la discriminación comprende comportamientos o prácticas que se desprenden de dichas actitudes o creencias.

El estigma y la discriminación en la Tuberculosis son importantes componentes sociales que también influye en incrementar las dificultades para mejorar la respuesta social frente a la Tuberculosis, en especial para las poblaciones clave, en Colombia y en muchos países de la región de las Américas. Las poblaciones clave, experimentan de manera más directa y en mayor dimensión el impacto de diversas enfermedades, por una serie de factores y determinantes sociales que se constituyen en grandes barreras para el acceso a los servicios de salud públicos, con una constante social como el estigma y discriminación, que atenta contra sus derechos humanos y amenaza su vida.

En este sentido, los actores mundiales de la lucha contra la TB, como la OMS, Fondo Mundial, Stop TB Partnership entre otros, recomiendan la identificación de los factores de estigma que afectan en mayor grado a ciertas

⁹ STOP TB PARTNERSHIP. UNOPS. (2020). Género y TB Paquete de inversiones, Comunidad, Derechos y Género.

Disponible en:

https://stoptb.org/assets/documents/communities/CRG_Investment_Package_Gender_and_TB_06.07.2020_ES.pdf

¹⁰ MINSALUD. Resolución 227 de 2020. Lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – PNPCT. Disponible en:

https://minalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20227%20de%202020.pdf

¹¹ Carvajal R, Hoyos PA, Varela MT, Angulo ES, Duarte C. (2018). Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la Costa Pacífica colombiana. *Hacia Promoción de la Salud*. 2018; 23 (1): 13-25.

DOI:10.17151/hpsal.2018.23.1.2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n1/0121-7577-hpsal-23-01-00013.pdf>

poblaciones, así como la medición del impacto que causa en las personas afectadas por TB, sus familias, los proveedores de salud y la comunidad en general, para trazar estrategias que puedan abordar este determinante social.

Cuando se trata de entender al estigma en relación con una enfermedad social como la TBC, las dimensiones del estigma están muy conectadas a muchos aspectos de la vida de las personas, en especial las personas que presentan mayores situaciones de vulnerabilidad como las poblaciones clave. Aquellas poblaciones que se consideran clave en TBC¹² a menudo se enfrentan a estigmas reforzados dos o más veces en asociación con la TBC.

4.2 Definiciones conceptuales

4.2.1. Género

Se define Género como el conjunto de normas, roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad determinada considera apropiados o valorados para las mujeres, los hombres y las personas transgénero.

4.2.2. Enfoque basado en los derechos humanos a la TB

Defensa de los derechos de las personas afectadas por la TB, incluidos los derechos a la vida, la salud, la no discriminación, la privacidad, el consentimiento informado, la vivienda, la alimentación y el agua. El enfoque se entra en los determinantes sociales y económicos de la enfermedad, abordando el estigma, la discriminación y las condiciones ambientales. Enuncia las obligaciones legales nacionales e internacionales de los gobiernos y los actores no estatales para garantizar que las pruebas y el tratamiento de calidad para la TB estén disponibles y sean accesibles sin discriminación.

4.2.3. Poblaciones clave y vulnerables

Personas vulnerables, inmerecidas o en riesgo de infección y enfermedad de TB. Las poblaciones clave y vulnerables tienden a estar marginadas y experimentan barreras específicas para acceder a la atención médica.

4.2.4. Acceso a la Salud Pública¹³

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el hecho de que muchos Estados carecen de la capacidad necesaria para proporcionar servicios de salud suficientes que permitan a todas las personas comprendidas en su jurisdicción disfrutar de los más altos estándares

¹² Idem.

¹³ OIM. (2015). Informe técnico: "Situación de los migrantes extranjeros en el Perú y su acceso a servicios sociales, servicios de salud y de educación". Documento de trabajo. Diciembre, 2015. Disponible en: https://repository.iom.int/bitstream/handle/20.500.11788/1485/PER-OIM_004.pdf

asequibles de salud, y que puede ser necesario que los Estados elaboren en forma progresiva políticas y servicios de salud. Uno de los servicios básicos a que todo ser humano tiene derecho es la salud, pues está vinculada con el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo.

4.2.5. Derecho a una atención integral de salud

En la Resolución 00227 del 2020, del Ministerio de Salud en el anexo 6; Derechos y deberes de las personas afectadas por la tuberculosis, se define “Atención médica para la tuberculosis: se refiere a la atención integral, con todos los bienes y servicios de salud de mayor efectividad y de calidad, asociada con prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección y la enfermedad tuberculosa, incluida la tuberculosis pulmonar, extrapulmonar, susceptible a fármacos y farmacorresistentes, con los efectos secundarios menos perjudiciales, incluyendo, pero sin limitarse a diagnósticos, medicamentos, terapia y otros servicios de apoyo psicosocial, hospitalización a largo plazo y atención continua por discapacidad parcial o permanente, cuando sea necesario, atención comunitaria, atención paliativa en estados terminales, monitoreo y control de sucesos adversos durante el tratamiento y otras intervenciones y dispositivos terapéuticos, incluida la atención de emergencia, durante todo el curso de la infección o enfermedad y cubriendo toda la expectativa de vida de las personas que requieran cuidados permanentes; proporcionada por profesionales de la salud capacitados y brindada de una manera respetuosa, digna, sensible a los aspectos culturales, no discriminatoria sin coerción ni estigmatización.”

“Persona afectada por la tuberculosis: se refiere a cualquier persona con tuberculosis o que haya tenido tuberculosis previamente, así como a sus cuidadores y familiares inmediatos, y miembros de las poblaciones clave y vulnerables a la tuberculosis, tales como niños, niñas, profesionales de la salud, pueblos indígenas, personas que viven con VIH, personas que consumen drogas, presos, mineros, poblaciones móviles y migrantes, mujeres y poblaciones de las zonas urbanas y rurales.”

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

5.1 Objetivo general

Evaluar cualitativamente las poblaciones clave, las barreras de género y el contexto legal relacionado a TB a nivel nacional, basándose en un protocolo estándar.

5.2 Objetivos específicos

- a. Identificar, categorizar y seleccionar prioritariamente las poblaciones clave en TB, a nivel nacional.

- b. Explorar e identificar las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB, a nivel nacional.
- c. Explorar e identificar el contexto legal de TB con un enfoque de derechos humanos, a nivel nacional.

6. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE TRABAJO DE CAMPO

6.1 Tipo de investigación

Es un estudio descriptivo, que incluye una evaluación cualitativa de población/personas clave, barreras de género y contexto legal que se realizó mediante el método deductivo-inductivo. Los métodos cualitativos incluyeron entrevistas a profundidad con informantes clave y grupos focales.

6.2 Sujeto de estudio

El ámbito del estudio es Colombia en las siguientes entidades territoriales: Bogotá, Medellín y Cali. Estas ciudades han sido seleccionadas por la alta carga de TB teniendo en cuenta los datos oficiales del Minsalud, lugares de donde se han seleccionado a los participantes del estudio.

Para la evaluación de personas clave y género, se tuvo como sujeto de estudio a personas afectadas con TB de diferentes géneros, edad y residencia rural o urbana, definidas como personas que hayan tenido TB (una antigüedad no mayor de 5 años) o que actualmente padezcan de TB y acudan a los establecimientos de salud. Los sujetos de estudio fueron seleccionados de entre las personas con TB que asisten al establecimiento de salud; adicionalmente se utilizó la técnica de bola de nieve, las personas con TB refieren personas que hayan tenido TB para invitarlos a participar.

Para la evaluación del contexto legal, el sujeto de estudio fueron líderes y expertos técnicos de ministerios, organizaciones civiles que trabajan en temas de salud, TB y derechos humanos. Los sujetos de estudio fueron reclutados de manera intencional.

Para el caso de las personas afectadas de TB, se les aplicó un cuestionario, con el objetivo de seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida (Anexo 2)

En la tabla N°7 siguiente se presenta la distribución de los participantes asignados en el estudio de acuerdo con la dimensión de la investigación, actividad y número en cada una de ellas.

Tabla N°7: Dimensiones de la investigación

Dimensiones de la investigación	Número de personas por actividad (N=107)	
Personas clave de TB	6 grupos focales (una por cada población clave previamente identificada) con grupos de mínimo de 4 y máximo de 6 participantes mayores de 18 años cada uno. Total: 24 personas.	05 talleres de trabajo con actores claves convocados por la organización civil que trabaja con TB en el país para la priorización de personas clave. Se espera de 4 a 7 participantes por taller. Total: 36 personas.
Barreras de género	5 grupos focales con un mínimo de 4 y máximo de 6 personas afectadas por TB mayores de 18 años cada uno. Total: 20 personas.	15 entrevistas a profundidad dirigida a personas afectadas por la TB (hombres, mujeres, transgénero, diversos grupos de edad, urbanos/rurales) Total: 15 personas.
Contexto legal de TB	12 entrevistas a profundidad con informantes clave.	

Criterios de inclusión y exclusión

Para ser seleccionado en este estudio se ha establecido como criterios de inclusión:

- Personas afectadas por la TB mayores de 18 años
- Personas que trabajen en organizaciones civiles y estatales.
- Personas que brinden su consentimiento informado para participar en este estudio.

Y como criterios de exclusión:

- Personas con enfermedad psiquiátrica, trastorno neurológico o retraso mental.

6.3 Descripción de la técnica de recolección de datos

6.3.1. Entrevistas en profundidad a personas afectados por la TB

La población objetivo son hombres, mujeres, transgénero, diversos grupos de edad, urbanos/rurales. La guía de entrevistas en profundidad se generó a partir del instrumento técnico de Alto a la TB denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CDG) en TB a nivel de país. Las preguntas buscan explorar la comprensión y experiencia de la TB, las barreras en la cascada de búsqueda de atención de la TB con enfoque de derechos, género, estigma, barreras financieras y geográficas.

6.3.2. Entrevista a profundidad con informante clave

La entrevista con informantes clave, se aplicó a actores clave del entorno gubernamental o de organizaciones civiles que trabajan temas de política de TB. La guía de entrevistas en profundidad se generó a partir del instrumento técnico de Alto a la TB denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CDG) en TB a nivel de país. Las preguntas buscan explorar el entorno legislativo y político general, derechos humanos y TB en poblaciones clave y TB y género.

6.3.3. Grupos focales

La guía de grupos focales se generó a partir del instrumento técnico de Alto a la TB denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CDG) en TB a nivel de país. Se encuentra dirigido a:

1. Personas afectadas por la TB: representantes de género (diversos grupos de edad y urbanos/rurales). Las preguntas buscan explorar barreras de género, derechos y TB.
2. Personas clave de TB. Las preguntas buscan explorar personas clave de TB, derechos, estigma, género, compromiso significativo.

6.4 Taller de priorización de poblaciones clave más vulnerables y marginadas.

Para el desarrollo de este taller, se coordinó con el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud de Colombia a fin de definir la dinámica y metodología a desarrollar en el taller de priorización, asimismo cada responsable territorial elaboró una propuesta de participantes incluyendo instituciones de Estado, así como organizaciones de la sociedad civil.

- Con el Programa Nacional se determinó que la modalidad del taller sería virtual, ya que aún había restricciones por el COVID-19, la distribución de los participantes en diferentes partes del país, la fecha establecida fue el día 23 de junio 2022, a las 9:00 horas.
- Se elaboraron los materiales a utilizar en el taller: listado de asistencia por Google form, plantilla de resumen de priorización de personas clave en TB para ser trabajado por cada grupo.
- Se elaboró el programa del taller (Anexo 3), se contó con la participación del Sr. Oscar Ramírez Koctong, coordinador del Proyecto Regional Observa TB de Socios en Salud quien brindó las palabras de bienvenida, el Sr. Julio Acosta Polo, consultor del estudio a nivel regional (INDICE) presentó la “Evaluación cualitativa en poblaciones clave, barreras de género y contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de la Región LAC”, Oscar Andrés Cruz Martínez del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis realizó la presentación oficial de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en Colombia y las poblaciones clave.

- Se cursó invitación a 43 representantes de organizaciones estatales y de Sociedad Civil de las regiones de Cali, Bogotá y Medellín, asistieron 36 personas

Desarrollo del taller:

- Se realizó una actualización de preguntas y respuestas del método de priorización y de las herramientas respaldadas por el grupo de trabajo para garantizar que todos estén en el mismo contexto.
- Se dividió aleatoriamente a los participantes de la reunión en 5 grupos, asignando a cada grupo 5 a 6 poblaciones clave potenciales, se presenta a continuación:

GRUPO/FACILITADORA	POBLACION CLAVE ASIGNADA
GRUPO 1 JULIA CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que viven con el VIH • Personas con silicosis • Pobres de zonas rurales • Trabajadores penitenciarios • Lesbianas, Gays, Bisexuales • Transexuales
GRUPO 2 CLARA BUENDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Migrantes • Comunidades peri-mineras • Comunidades peri-carcelarias • Miembros de la familia de Personas que consumen drogas • Mineros • Menores
GRUPO 3 LAURA GRISALES	<ul style="list-style-type: none"> • Prisioneros y detenidos • Clientes de trabajadoras sexuales • Familiares de mineros • Visitantes del hospital • Personas que Usan Drogas • Personas sin Hogar • Visitantes de Prisiones
GRUPO 4 PATRICIA SANCHEZ	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con diabetes • Trabajadores comunitarios de salud • Personas con dependencia del alcohol • Pobres urbanos • Fumadores • Personas en riesgo de TB zoonótica
GRUPO 5 CLAUDIA VASQUEZ	<ul style="list-style-type: none"> • Poblaciones indígenas • Trabajadores sexuales • Trabajadores Hospitalarios • Personas con discapacidades físicas mentales • Personas desplazadas internamente • Personas de edad avanzada

- c. Se asignó a cada grupo una facilitadora del equipo a fin de apoyar el proceso de priorización, cada grupo eligió por consenso un representante para presentar en la plenaria, seguidamente, cada grupo calificó cada una de las poblaciones clave asignadas, teniendo en cuenta los datos oficiales de TB existentes (presentación realizada por el Ministerio de Salud), la experiencia de los miembros del grupo y la discusión sobre los riesgos/exposiciones y barreras que enfrentan las poblaciones clave asignadas.
- d. En la plenaria cada representante de los grupos informó sobre preguntas y respuestas: puntuación otorgada, carga de TB basada en la triangulación de las estadísticas oficiales de TB y la experiencia colectiva de las partes interesadas, riesgos/exposiciones de TB, barreras de acceso al servicio.

El taller tuvo una duración de 3 horas, se destaca el nivel de participación y los aportes generados en los 5 grupos de trabajo.

Cuadro N° 1: Participantes del taller de priorización de poblaciones clave de TB.

Nro.	Nombre (seudónimo PAT)	Institución	Cargo
1	ANTOLINEZ	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	ENFERMERA
2	ELIZABET	FUNDAMOR	COMUNICADORA SEXÓLOGA
3	MÓNICA	ENTERRITORIO FONDO MUNDIAL / UNIVALLE PROFESORA E INVESTIGADORA	FISIOTERAPEUTA - MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
4	OSCAR	SECRETARIA DE SALUD BOGOTÁ	TRABAJADOR SOCIAL
5	FERNANDO NICOLÁS	SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN	MÉDICO ESPECIALISTA
6	CLAUDIA MARIA	CONVENIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SSM	MEDICA
7	GLADYS	SSM-CVE	ENFERMERA
8	SARA LEONOR	ASOPAEX TB Y LEPRO META	TRABAJADORA SOCIAL
9	LEIDY	SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DISTRITAL	ENFERMERA
10	SANDRA MILENA	SUBRED NORTE	PSICOSOCIAL
11	KAREN	SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ - SUBRED SUR	PSICÓLOGA
12	MARCELA	SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN-PROGRAMA TB	MICROBIÓLOGA
13	LINA MARÍA	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD BOGOTÁ	ENFERMERA
14	ELIZABETH	FUNDACIÓN DAR AMOR FUNDAMOR	COMUNICADORA SEXÓLOGA
15	SILVANA	FUNDACIÓN SERGENTE	ANTROPÓLOGA
16	JOSE DANIEL	FUNDACIÓN PROCREAR	TRABAJADOR SOCIAL
17	ELIZABETH	FUNDACIÓN DAR AMOR FUNDAMOR	COMUNICADORA SEXÓLOGA

18	CONRADO	OIM MIGRACIÓN Y SALUD	ENFERMERO
19	NADIA VIVIANA	SIN DATO	PSICÓLOGA
20	DECCY	LIGA ANTITUBERCULOSA BOGOTÁ	BACTERIÓLOGA
21	YURY CONSUELO	SUBRED SUR DE SALUD	TRABAJADORA SOCIAL TB Y HANSEN
22	ALBA LILIANA	SUBREDE DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	TRABAJADORA SOCIAL
23	MERCEDES	ESE ORIENTE CALI VALLE DEL CAUCA	ENFERMERA
24	YEIMY LORENA	ENTERRITORIO - MIN SALUD	ENFERMERA
25	INGRY MARCELA	SUBRED SUR OCCIDENTE ESE	PSICÓLOGA
26	VERÓNICA	SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN	TRABAJADORA SOCIAL
27	YURANI	ASOHANVIDA VALLE	REPRESENTANTE LEGAL DE ASOHANVIDA VALLE
28	ERICA LILIANA	ALBERGUE HABITANTE DE CALLE MEDELLÍN	TRABAJADORA SOCIAL
29	LIZETH	MINISTERIO DE SALUD/ ENTERRITORIO	MEDICA EPIDEMIOLOGA
30	OSCAR	FPROCLEAR	ENFERMERO
31	VICTORIA	COORPORACIÓN CAMINO	ADMINISTRADORA
32	CAROLINA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	ENFERMERIA
33	GLORIA	REFERENTE IVE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD PUBLICA DE SANTIAGO DE CALI	ENFEREMERA – ABOGADA
34	OSCAR IVAN	SIN DATO	TRABAJADOR SOCIAL
35	JUAN CARLOS	FUNDACIÓN MÁS AMOR EN LAS MANOS	LIDER SOCIAL
36	MARIA MARGARITA	GESTORA INDIGENA PROGRAMA TB Y HANSES	GESTORA

6.5 Grupos focales de poblaciones clave de TB.

Para desarrollar los grupos focales de poblaciones clave en TB se realizó las coordinaciones con los responsables de las Secretarías de Salud de Medellín, Cali y Bogotá, quienes brindaron las facilidades para el contacto con los PAT, se establecieron contacto con las redes de salud coordinando con las enfermeras líderes del programa de TB, se identificaron las zonas, por ser las que concentran mayor población en relación con las características de vulnerabilidad propuestas. En algunos casos fue necesario presentar el estudio y los instrumentos a utilizar a las enfermeras responsables, además de indicarles el tipo de población requerido.

Para algunos grupos focales se utilizaron los centros de salud donde los participantes debían ir por sus medicamentos, en otros casos se realizaron en otros espacios como la Facultad Nacional de Salud Pública y la Biblioteca de Comfenalco (Medellín) y una Fundación donde accedían la población de calle (Cali).

Se procedió de acuerdo con lo establecido en el Protocolo realizando las llamadas telefónicas para el contacto inicial y aplicar el Cuestionario para seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida; se estableció día y hora más adecuada para las PAT, en la cual

se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el desarrollo de la Guía de grupo focal.

En total se realizaron 05 grupos focales, se contactó a 25 PAT y asistieron 24.

Cuadro N° 2: Participantes en grupos focales de poblaciones clave - TB.

Nro.	Seudónimo	Población clave	Sexo	Grupo de edad
1	Serviliano	Personas viviendo en pobreza-Cali	Hombre	Más de 60
2	Arley	Personas viviendo en pobreza-Cali	Hombre	Entre 25 y 60
3	Elvira	Personas viviendo en pobreza-Cali	Mujer	Más de 60
4	Jimmy	Personas viviendo en pobreza-Cali	Hombre	Entre 25 y 60
5	John	Personas viviendo en pobreza-Cali	Hombre	Entre 25 y 60
6	María	Personas viviendo en pobreza-Cali	Mujer	Entre 25 y 60
7	Gilberto	Personas viviendo en pobreza-Cali	Hombre	Entre 25 y 60
8	Alex	Personas que viven con VIH – Medellín	Hombre	Entre 25 y 60
9	Harold	Personas que viven con VIH – Medellín	Hombre	Entre 25 y 60
10	Helen	Personas que viven con VIH – Medellín	Mujer trans	Entre 25 y 60
11	José Humberto	Personas que viven con VIH – Medellín	Hombre	Más de 60
12	Jonathan	Personas que viven con VIH – Medellín	Hombre	Entre 25 y 60
13	Jorge	Personas que viven con VIH – Medellín	Hombre	Entre 25 y 60
14	Dave	Personas que viven con VIH- Bogotá	Hombre	
15	Hamilton	Personas que viven con VIH- Bogotá	Hombre	Entre 25 y 60
16	Gabo	Personas que viven con VIH- Bogotá	Hombre	Entre 25 y 60
17	Manuel	Habitante de calle-Cali	Hombre	Entre 25 y 60
18	Jhoana	Habitante de calle-Cali	Mujer	Entre 25 y 60
19	Juan Carlos	Habitante de calle-Cali	Mujer	Entre 25 y 60
20	Esteban	Habitante de calle-Cali	Hombre	Entre 25 y 60
21	Kelly	Migrante-Bogotá	Mujer	Entre 25 y 60
22	Meiber	Migrante-Bogotá	Hombre	Entre 25 y 60
23	Maicol	Migrante-Bogotá	Hombre	Entre 18 y 24
24	Jimmy	Migrante-Bogotá	Hombre	Entre 25 y 60

6.6 Grupos focales de barrera de género

Para desarrollar los grupos focales se realizó las coordinaciones con las responsables de las secretarías de salud, explicando la necesidad de identificar entre sus PAT grupos de 6 u 8 personas según sexo y edad asignados, con la finalidad de brindar la posibilidad que participen tanto hombres como mujeres para establecer las diferencias significativas en sus opiniones. Seleccionados los participantes y establecido el espacio para el desarrollo del grupo focal, se procedió de acuerdo con lo establecido en el protocolo realizando las llamadas telefónicas

para el contacto inicial y aplicar el Cuestionario para seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida; se estableció día y hora más adecuada para las PAT, en el cual se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el desarrollo de la Guía de grupo focal. Se aseguró proveer las medidas de protección establecidas en el contexto de COVID-19.

Se realizaron 05 grupos focales, se contactó inicialmente con 24 PAT de los cuales asistieron a un total de 20 PAT, no se logró identificar el motivo de las inasistencias, aun así, se logró obtener información relevante en este tópico.

Cuadro N° 3: Participantes en grupos focales de barrera de género - TB.

Nro.	Seudónimo.	Sexo	Grupo de edad
1	Omaira	Mujer-Cali	Entre 25 y 60
2	Estella	Mujer-Cali	Entre 25 y 60
3	Juliana	Mujer-Cali	Entre 25 y 60
4	Zullymar	Mujer-Cali	Entre 25 y 60
5	Teresa	Mujer-Cali	Más de 60
6	Amanda	Mujer-Cali	Entre 25 y 60
7	Jenny	Mujer-Cali	Entre 25 y 60
8	Dahiana	Mujer – Medellín	Entre 25 y 60
9	Lizeth	Mujer – Medellín	Entre 25 y 60
10	Ruby	Mujer – Medellín	Entre 25 y 60
11	Sandra	Mujer – Medellín	Entre 25 y 60
12	Marcia	Mujer – Medellín	Entre 25 y 60
13	Norma	Mujer – Bogotá	Entre 25 y 60
14	Dayana	Mujer Trans-Bogotá	Entre 25 y 60
15	Nicole	Mujer Trans-Bogotá	Entre 25 y 60
16	Julie	Mujer- Bogotá	Entre 25 y 60
17	Juan	Hombre-Bogotá	Entre 25 y 60
18	Nicolás	Hombre-Bogotá	Entre 18 y 24
19	John	Hombre-Bogotá	Entre 25 y 60
20	Mario	Hombre-Bogotá	Entre 25 y 60

6.7 Entrevistas a profundidad sobre barrera de género

Teniendo en cuenta que la población objetivo son personas afectadas por la TB (hombres, mujeres, transgénero, diversos grupos de edad, urbanos/rurales), se realizó una primera identificación de las PAT con la referencia que brindaron las responsables de la secretaria de Salud. Se procedió de acuerdo con lo establecido en el protocolo realizando las llamadas telefónicas para el contacto inicial y aplicar el Cuestionario para seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida; se estableció día y hora más adecuada para la PAT, en el cual se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el desarrollo de la Guía de entrevista.

Se logró contactar a 15 PAT y todos participaron. A través de sus intervenciones se obtuvo la información requerida. Un factor limitante fue la falta de tiempo para continuar con el proceso de identificación de más

participantes.

Cuadro N° 4: Participantes en entrevista sobre barrera de género - TB.

Nro.	Seudónimo.	Genero	Tipo de población	Grupo de edad
1	Julia	Mujer-Cali	Viviendo en pobreza	Entre 18 y 24
2	Gloria	Mujer-Cali	Viviendo en pobreza, migrante desplazada	Más de 60
3	Neftalí	Hombre-Cali	Viviendo en pobreza	Entre 25 y 60
4	Carlos	Hombre-Cali	Viviendo en pobreza, VIH	Entre 18 y 24
5	Julián	Hombre-Cali	Viviendo en pobreza	Entre 25 y 60
6	Patricia	Mujer-Cali	Viviendo en pobreza	Entre 25 y 50
7	Víctor	Hombre -Medellín	Coinfectado, cliente de trabajadora sexual	Entre 25 y 60
8	Karina	Mujer – Medellín	Coinfectada, Desplazada	Entre 25 y 60
9	Erica	Mujer- Medellín	Habitante de calle, uso de drogas	Entre 25 y 60
10	Andreina	Mujer- Medellín	Migrante	Entre 18 y 24
11	Isabella	Mujer trans- Medellín	Mujer trans	Entre 25 y 60
12	Gustavo	Hombre – Bogotá	Viviendo en pobreza	Entre 25 y 60
13	Franklin	Hombre – Bogotá	Migrante	Entre 25 y 60
14	Alejandro	Hombre – Bogotá	Afro	Entre 25 y 60
15	Jorge	Hombre – Bogotá	Indígena	Entre 25 y 60

6.8 Entrevistas a profundidad sobre contexto legal de TB.

La entrevista con informantes clave sobre contexto legal, se aplicó a actores clave del entorno gubernamental o de organizaciones civiles que trabajan temas relacionados a la política de derechos humanos, salud y TB. La selección de los informantes clave se realizó por referencia del Programa Nacional de TB del Ministerio de Salud, la Secretaria Técnica del Observatorio de TB Colombia asimismo se utilizó la técnica de la bola de nieve (referencia de entrevistados) para identificar algunos de los técnicos y profesionales, el perfil para la selección partió de la experiencia en los aspectos legales y normativos de la temática de la salud y de TB, así como de su labor en la defensa de los derechos y género.

Las personas seleccionadas para las entrevistas a profundidad fueron invitadas a participar a través de mensajes por correo electrónico y/o WhatsApp, con ellos se establecieron el día y hora más conveniente, se les explicó los objetivos de la entrevista y la modalidad que fue virtual, para ello se generó sesiones vía Zoom. Previa a la entrevista se les presentó el Estudio, luego se procedió según el Protocolo: lectura del consentimiento y la respectiva aceptación, se procedió con la entrevista semiestructurada y abierta, diseñada para evocar temas exploratorios y descripciones detalladas de las experiencias de los participantes. Las entrevistas duraron como promedio aproximadamente 60 minutos y se grabó en audio digital, la cual fue transferida a un servidor seguro y cifrado.

Se contactó a 16 personas, pero se logró entrevistar a 12 informantes clave. Un factor limitante fue la falta de tiempo para continuar con el proceso de identificación de participantes, aun así, se logró obtener información relevante.

Cuadro N° 5: Participantes en entrevista sobre contexto legal - TB.

Nro.	Nombre o seudónimo.	Institución	Cargo	Profesión
1	JORGE	SECRETARIA DE SALUD - OBSERVATORIO DE TB	AGENTE COMUNITARIO	TÉCNICO COMUNITARIO
2	JHON	RED SOMOS	ESPECIALISTA EN LA UNIDAD MÉDICA	ENFERMERO
3	GUSTAVO	RED DE APOYO SOCIAL DE ANTIOQUIA	PRESIDENTE	ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
4	ALFREDO	PLATAFORMAS LATINOAMERICANAS	CONSULTOR	PSICÓLOGO
5	CIELO	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ITS VIH HEPATITIS	MÉDICA SALUBRISTA
6	OSCAR	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	COORDINACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	ENFERMERO
7	ERIKA	COORPORACIÓN CASA AMIGOS.	ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD	QUÍMICA FARMACEUTICA
8	HERILBERTO	FUNDACIÓN ARENOSA VIVE (FUNDARVI)- CORPORACIÓN CARIBE AFIRMATIVO	DIRECTOR	
8	YANETH	ASOCIACION DE LA MUJER	DIRECTORA	LIDER COMUNITARIA
10	PATRICIA	UNIVERSIDAD ANTIOQUIA	DOCENTE	MÉDICA
11	HANNA	UNIVERSIDAD ANTIOQUIA	DOCENTE	MÉDICA
12	MARIA	FUNDACIÓN RED DE APOYO SOCIAL DE ANTIOQUIA	ACTIVISTA	PSICÓLOGA

7. RESULTADOS

7.1 Poblaciones clave en TB

7.1.1. Poblaciones clave identificadas.

En el taller de priorización de las poblaciones clave en TB se identificaron 09 grupos más vulnerables que presentamos en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 6: Poblaciones clave identificadas.

Nro.	Población clave identificada	Observación
1	Personas que viven con el VIH	La coinfección TB VIH, en el 2021 es del 11.7%. Ambos agentes son muy agresivos, desarrollan resistencia, se potencian mutuamente al disminuir el sistema inmunológico y finalmente dificultan el tratamiento del otro agente. En relación con la evaluación de los resultados del tratamiento de casos TB-VIH, se encuentra que en el 2020; un 51% de éxito de tratamiento, el 13.7% pérdida de tratamiento, fallecidos un 32.3%. Se plantea fortalecer diagnóstico molecular TB en PVV, mejorar el seguimiento al tratamiento ya que existe una alta mortalidad y pérdidas.
2	Personas sin hogar	El habitante de calle es una persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 del 2013, artículo 2). Es una población expuesta a la TB ya que a su alrededor existen diferentes fuentes de exposición como; espacios, consumo SPA, salubridad, malos hábitos de autocuidado. En cuanto los casos de TB en esta población según el Ministerio de Salud en el 2021, un total de 438 casos (3.1%) de los cuales el 23.3 son casos de TB/VIH.
3	Migrantes	En los últimos años se ha incrementado la población migrante de procedencia de Venezuela en Colombia como en otros países de la región de Latinoamérica. De acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en el país se ha dado la mayor acogida de personas refugiadas y migrantes de origen venezolano. Los casos de TB de migrantes según el Ministerio de Salud; ha sufrido un incremento significativo así tenemos por ejemplo en el 2016 se reportó un 0.7% casos y en el 2021 se ha reportado 6.2%, de los cuales el 20.6% tienen la coinfección TB/VIH.
4	Pobres urbanos	La tuberculosis sigue siendo un problema asociado a la pobreza y las malas condiciones de vida, y afecta principalmente a personas habitantes de barrios marginales según lo ha señalado la OPS. En 2020, la pobreza en Colombia llegó al 42,5% de la población. De acuerdo con la entidad estadística, en el país hay 21 millones de personas en esta condición, 3,5 millones más que en 2019.
5	Poblaciones indígenas	La población indígena de Colombia según el censo de 2018 era de 1,905,617 personas, que representaban el 4,5% de la población nacional. En las comunidades existen según la evidencia casos de desnutrición, aumento de enfermedades infecciosas como VIH. Según los participantes al taller en relación con esta población identifican muchas barreras a razón de aspectos culturales, cosmovisión, los profesionales de salud no unen la medicina tradicional con la occidental y existe demoras en las gestiones para atención de esta población. Según los datos del Ministerio en el 2021 se presentaron 631 casos (4.5%) en esta población.

Nro.	Población clave identificada	Observación
6	Prisioneros y detenidos	La población privada de libertad es otro grupo susceptible a la TB ello según los participantes del taller es por el hacinamiento y condiciones insalubres, consumo de sustancias (drogas), demora en la atención médica. No se tiene control sobre alimentación en presos con diagnóstico TB. El Ministerio reporta 1412 (10%), de los cuales el 4.6% tienen la coinfección TB/VIH.
7	Personas que Usan Drogas	La percepción de los participantes al taller de identificación de poblaciones vulnerables realizado para este estudio señala que el 80% de pacientes que ingresan con TB tiene antecedentes de consumo de Sustancias Psicoactivas. Considerando que en ellos existe poca percepción de riesgo y suelen consultar de manera tardía a servicios de salud Asimismo, existen factores que afectan a las personas con TB es el Estigma, falta de adherencia al tratamiento, bajos niveles de autocuidado, aunado al hecho de tener una baja red de apoyo familiar, social, institucional. Los casos reportados por el Ministerio de Salud en esta población son de 565 (4%) de casos de los cuales el 22.1% son TB/VIH en el 2021.
8	Personas con diabetes	La diabetes es un riesgo para el desarrollo de la tuberculosis, ambos son problemas de salud pública de gran relevancia. Según información del Ministerio de Salud el 11.6% de los casos de TB en Colombia tienen TB y diabetes durante el 2021.
9	Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales	Para los participantes del taller, consideran que la población LGTBI, suelen tener tuberculosis por su mayor grado de inmunosupresión y prácticas de riesgo, asociado a situaciones como VIH. Otros factores asociados son el estigma y la discriminación. Cabe señalar que a nivel de las estadísticas de Tuberculosis no se reporta este dato.

7.1.2. Poblaciones clave priorizadas

De las poblaciones identificadas se ha priorizado cuatro poblaciones claves entre las que están: Persona con VIH, migrantes, personas habitantes de calle y pobres urbanos, en el Cuadro siguiente se presenta algunas observaciones en relación con la selección:

Cuadro N° 7: Poblaciones clave priorizadas.

Nro.	Población clave priorizada	Observación
1	Personas con el VIH	Además de los datos señalados en el cuadro anterior, las personas con VIH según los participantes del taller señalaron que ellos tienen mayor riesgo por contacto en espacios de alta prevalencia, asociado al Estigma y discriminación que aún persisten en la sociedad.
2	Migrantes	Según los participantes al taller, el riesgo a la TB está asociado a las condiciones precarias de vivienda, hacinamiento, niveles de desnutrición, dificultades económicas para lograr hábitos saludables, existe una alta proporción de pacientes con coinfección TB/VIH. Aquellos migrantes que aún están en situación irregular afrontan

Nro.	Población clave priorizada	Observación
		<p>dificultades en el aseguramiento, no pueden acceder a los servicios, son atendidos en emergencia por gestiones de asistencia del servicio de Trabajo social para acelerar su incorporación al aseguramiento.</p> <p>Afrontan gran estigma social, barreras de acceso a salud, movilidad por cambio de residencia afecta la culminación del tratamiento siendo el 7% dentro de los casos de TB MDR y RR. Hay personas migrantes con nivel educativo entre alto y bajo, lo que determinaría un nivel de acceso a nuevos conocimientos en rango medio.</p>
3	Personas habitantes de Calle	<p>Según los participantes al taller existe en esta población diferentes fuentes de exposición (espacios, consumo SPA, salubridad, malos hábitos de autocuidado)</p> <p>Existen en ellos factores de riesgos como desnutrición, comorbilidades, malos hábitos de cuidado, falta de adherencia a tratamientos.</p> <p>Desconocimiento de derechos, desconfianza en el sistema, poca percepción del riesgo</p> <p>Baja adherencia al tratamiento, baja percepción de autocuidado, poca red de apoyo social-institucional, estigma social frente a población habitante de calle, porque en general los trabajadores de la salud no aplican el enfoque diferencial con esta población y brindan las recomendaciones e indicaciones iguales para toda la población</p> <p>Dada la baja percepción de riesgo y bajos niveles de autocuidado, aunado al hecho de tener una baja red de apoyo familiar, social, institucional, el proceso de en el cambio de hábitos genera un riesgo alto.</p>
4	Pobres urbanos	<p>Hay mayores riesgos de exposición en las personas que viven en situación de pobreza por el hacinamiento, las carencias económicas que no le permiten adecuadas medidas de prevención y de alimentación, así como cuadros de anemia.</p> <p>Hay barreras sociales como la condición de pobreza que incluye la limitación del acceso a servicios básicos. Otras barreras para completar el cuidado es que las personas en condición de pobreza viven en zonas de poca accesibilidad a los servicios básicos o aquellas que viven en zonas alejadas al establecimiento de salud.</p> <p>Las personas en pobreza priorizan la satisfacción de necesidades básicas, pero a nivel de prevención en salud, búsqueda de información, no es parte de esa necesidad.</p>

7.1.3 Categorización de poblaciones clave priorizadas

7.1.3.1. Población clave: Personas viviendo con VIH

Descripción general de la población clave

Autodescripción.

Ellos y ellas reconocen que tener VIH y no ser adherente al tratamiento antirretroviral o el consumo de sustancias psicoactivas incrementa el nivel de

exposición a la coinfección TB/VIH, por lo que requieren hacer cambios en su vida.

“creo que el día que me dijeron que tenía VIH me chocó mucho, tomaba mis pastillas, pero a veces lo me olvidaba porque estaba en el consumo, ahora que tengo la TB me doy cuenta que fui un ... porque debo cuidarme más, nosotros debemos cuidar nuestro cuerpo más que otras personas, nos puede dar más enfermedades y es fatal”

Consideran que al recibir el diagnóstico de VIH fue para ellos un impacto emocional grande, sin embargo señalan que es importante conocer el diagnóstico a fin de asumir los cuidados necesarios.

“cuando me diagnosticaron con VIH, no es fácil porque no digo que uno hay que qué emoción. Pero es mejor saberlo y no, no, no quedarse uno en la ignorancia de no saber que tiene y de pronto que no se dé cuenta los demás cuando esté ya en las últimas, mejor es saber” ·

“Se puede decir que se ha mejorado, que nos seguimos como hace 25 años con el VIH que lo trataban a uno con una pila y ahora seguimos igual con todas las enfermedades que hay, incluyendo el COVID que es la, digamos, la moda actual, pero lo siguen discriminando, no somos más que carne”.

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

Concuerdan que aún existe estigma y discriminación en la sociedad, por lo que algunos prefieren mantener en reserva el diagnóstico, perciben que con el transcurrir de los años este nivel de estigma social ha disminuido y ello gracias a las campañas de información y sensibilización del personal de salud.

“aunque han pasado muchos años desde la aparición del virus y se han hecho muchas campañas, todavía hay altos índices de estigma y discriminación contra las personas viviendo con VIH”.

“Yo trato de manejar mi tratamiento muy reservado, más ahora que tengo VIH/TB, el problema es que si alguien entera de algo o me vean tosiendo me van a preguntar ¿porque estás así y porque estás más flaco? ahí empieza la cuestión, no le voy a explicar a todos que tengo”

“La población diversa se enfrenta a muchos estigmas, muchas veces no es el personal de salud sino aquellos que hacen el triaje que no es una persona idónea para hacer ese trabajo a veces escuché que les dicen “aquí no atendemos maricas”, eso es negarle un servicio de salud por su condición sexual, eso influye en que la gente no acuda a los servicios “

“hace algunos años cuando me salió que tenía VIH en ese tiempo decían que los que tenían VIH éramos como los leprosos, la gente me veía y decía no me toque, córrase para allá era una cosa que me encerraron por allá, hasta los médicos entraban y no querían ni tocarnos, ahora las cosas han cambiado, pero todavía hay estigma.”

La mayoría considera que el Estado, a través de su marco normativo, garantiza la atención integral de las personas viviendo con VIH incluyendo la coinfección TB/VIH, así como el respeto a los derechos humanos, la no

discriminación, confidencialidad, entre otros derechos, siendo necesario empoderar a las personas afectadas frente a cualquier vulneración de derechos.

“En el tema de VIH se garantiza el acceso a los servicios, el tema de la confidencialidad, el tema de la no discriminación, de alguna manera es un marco normativo que garantiza el respeto social del acceso a tratamientos, de no discriminación de ninguna naturaleza etc.”

“La condición de VIH está resuelta donde uno de los criterios clínicos para el ingreso es la toma de muestra de TB y hacer una intervención temprana por la asociación TB/VIH, se hace de manera regular como parte del protocolo”

“Yo digo que acá en Colombia hay buenos lineamientos para la atención, pero las personas se deben empoderar en que tienen derecho a la salud, ellos me deben afiliar y atender porque plata hay para eso está el FOSIGA que el Estado le atención”

El tema de los tipos de aseguramiento es determinante en la prestación de servicios de salud, estas diferencias son notorias ya que algunas EPS no cuentan con capacidad resolutoria para brindar una atención con celeridad, oportuna y de calidad, por lo que existe la necesidad de realizar Acción de Tutela para enmendar las barreras de acceso a la atención.

“No es lo mismo ser Vinculado, Contributivo o Subsidiado, hay EPS que tienen un sistema de atención mejor que otras, hay EPS que tienen un mejor sistema de atención, cuando tengo régimen subsidiado la EPS me trata de una forma, a mayoría de población VIH que está en el régimen subsidiado; el SISBEN tienen una EPS tan grande que nos les da para abarcar, a ellos no les da la capacidad de decir yo tienen que contratar otras EPS allí se empiezan a dilatar los procesos y las personas van a esperar dos o tres meses y la enfermedad va avanzando porque puede ser mortal.”

“Las personas que estén en el régimen subsidiado tienen muy poca posibilidad de tener una calidad de acompañamiento falta igualdad en el derecho a la salud, la salud es un derecho inalienable que debe respetarse estén en cualquier régimen sea extranjero o sea colombiano.”

“La cuestión acá es el acceso a la salud, a qué tipo de régimen perteneces si es Subsidiado o contributivo, o no vinculado, de una manera debe haber un conocimiento de las personas del tipo de gestión que se haga frente a cualquier tipo de enfermedad, puede tener tuberculosis, pero no es lo mismo por ejemplo con la población venezolana, que no han tenido ningún acceso a la salud y con barreras para el acceso al tratamiento antirretroviral o al tratamiento para TB”

“En mi caso soy del régimen contributivo pero el tratamiento también es demorado a veces depende del tipo de avance que tenga la enfermedad, entonces desde la EPS uno debe hacer ese tipo de trámite a través de la Tutela que sirve en nuestro país, para ver el tema de atención en salud.”

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

El principal desafío que debe afrontar la población clave en mención es la no aplicación de lo establecido en el marco normativo por parte de los prestadores de salud y esto es más evidente en el trato que reciben las mujeres trans”

“...jurídicamente en Colombia tenemos una protección frente al derecho a la salud, el problema está en las personas que dan la atención”

“Las personas también deben afrontar violación de sus derechos con el maltrato que muchos reciben por los propios médicos o enfermeras, o a veces por el personal que está en la portería, muchos estudios también lo dicen, sobre todo con las mujeres trans”

Las personas con coinfección TB/VIH identifican como un desafío la necesidad de acudir a la IPS diariamente para recoger sus medicamentos para TB, lo cual ocasiona gastos adicionales que muchas personas no pueden afrontar.

“Tener que ir a la IPS a recoger todos los días demanda un gasto adicional, se deben dar los medicamentos en los domicilios para hacer el control que lo está tomando”

También se mencionan desafíos en el ámbito laboral, esto se traduce en que muchas personas con coinfección TB/VIH han tenido que abandonar sus trabajos por actos de discriminación de parte de sus compañeros de trabajo o porque los horarios perjudicaban su salud, también se ha dado situaciones de no renovación del contrato debido a que debían manejar elementos punzocortantes, por lo que han tenido que buscar actividades laborales ocasionales a fin de cubrir sus necesidades básicas.

“han cambiado un poco las cosas, por ejemplo, en un trabajo primero no los aceptaban en ningún trabajo ahora les dan trabajo a las personas con VIH, pero aún hay estigma o discriminación de algunos compañeros de trabajo porque tienen en su cabeza que le van a contagiar.”

“Como yo trabajo con agujas y manejándolas todo el tiempo, entonces eran máquinas de confección y ya me sacaron de ahí no me volvieron a dejar a estar en esa empresa, ya que mirara el problema, por allí alguien se enteró que soy VIH”

En cuanto a la vulnerabilidad consideran la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, así como el consumo de sustancias psicoactivas que incrementa su nivel de riesgo, a contraer otras condiciones de salud.

“cuando yo comenzaba el tratamiento de VIH no estaba tan firme seguía consumiendo y me dio la tuberculosis, ahora es que llevo 3 años sin consumir y sin embargo me ha repetido”.

Otro aspecto de vulnerabilidad destacado en las mujeres trans es el trabajo sexual que algunas de ellas ejercen y que las coloca en riesgos, asimismo existen limitadas posibilidades para acceder a otras actividades laborales negadas por

su identidad sexual y de género.

“Si, porque estamos más expuestas las chicas trans, por ejemplo, cuando uno hace trabajo sexual tenemos contactos con diferentes personas y no sabemos quiénes son ni que tienen, usamos preservativo, pero no protección para la tuberculosis, puede tenerlo y no sabe que tiene.”

“si uno trabaja en la calle por supuesto que se expone más, uno donde va no tiene que decir que uno tiene tuberculosis o que tiene VIH, hay amigas que por solo verlas les han negado trabajar en otras cosas, han tenido que regresar a la calle”

Se menciona como agravantes de vulnerabilidad las dificultades de acceso oportuno a la atención en salud, por un lado, debido a la propia actitud de la persona que no acude hasta que los síntomas se agravan y, por otro lado, a las diferentes barreras, en especial las administrativas, que se presentan en el sistema de salud que lleva a retrasos para la atención inmediata.

“con el diagnóstico a tiempo se pueden prevenir muchas enfermedades como la TB, por eso se debe tener conciencia de enfermedad, para eso la información es necesaria, y también conciencia en las EPS de acelerar los procesos para lograr diagnóstico y tratamiento a tiempo sin esperar que la persona se ponga peor. Entonces el cuidado es de las dos partes, de la persona que debe prevenir y si ve que tiene síntomas acudir a tiempo, y por otro lado de las EPS de dar atención inmediata.”

Como describe la respuesta de TB

Con respecto al acceso a la atención refieren que dependiendo del régimen de aseguramiento existe diferencias en la prestación del servicio, en unos es más ágil y permite un acceso oportuno, en otros, por el contrario, se encuentran serias limitaciones que afectan directamente al usuario como, por ejemplo, el tener que retornar porque no hay citas, sentir rechazo del personal de salud, esto es determinante en el agravamiento de la salud cuando se trata de la TB.

“hace falta arreglar completamente el sistema de salud porque que es en todo, no solamente en tuberculosis yo creo que todo en todo sentido y si lo vamos a la cuestión de según la ley, el sistema en el régimen contributivo y el régimen subsidiado deben ser igual ahí tener tienen lo mismo derechos, eso no se da porque hay intereses de las EPS y las IPS.”

“el gobierno, así como le da ayuda a una persona como el subsidio porque son pobres... quizás nosotros somos los más pobres porque por la discriminación que se está haciendo en ese aspecto social de una enfermedad, porque tenemos la carga una enfermedad que muchas personas no van a entender y nos podemos morir si no nos atienden bien y a tiempo”.

“creo que depende de su acceso económico y el régimen que tenga la persona, el hecho de tener que transportarse genera complicaciones”

“a veces si uno pide una cita, eh, no haya cita, no hay médico, no hay esto, se supone que no estás en buen estado de salud como para estar regresando, se necesita que a uno lo atiendan periódicamente, entonces tenemos que ir por urgencias.”

“Se puede ver afectada falta más atención de las IPS, se cumple en un 80 o 90% a menos que la atención que se le brinda a veces falta más”

“a veces se siente rechazo como aceptación, se atiende de forma correcta ósea depende del personal de salud a veces hay desinformación que ellos mismos no dan para que tomen importancia”

También se menciona que es positivo en cuanto a la terapia preventiva y al seguimiento que les hacen a los pacientes para monitorizar la toma de la medicación, recalcando la necesidad de incorporar un mayor apoyo psicológico a fin de aminorar el impacto emocional de la enfermedad.

“acceso a la terapia preventiva se cumple, pero muchas veces no quiere tomarlo, eso depende mucho de las propias personas”.

“cuando a las visitas como más vigilado, digamos, el tratamiento del al paciente no solamente por la enfermedad, sino por la parte psicológica también, que es un impacto grande”

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

Se identifica que antes de la visita al médico tuvieron dificultades para acceder a la atención, una de las razones es por los diferentes trámites administrativos que tienen que realizar para ingresar a una IPS, esto determinó que postergaran la atención inmediata con el consiguiente agravamiento de su estado de salud.

“las propias IPS no tienen información y te mandan de un lugar a otro, eso hace que las personas se desganen y no empiecen con el diagnóstico. Lo atendieron, pero no a tiempo, le daban expectorantes, pero no la medicación para TB”.

“Conozco a personas que han tenido que 4 o 5 veces y solo cuando estuvo muy grave tuvieron que hospitalizarlo porque estaba muy bajo de peso, pudo haberse evitado llegar al nivel que llegó una por desconocimiento y otra porque no lograba la atención, entonces para que gastar más pasaje si no lo atendían, entonces empezó a comprar medicamentos por su cuenta, eso pasó con un extranjero que no conocía donde atienden esta enfermedad y lo mandaban de aquí para allá, por ejemplo lo enviaban al Hospital Central y era en La María, entonces pierden tiempo, pierden dinero y también las ganas de atenderse”.

“Hay personas quienes estuvieron en etapa grave con las defensas bajas y entran como al segundo nivel de atención no hay como IPS en el tercer o cuarto nivel para ese tipo de gravedad les han demorado como dos meses para que puedan entrar a la IPS, solo cuando se pusieron peor”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

En algunos casos existe una demora en el diagnóstico, ya que han acudido al establecimiento de salud y no les han realizado las pruebas diagnósticas por

lo que les han prescrito tratamiento sintomático, debiendo retornar ante la recurrencia y gravedad de la sintomatología.

“A veces no le dan como la importancia y demoran en hacerle el diagnóstico, le dan tratamiento para otra enfermedad, hasta que ya llegan botando sangre, porque se han ido a las farmacias para comprar algo que los calme. Cuando vuelven ya es muy tarde y probablemente ya ha contagiado a muchísimas personas”.

Diagnóstico y tratamiento

Entre el diagnóstico y el tratamiento algunos han tenido que esperar para que les otorguen las medicinas, debido que han tenido que ser enviados a otro establecimiento o a la falta de abastecimiento de los medicamentos.

“Todo esto y no, no ¿hay qué hacemos? si no hay tratamiento, si el medicamento no llegó porque esperan a que el medicamento se acabe para volver a hacer el pedido.”

“en ese sitio que siempre iba, no había, no había medicamento; entonces yo creo que eso afecto para que se le activara la TBC. Entonces ya tuve que ir a un sitio especial y ellos que se encarguen, sitio especial llama caps. y allí entregaron las pastillas para la semana y ya, entonces de nada vale enterarse que tienes TB si igual no va a haber medicamento a la mano.”

“La TB, me diagnosticaron por lo que me dio la diabetes, y luego me hicieron análisis, y empecé a toser, y me dijeron que estaba con la TBC y me enviaron al programa y empecé...”.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

No se encuentran testimonios referentes a la fase hospitalaria del tratamiento.

Durante el tratamiento ambulatorio.

La situación de falta de disponibilidad de tratamiento en algunas IPS ha provocado afectación de su salud física y emocional al ver el avance de la enfermedad.

“Se da también que algunas IPS tienen una manera más ágil de entregar los medicamentos que otras, entonces esas personas quedan mucho más afectadas y esos es también por la forma de atención que brindan estas IPS”

“además que avanza la enfermedad, y te aferras tú mismo de pensar me voy a morir porque no me están dando el medicamento que me tiene que entregar”.

Género.

En los diferentes momentos del camino de la TB: Antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, durante la fase hospitalaria del tratamiento, durante el tratamiento ambulatorio, los diferentes participantes no han identificado barreras

referentes a género.

Estigma.

Antes de la visita al médico

Antes de la visita al médico se comenta la situación de un parcerero venezolano a quien no le daban la información necesaria para incorporarse sistema de salud, esto es identificado como una forma de estigmatización que perjudica el acceso a la salud de esta población.

“Le cuento la experiencia de un venezolano que estaba con su esposa y se sentía rechazado porque no lo aceptaban en esa IPS, Lo tenían del timbo al tambo, vayan y hagan eso, llegó sin acompañamiento, como para que los médicos no fue una prioridad, tuvo que padecer muchas cosas hasta que lo atendieron, pero ya en estado de gravedad. Esa gente que se siente así es como que pateó calle como pudo, gracias a Dios hoy mis dos parceros están bien”.

Entre la visita al médico, Diagnóstico y tratamiento

Se percibe que en algunos establecimientos de salud el personal no brinda un trato cálido y empático; estas situaciones afectan la salud emocional de los usuarios.

“falta como más recursos, como más recursos humanitarios, en esta parte, enfocarnos más en la parte nada de medicina, como decía el anterior compañero en el momento de atender a la gente, le falta mucha más humildad”

Fase hospitalaria del tratamiento

En este momento de la cascada de atención de la TB no se ha identificado expresiones de estigma como barrera.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Algunas personas consideran que una forma de estigma y discriminación se expresa en la inequidad en el otorgamiento de apoyo social, específicamente mencionaron la falta de apoyo en seguridad alimentaria la cual es restringida solo para algunas personas, no teniendo en cuenta que de alguna manera hay una afectación en todos los PAT.

“...hay la discriminación en los hospitales, si es terrible con las enfermeras, no a él no se le puede dar comida porque él tiene entonces como no vamos a seguir enfermos si nos discriminan para apoyarnos en la alimentación.”

“debería de tener en cuenta a los que tenemos VIH para muchas cosas, pero a nosotros si mucho nos dan el medicamento y las pastillas y que vaya uno y diga que no tiene los pasajes y le ayudan, pero de resto nada, por ejemplo, para alimentación”.

Hay un estigma percibido a nivel social ante el temor de ser identificados en la comunidad por tener VIH o TB y “ser señalado”, por lo que prefieren evitar que otros sepan acerca de su diagnóstico de TB.

“porque si te expones ya prácticamente vas a ser un problema en la sociedad te puedes imaginar donde todo un barrio sepa que tienes VIH todo el barrio te señala, todo el mundo te va a señalar “pilas hay va el sediento”, peor si tienes Tuberculosis”

“Uno trata de manera oculta seguir su tratamiento y seguir su vida, el problema, se llegue alguien entera de algo o que te vean tosiendo que te vean esto y que tienes y porque estás así y porque está más flaco de estos días, y ahí empieza la cuestión”.

Financiero.

Antes de la visita al médico

Consideran que económicamente la mayoría de las personas afectadas por TB tienen dificultades en sus ingresos económicos, lo cual ya ha impactado en su salud, y se acentúa ante las dificultades de acceso inmediato ya que invierten su pobre economía en tratar de satisfacer sus necesidades inmediatas.

“Muchas personas gastan su plata del día, que es para comer, y si no es atendido porque el lugar no corresponde entonces son gastos que se van a acumular y literal les está afectando más de lo que ya está.”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Aquí se señala que las dificultades para lograr las citas médicas retrasan el proceso de diagnóstico oportuno y ello afecta en gran medida su estado de salud.

“hay mucha gente que no tiene dinero para ir de acá para allá y se cansa de retornar al médico para que le hagan el diagnóstico “

“no hay poder humano que uno que uno obtenga esa cita o a o adquiere ese ese derecho. No hay nada que hacer. Y si uno le cae mal a la que le dando la cita o a la secretaria peor, no le dan a uno cita ni porque venga el presidente y se le cae mal es peor, tiene que llevar las chocolatinas tiene que, mejor dicho, llevarlas como si, como comprándole uno la cita siendo que es un deber de uno. Pésimo. Entonces he paseado por todo Bogotá y sus alrededores porque he luchado mucho contra la salud que son terriblemente mal del servicio es supremamente malísimo y puede estar solo muriendo y todo.”

Diagnóstico y tratamiento

Específicamente el aspecto financiero es un desafío a pesar de que el tratamiento es gratuito, existe gastos de traslado diario para el recojo de los medicamentos, lo cual complica más su situación de salud.

“si tú no tienes como moverte con el tratamiento te mueres, si no tienes como conseguir el pasaje, si no tienes cómo alimentarte porque en un trabajo tú tienes que tener una buena alimentación porque esa droga es fuerte”.

“si yo tengo que ir todos los días a la IPS para recoger las pastillas, eso acarrea un costo que el sistema de salud no los cubre debería ser, al contrario, como dar tratamiento en casa porque obviamente estos tratamientos son costosos y deben asegurarse de que los tome. A mí me tocaba recoger la medicina y eso iba por cuenta mía, qué tal si no hubiera tendido los medios para trasladarme, por eso mucha gente abandona el tratamiento, no porque no quiera, sino porque la posibilidad económica no les da. “

“Y lo peor es que la EPS cree que son personas que tienen la capacidad pudiente para ir a buscar una medicina diaria, viendo que está trabajando a diario para sostenerse enfermo, ir para allá todos los días es gastar para el taxi para no demorar tanto tiempo”.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

De acuerdo con el régimen aseguramiento hay establecimiento de salud que emiten montos exorbitantes que muchas personas no pueden asumir por lo que se han visto en la necesidad de abandonar la atención.

“Por ejemplo, el Hospital General emite un pagaré por 3 millones de pesos por la atención y por supuesto la gente no tiene para pagar tanta plata, entonces empaco y me salgo corriendo porque no sé de dónde pagar”

Durante el tratamiento ambulatorio.

Nuevamente señalan que el trasladarse diariamente para tomar la medicación es una barrera que deben afrontar, más aún cuando su economía está afectada.

“creo que depende de su acceso económico y el régimen que tenga la persona, el hecho de tener que transportarse genera complicaciones cuando debemos ir todos los días para nuestras pastas”

Refieren que durante el tiempo que estuvieron en una red de salud no recibieron ningún tipo de apoyo ni seguimiento, por lo que prefirieron cambiar de entidad prestadora donde han logrado apoyo económico.

“Por ejemplo, yo en Barranquilla estuve muchos años y a mí nunca en la secretaría de gobierno nunca me dieron nada, nunca hicieron los medios de localizar me metí a SaludCoop que se acabó y SaludCoop nunca me hizo una llamada, ni un seguimiento ni nada, claramente ya que me enferme y que estoy muy mal acá en Antioquia es que me han logrado facilitar los gastos, en Barranquilla era muy difícil de verdad.”

Es importante tener en cuenta que las personas afectadas por TB requieren apoyo social más amplio ya que lo que se brinda actualmente no responde a sus necesidades sentidas.

“Yo digo que al gobierno le falta ponerse las pilas no más que todo en la salud, si no en la ayuda de nosotros los que estamos infectados en ayudas económicas porque es muy duro para uno conseguir un trabajo si

esta difícil para personas sanas, ahora para uno que está más enfermo”

Geográfico.

Antes de la visita al médico

Se menciona en reiteradas oportunidades que el desplazamiento a diferentes lugares para ingresar al sistema de salud por la deficiente información que les brindan es una limitante para un acceso oportuno a la atención.

“pero hubo personas que tuvieron que ir a otros lugares y llegaron a la gravedad porque no asistieron al establecimiento a tiempo”.

Entre la visita al médico y el diagnóstico; Diagnóstico y tratamiento

Señalan que algunas EPS deben abrir puntos de atención más cercanos a los domicilios de las PAT, ya que muchos están distantes y demandan tiempo y gastos adicionales para trasladarse para recibir su tratamiento.

“siendo vinculado con o SISBEN en el caso de Comuna 9 van a abrir la unidad hospitalaria, en la EPS Sanitas deben ir al Poblado o Laureles, el problema es el sitio para recibir medicamentos la IPS, generar nuevos puntos de atención para que sea más fácil acceder y continuar con el tratamiento.”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Las barreras geográficas no han sido mencionadas por los participantes que han tenido episodios que requirieron hospitalización.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Existen dificultades geográficas para el recojo de medicamentos, debido al costo que demanda el traslado.

“Exacto y una persona que digamos vive en Zamora todos los días transporte por el medicamento porque vive en Bello y allá es mucho más diferente, entonces es algo dios quiera que no me vuelva a dar eso, pero a lo sincero es muy difícil para nosotros estar yendo por 1 pastillita o 3 pastillas todos los días”

“Pero a él, a nosotros savia (EPS Pública de Antioquia) no va a decir voy a mandar médico en casa... y entre más estrato tenga en cualquier parte le va a tocar.”

Desafíos laborales.

En todo el camino de la TB, las personas consideran que hay una afectación de oportunidades para acceder a trabajos, lo cual se relaciona con el estado físico que no les permite hacer esfuerzos físicos debiendo dejar sus labores perjudicando sus ingresos. Esta situación se acentúa en las mujeres trans que realizan trabajo sexual y diariamente deben salir a trabajar para hacer frente a los costos de su supervivencia.

“Las personas con DX de TB tienen problemas laborales porque se eliminan oportunidades, por ejemplo, si tienen un trabajo que les demande mucho esfuerzo físico y no rinden entonces van a dejar de trabajar y no tendrán para alimentarse; el que debe salir de su casa a las 4 de la mañana ese horario lo va a perjudicar, porque deben salir permanentemente para recoger sus medicamentos y se exponen al despido porque muchos no quieren tener a alguien con TB”.

“por ejemplo, la población trans que normalmente siempre se han valido de sus propios recursos saliendo a trabajar en las calles literal, esas personas si se enferman ¿de qué viven?”

Cuadro N° 8: Desafíos que enfrenta la población clave TB/VIH en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	3	3	2	1	2
Género.	2	1	1	1	1
Estigma	2	2	2	1	3
Financiero	3	3	3	2	2
Geográfico	2	2	2	1	2
Desafíos laborales	2	2	2	2	2

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Los principales desafíos relacionados al acceso a la atención que deben afrontar las personas con coinfección TB/VIH son concernientes al régimen de aseguramiento, perciben que existen serias deficiencias en el proceso de inscripción, debiendo realizar una serie de trámites administrativos previos a la designación de una IPS afectando el acceso oportuno al cuidado y atención de su salud, por este motivo muchas personas desisten de realizarlos porque no son informadas debidamente y prefieren realizar consultas en establecimientos particulares en los cuales no les realizan el diagnóstico de la TB o compran medicamentos en farmacias (automedicación) los cuales son sintomáticos, en este transcurso de tiempo la enfermedad continúa llegando a cuadros severos, es en estos momentos en que ingresan a servicios de urgencias; como ellos mismos refieren, durante este tiempo han estado transmitiendo la tuberculosis a las personas de su entorno ya que no sabían que tenían la TB. Otro aspecto delicado es que ya estando en el sistema de atención han tenido que retornar a la IPS en reiteradas oportunidades para conseguir citas para la evaluación médica o para la dispensación de medicamentos ya que se dan casos de desabastecimiento del tratamiento para TB, siendo determinantes en el agravamiento de la salud.

Lo anteriormente descrito lleva al desafío financiero, sus ingresos económicos se ven afectados, ya que para realizar estos trámites o para recoger la medicación diariamente requieren invertir sus recursos monetarios en los costos que demanda el permanente traslado, esta situación lleva a algunas PAT

a abandonar el tratamiento con el consiguiente agravamiento de su salud. Se menciona que al verse en dificultades económicas han preferido cambiar de entidad prestadora y han logrado algún tipo de apoyo. Es importante tener en cuenta que las personas afectadas por TB requieren mayor protección a través de los programas sociales teniendo en cuenta que lo que se brinda actualmente no responde a sus necesidades sentidas.

También se identifica el desafío geográfico, en el sentido que algunas IPS no están cercanas a sus domicilios por lo que llegar a ellas les demanda tiempo y gastos adicionales, frente a ello las mismas personas afectadas refieren la necesidad que se abran nuevos puntos de atención que favorezcan el acceso oportuno al cuidado de su salud.

En la mayoría de las personas se manifiesta la percepción de estigma sobre todo durante tratamiento ambulatorio, existe temor de ser identificados como afectados por TB, debido al deterioro de su aspecto físico provocado por el avance de la TB. Otro aspecto mencionado por algunas personas es la necesidad de mejorar el trato en el sistema de salud, se han presentado situaciones de expresiones estigmatizantes contra las mujeres trans por parte del personal que realiza las labores de recepción o triaje; por otro lado, hay PAT que sienten que algunos médicos o enfermeras no brindan un trato cálido y humanizado lo cual afecta su salud emocional.

En cuanto al desafío laboral se puede señalar que este conlleva a situaciones de pérdida laboral debido a la disminución de sus fuerzas para salir a trabajar. En el caso de las mujeres trans que viven del trabajo sexual esta situación se agrava por el motivo que ellas subsisten de su trabajo diario para solventar sus necesidades de vida.

Facilitadores en la cascada de TB

Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud

Hay un reconocimiento de los esfuerzos del Estado para establecer lineamientos dirigidos a la atención integral de las personas con TB, lo cual es favorable para lograr su atención y recuperación; consideran que todas las IPS deben adoptar estos lineamientos y sobre todo proveer los servicios con el buen trato.

“el gobierno ha generado lineamientos para la atención integral y eso es fundamental para que en todas las IPS se dé de forma correcta, en muchas ocasiones vemos que hay buen trato, y eso debe ser humanizado, te explican cómo se debe hacer, son como empáticos”.

Ser diagnosticado

En este mismo sentido consideran que en Colombia los exámenes para

diagnostico están disponibles, por lo que se debe mejorar el acceso inmediato a ellos en todas las IPS para evitar seguir diseminando la TB y evitar agravar su estado de salud.

“La ciencia ha avanzado y hay diversas formas de diagnosticar, por eso se tiene que informar a la población para que cuando tengan síntomas acudan a tiempo para no enfermarse más y tampoco contagiar a otras personas con las que convivan”.

Continuar con el tratamiento

Para continuar con el tratamiento algunos PAT mencionan la importancia de haber recibido acompañamiento del personal de salud para asegurar la toma de la medicación.

“Se puede decir que frente a la tuberculosis hay un acompañamiento para tomar el medicamento”

Finalizar el tratamiento

Quienes han concluido con el tratamiento para TB consideran que lo han logrado gracias a que los medicamentos que le proporcionaron fueron buenos, teniendo en cuenta que tenían coinfección TB/VIH.

“El tratamiento fue bueno, fueron 6 meses duros porque hubo mucho miedo por el temor a complicaciones, más aún si se tiene otra condición de fondo”

“Felizmente todo bien para mí, pude superar esta enfermedad y ahora me cuido más, porque no fue fácil”.

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares)

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento

El apoyo familiar es valioso como facilitador en el camino de la TB, son los familiares quienes fundamentalmente brindan apoyo a las PAT para que acudan a la atención desde el inicio de los síntomas, brindan acompañamiento y soporte emocional que requieren para hacerle frente a esta situación de salud.

“A mi familia fue importante para que yo vaya a atenderme, porque si no hubiera sido por ellos quizás me dejaba morir porque ellos me decían no te veo bien, estas bajando de peso, en la noche estas calentureado, eso no está bien, y me acompañaron en todo momento, hasta cuando tenía que recoger mis pastillas, el apoyo psicológico que me daban siempre es como si nunca me abandonaron.”

“Mi madre me decía, no te des por vencido tú puedes salir de esto, me dieron como esas pequeñas claves subiéndote la autoestima dándome como una esperanza que todo va a salir bien,”

Finalizar el tratamiento

Teniendo en cuenta que el tratamiento para la TB es tedioso, debe tomarse a diario y generalmente tiene efectos secundarios, la mayoría de las participantes manifiesta que en algún momento han considerado dejar el tratamiento; en estas circunstancias su red de apoyo familiar les ha permitido concluirlo de manera exitosa, brindándoles apoyo emocional.

“pude tener una red de apoyo familiar que me motivara para no dejarme vencer y concluir con el tratamiento vamos siguiendo en el proceso con este apoyo.”

“Es necesario el apoyo de la familia para que la persona afronte la enfermedad, cuando empezaba a abandonarme mi familia nunca me abandonó”.

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

Algunos de los participantes del grupo focal manifiestan haber recibido apoyo psicológico.

“Psicólogos que están pendientes de cómo están emocionalmente”.

Sin embargo, no hacen referencia a apoyo social, legal o comunitario en el camino de la TB.

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

Todas las personas con diagnóstico de VIH t TB refieren que han tenido la posibilidad de acceder a los servicios de atención de manera gratuita, ellos reciben su tratamiento de TB y sus antirretrovirales.

“En ese sentido sí, acá en Colombia no se en otras ciudades, pero en Medellín sí hay muy buena atención para los que somos y nos atienden fácil en un hospital, ¿usted tiene VIH? venga, no le cobran a uno los medicamentos porque donde le cobren un medicamento de tuberculosis o VIH ninguno hubiéramos podido comprarlo”

“si bien los medicamentos se entregan de manera gratuita, pero si alguien no puede ir implica un gasto adicional que no está especificado en ese plan de salud de atención”

“Porque nosotros que somos portadores de VIH y también los de tuberculosis tenemos privilegio aquí en Medellín, usted va a un hospital y dice (yo tengo VIH) hay mismo venga pa acá (yo tengo tuberculosis, ponerse el tapabocas eso sí, pero venga pa acá.”

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

Específicamente con relación al monitoreo y manejo de casos no se identifica como facilitador en ningún momento del camino de la TB

Cuadro N° 9: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave TB/VIH.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	3	3	3	3
Familia	3	3	3	3
Parientes	1	1	1	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y material	1	1	1	1
Apoyo psicológico y emocional	1	1	2	1
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	2	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	3	3	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	1	1
Manejo de casos	1	1	1	1

3 = Muchos, 2 = algunos, 1 = Ninguno

Se identifica tres facilitadores importantes en el camino de la TB; el primero relacionado a que el Estado ha establecido lineamientos para la atención integral de las personas con TB y anteriormente ya estaban recibiendo atención prioritaria como PVV con coinfección TB/VIH, frente a ello proponen la necesidad que todas las IPS incorporen estos lineamientos en la atención y que proveedores de salud brinden con mejor trato y mayor celeridad.

Un segundo facilitador es el apoyo familiar considerado como muy importante desde el inicio de los síntomas, confieren el acompañamiento y soporte emocional requerido para hacerle frente a esta situación de salud; este soporte es trascendente para la continuidad y finalización del tratamiento para la TB.

El tercer facilitador se expresa en la gratuidad del diagnóstico y tratamiento, al respecto hacen referencia que existen otros aspectos que no han sido considerados en el apoyo integral que requieren, debido a que las PAT se encuentran en situación económica limitada y como se vio en las barreras requieren que el Estado fortalezca el sistema de apoyo social, entre ellos el de alimentos, ya que es necesario fortalecer su estado nutricional y muchos han tenido que dejar sus trabajos debido a que su estado de salud no les permite esfuerzos físicos o tienen que mantener distanciados para no transmitir la TB a otras personas de su entorno.

Los PAT con coinfección TB/VIH refieren que existen organizaciones de sociedad civil que apoyan a los pacientes, esto se refiere específicamente a organizaciones de personas viviendo con VIH, perciben que específicamente en TB hay organizaciones pero que requieren una mayor presencia durante el camino de la TB, ya que en su experiencia personal o como activistas en VIH, estiman conveniente el apoyo entre pares ello incentiva a seguir adelante y no dejarse vencer, ya que hay otra persona que ha vivido lo mismo.

Compromisos y participación significativos.

Los espacios de participación activa de las PAT con coinfección TB/VIH se evidencia a nivel del activismo relacionado específicamente a VIH, hay experiencia previa que les ha permitido visibilizarse y empoderarse ante los entes gubernamentales para hacer frente a la violación de sus derechos y actos discriminatorios, se han organizado institucionalmente como miembros de la sociedad civil y en espacios de intercambio de experiencias; esta situación es muy precaria en TB, si se reconoce que son miembros de mesas de usuarios a través de las cuales brindan apoyo a otras PAT para orientarlas y lograr el acceso a la salud, esto pasa mucho con los migrantes quienes desconocen el sistema de inscripción ante las EPS y que les designen la IPS donde reciban su atención, les hacen acompañamiento en la ruta de ingreso al sistema, apoyo emocional, vinculación con profesionales de la salud mental. Otros activistas en VIH proponen incentivar mayor información haciendo uso de las redes sociales y otras herramientas tecnológicas para lograr difundir mensajes de prevención, identificación de síntomas, rutas y puntos de atención, esto promovería un acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento; estas experiencias son muy valiosas para ser replicadas en el ámbito de la TB ya que como se ha identificado en las diferentes entrevistas y grupos focales señalan no participar en el diseño, implementación o monitoreo de alguna intervención de TB, siendo su prioridad el tratamiento, o grupos de pares que apoyan a otros PAT, lo que si ocurre con VIH que se organizaban grupos de apoyo y organizaciones de PVV; este desconocimiento lleva a la vulneración de sus derechos fundamentales en salud.

*“se ha tenido que apoyar a las personas para poder orientarlas y lograr el acceso a la salud, esto pasa mucho con los migrantes quienes desconocen el sistema, los orientamos para que hagan la inscripción”
(Activista VIH 1)*

“el apoyo comunitario de mi organización se ve reflejado para enrutar a la persona, no les damos apoyo económico, les damos un apoyo emocional, tenemos amigos y los ponemos en contacto psicólogos para que afronten su situación.” (Activista VIH 2)

“Promover información Con las redes alternativas, las redes sociales, comunicación veraz que se den mejores mecanismos y estrategias informativas que lleguen a todos los sectores, a todas las edades, las redes sociales de comunicación inmediata, ya n tendíamos excusas para manejar de forma clara y concisa que muchas veces no se necesita dinero a través de las redes sociales”. (Activista VIH 3).

7.1.3.2. Población clave: Migrantes

Descripción general de la población clave

Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

Autodescripción.

La población migrante, para efectos del grupo focal, procedente de Venezuela, tiene una autodescripción basada en las comparaciones, contrastan sus condiciones de vida en Venezuela con las que llevan actualmente en Colombia, específicamente en Bogotá, en esta comparación, perciben que por lo menos en los servicios de salud, existe mayor comprensión y mejor trato; pues, aunque en ambos países el acceso a la salud es gratuito, la diferencia radica en el trato recibido; por lo cual, la autodescripción se desdibuja desde el ser y se piensa más como sujetos sociales.

“Allá en Venezuela, el tema era un tabú grande porque era como si fuera peor que el COVID, en el hospital donde estuve las enfermeras al enterarse que tenía TB se alejaban... Bueno acá han sido bien conmigo y otras personas que conozco”

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

En este grupo focal, esta pregunta fue abordada desde que adquirieron la TB, pues en su mayoría, al llegar a Colombia ya contaban con la enfermedad, fuera latente o que se desarrolló nuevamente después de haberla tenido en Venezuela, entonces, su experiencia con el Estado y compañeros en Colombia ha sido prácticamente con el diagnóstico. Y en este sentido, encuentran que el Estado tiene un trato digno con ellos, a pesar de su condición de migrantes, mientras que las demás personas guardan tabúes frente al manejo e interacción con personas con diagnóstico TB.

“la secretaria de salud está han estado pendientes de mí, me llaman cada tanto día, algunas personas me han ayudado con mi alimentación, gracias a Dios la atención ha sido súper, pues desde mi experiencia”

“a mí lo que me sucedió fue que mi círculo de amigos cambió conmigo, yo cometí el error de contarles a ellos sobre mi diagnóstico y la mayoría cambiaron conmigo, ya me evitaban”

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

Los participantes del grupo focal adquirieron la TB en Venezuela o venían con el diagnóstico previo y aquí tuvieron la reactivación de la TB. Aunque refieren tener actividades laborales, también comparten en diferentes espacios con amigos o familiares. El estilo de vida que llevaban en Venezuela y que continúan en Colombia, más que el hecho de ser migrantes es lo que ellos consideran, los hace vulnerables a la TB y, otro factor es que han tenido que interrumpir sus tratamientos durante el proceso propio de migración.

“En mi caso todo muy fino, cuando llegue acá a Colombia me hicieron de una vez la prueba de tuberculina, gracias a Dios salió negativo, por lo que yo les había comentado que en Venezuela si tenía la TB, de igual manera a mí me dio de nuevo porque llegue acá y me puse a fumar a beber que la fiesta y demás entonces volvió como tal la bacteria, entonces la secretaria ha estado pendiente de mi otra vez inicié el tratamiento, ya como mis compañeros lo han dicho antes, el tratamiento que inicie es más fuerte, la medicina es más dura, pero ya retomando juiciosamente.”

Como describe la respuesta de TB

En la población migrante, se encontró un persistente paralelo en el acceso a la salud entre su país de origen y Colombia; en este sentido refieren que en Venezuela existen serias barreras de acceso ligado a la situación política actual, en Colombia han encontrado mayores facilidades, sin hacer algún tipo de distinción por su condición migrante, comentan asimismo que la TB genera serias actitudes de discriminación; esta respuesta la destacan desde la toma de exámenes y en los diferentes procesos de su tratamiento TB.

“En Venezuela era un complicado por todo el tema que te comenté antes, uno no podía hablar de su diagnóstico en voz alta porque sacabas corriendo a todo el mundo. Acá en Colombia cuando me hicieron las pruebas como la del VIH y de la TB salí negativo, pero de todas formas he estado pendiente de mi condición de salud, no puedo bajar la guardia porque a mí sí que me afecto duro en Venezuela la TB, entonces no puedo confiarme de los bajones de las defensas.”

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

Los inconvenientes, desafíos o barreras encontradas que han enfrentado los migrantes que participaron en este grupo focal, en su camino de la TB, las encontraron, principalmente en Venezuela, según lo descrito por ellos, en Colombia han encontrado facilidades para continuar el tratamiento que traían desde Venezuela o para iniciar con él. Si bien, los migrantes llegan a Colombia sin documentación, dadas las políticas del país, son atendidos en la ruta inicial de salud. Posterior a un primer paso en la legalización, son incluidos en la ruta integral en salud. Sin embargo, encuentran que, aunque tienen acceso a la salud, la atención recibida no puede catalogarse del todo como buena ya que sienten un cierto grado de mala atención por una parte del personal médico, sin que sea esto la regla, pero sí se percibe cierta inconformidad.

Entre la visita al médico y el diagnóstico

No se identifica testimonio por parte de los participantes del grupo focal, que haga referencia a barreras entre la visita al médico y el diagnóstico.

Diagnóstico y tratamiento

Si bien hay satisfacción por el proceso de diagnóstico y el tratamiento, los cuales consideran que se han brindado de manera oportuna, el inconveniente ha sido el trato del personal de salud, quienes han mostrado expresiones ásperas y desagradables, esta situación ha sido percibida por varios participantes.

“En mi caso, no he tenido ningún problema con las citas y los medicamentos, todo ha sido muy bien, solo que a veces como que cambian de personas a las que nos están controlando el medicamento y algunos son más groseros, también pienso porque somos venezolanos, pueden decir que no, pero uno siente cuando te tratan con desprecio es como lo único así que yo diga que hay situaciones feas”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

No se identifica testimonios por parte de los participantes del grupo focal, que haga referencia a estos momentos de la TB.

Género.

En el grupo focal para migrantes, no se encontró información relevante o adicional al respecto de la dimensión relacionada con las barreras de género, en el camino de la TB (***antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, durante la fase hospitalaria en el tratamiento, durante el tratamiento ambulatorio***).

Estigma.

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico. Diagnóstico y tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

Para la categoría de estigma, se pudo encontrar según los testimonios de los migrantes participantes en el grupo focal que, principalmente han sufrido de estigma por su condición de salud, en Venezuela. Desde su residencia en Colombia, consideran también haber sufrido estigma en su círculo de amigos y uno de ellos, mencionó haber sufrido estigma al momento de recibir el medicamento. Pero relaciona esta situación, principalmente a su estado de migrante, más que a su propio estado de salud. Cabe aclarar que no recibió como tal un señalamiento por su condición de migrante, es la suposición que hace esta persona a su experiencia vivida. Asimismo, algunos han señalado que, en algunos establecimientos de salud, donde el personal que los atendía tenía expresiones poco corteses, con falta de empatía.

“Bueno a mí no me paso ninguna situación de discriminación ni nada de eso, a mí lo que me sucedió fue que mi círculo de amigos, yo cometí el error de contarles a ellos sobre mi diagnóstico y la mayoría cambiaron conmigo, ya me evitaban, me trataban diferente, pero bueno dios sabe cómo hace sus cosas te quita, pero también te pone, entonces por ese lado solo esa situación incómoda de resto nada he manejado mi diagnóstico muy privadamente”

“En mi caso, no he tenido ningún problema con las citas y los medicamentos, todo ha sido muy bien, solo que a veces como que cambian de personas a las que nos están controlando el medicamento y algunos son más groseros, también pienso porque somos venezolanos, pueden decir que no, pero uno siente cuando te tratan con desprecio es como lo único así que yo diga que hay situaciones feas”

Financiero.

En el grupo focal para migrantes, no se encontró información relevante o adicional al respecto de la dimensión relacionada con las barreras financieras, en el camino de la TB, por lo cual, los tópicos subsiguientes (***antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, durante la fase hospitalaria en el tratamiento, durante el tratamiento ambulatorio***) no aplican para este caso específico.

Geográfico.

En el grupo focal para migrantes, no se encontró información relevante o adicional al respecto de la dimensión relacionada con las barreras geográficas, en el camino de la TB, por lo cual, los tópicos subsiguientes (*antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, durante la fase hospitalaria en el tratamiento, durante el tratamiento ambulatorio*) no aplican para este caso específico.

Desafíos laborales.

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico. Diagnóstico y tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

El principal desafío en el camino de la TB, para los participantes en el grupo focal de migrantes, está en el hecho de perder sus puestos de trabajo a causa de su diagnóstico. Por lo cual, han optado por guardar silencio de su situación de salud, ante la posibilidad de ser despedidos de sus puestos laborales, por lo cual tomaron la decisión de no compartir el diagnóstico, ante los testimonios y experiencias de compañeros que, han tenido que renunciar a sus puestos de trabajo por el acoso y hostigamiento laboral. Sin embargo, se aclara que estos eventos les han sucedido en Venezuela. Como tal, no tienen experiencias de este tipo en Colombia

“allá en Venezuela, a esas personas las apartaban en sus trabajos, los mismos compañeros los jefes hasta que no se aguantaban y les tocaba renunciar, pues porque nadie aguanta ese trato. En cambio, yo me mantenía callado como si nada, obviamente con el tapabocas, pero como si nada. Y es incómodo todo el tiempo ocultando algo que padeces”

“La verdad ninguna de esas situaciones he vivido, pero si he conocido personas que les han negado un trabajo por su condición”

Cuadro N° 10: Desafíos que enfrenta de la población clave migrantes en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	1	1	2	1	1
Género.	1	1	1	1	1
Estigma	2	2	2	2	1
Financiero	1	1	1	1	1
Geográfico	1	1	1	1	1
Desafíos laborales	1	2	2	1	1

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Como hemos visto, los testimonios de los participantes en el grupo focal hacían referencia a las serias dificultades vividas en su país de origen, en contraposición con el acceso a la salud que encontraron en Colombia. Como sabemos en Venezuela existen graves situaciones de falta de atención, desabastecimiento de medicamentos, pobreza extrema, malnutrición, que puso en riesgo su salud; añadido a la situación política que demandó en ellos la necesidad de migrar a otros países, siendo sus necesidades más urgentes las relacionadas con el acceso a servicios de atención primaria y exámenes de diagnósticos para los principales eventos de salud pública.

Un aspecto relevante como barrera en el camino de atención de la TB se relaciona con expresiones de estigma recibidas en algunos establecimientos de salud, donde el personal que los atendía tenía expresiones poco corteses, con falta de empatía; esta desatención y maltrato la relacionan por un lado a su condición de migrantes, y por otro lado a su condición de salud, es importante señalar que entre las responsabilidades de las IPS es brindar un servicio a todos y todas de calidad y sin discriminación.

Facilitadores en la cascada de TB

Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud. Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico. Diagnóstico y tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

Dado que la ruta para migrantes se activa desde la salud, este es un servicio que reciben prácticamente al llegar a Colombia y, por lo mismo, según los testimonios de los participantes, no han tenido restricciones de procedencia o por documentación; a ningún participante del grupo focal, se le ha negado la atención en los servicios en salud.

“A mi súper bien, la secretaria de salud está han estado pendientes de mí, me llaman cada tanto día, algunas personas me han ayudado con mi alimentación, gracias a Dios la atención ha sido súper, pues desde mi experiencia”

“Bueno acá han sido bien conmigo y otras personas que conozco”

“Bueno yo estoy acá aun con el tratamiento, también estuve hospitalizado y el trato en el hospital fue bastante tranquilo, odiaba la comida de los hospitales a veces mis amigos me llevaban un poquito de sal porque ajá, la comida es horrible”

“Digamos que en mi caso la calidad de la atención acá en Colombia ha sido bien digamos yo estoy por ahora indetectable, pero aun así regularmente me llaman para saber si tengo síntomas o algún problema con mi salud”

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

En el grupo focal para migrantes, no se encontró información relevante o adicional al respecto de la dimensión relacionada con los facilitadores de la red social, en el camino de la TB, por lo cual, los tópicos subsiguientes (*acceder a los servicios de salud, ser diagnosticado, continuar con el tratamiento y finalizar el tratamiento*) no aplican para este caso específico.

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Acceder a los servicios de salud.

Los participantes destacaron, no sólo la atención en salud, sino el apoyo que adicional, a ello, ha recibido por parte de los entes encargados de atención al migrante. Si bien tienen servicios de salud, han tenido la oportunidad de tener apoyo psicosocial y en alimentación. Sin embargo, que el servicio esté disponible, no implica necesariamente que sea usado al 100%, ya que un participante menciona no haber querido hacer uso del acompañamiento psicosocial.

“A mí me parece que la calidad de los servicios es muy buena, la verdad yo no hice uso de los demás servicios, me ofrecieron acompañamiento psicosocial y pues la verdad no me siento cómodo con mi diagnóstico y en terapias con el psicólogo, ay no, de resto todo muy bien”

Ser diagnosticado.

No se identifica testimonio por parte de los participantes del grupo focal, que haga referencia a la sección *ser diagnosticado*.

Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

En este momento de la cascada de atención el participante destaca el acompañamiento recibido a través de llamadas telefónicas, así como apoyo adicional para la seguridad alimentaria, por lo cual considera muy buena la atención para continuar y finalizar el tratamiento.

“A mí súper bien, la Secretaría de salud están han estado pendientes de mí, me llaman, algunas personas me han ayudado con mi alimentación, gracias a Dios la atención ha sido súper, pues desde mi experiencia”

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

En el grupo focal para migrantes, no se encontró información relevante o adicional al respecto de la dimensión relacionada con los facilitadores en el acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos, en el camino de la TB, por lo cual, los tópicos subsiguientes (*acceder a los servicios de salud, ser diagnosticado, continuar con el tratamiento y finalizar el tratamiento*) no aplican para este caso específico.

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

La población migrante ha contado con un monitoreo constante de su estado de salud. Esta característica facilitadora se ha dado, porque se debe mantener un control de los migrantes identificados. No sólo por temas de salud, sino por otro tipo de ayudas que la población identificada puede llegar a tener. De ahí que las entidades de salud tienen un control, contacto y manejo permanente con ellos, tal como se deja en evidencias en los subsiguientes testimonios.

Acceder a los servicios de salud.

Existen normas que permiten que los migrantes puedan acceder a los servicios de salud y recibir atención que necesitan.

“En mi caso todo muy fino, cuando llegue acá a Colombia me hicieron de una vez la prueba de tuberculina, gracias a Dios salió negativo, por lo que yo les había comentado que en Venezuela si tenía la TBC, de igual manera a mí me dio de nuevo porque llegue acá y me puse a fumar a beber que la fiesta y demás entonces volvió como tal la bacteria, entonces la secretaria ha estado pendiente de mí otra vez inicié el tratamiento, ya como mis compañeros lo han dicho antes, el tratamiento que inicie es más fuerte, la medicina es más dura, pero ya retomando juiciosamente”

Ser diagnosticado.

No se identifica testimonio por parte de los participantes del grupo focal, que haga referencia a la sección *ser diagnosticado*.

Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

Hay un reconocimiento de haber recibido una atención adecuada, recibiendo la atención que necesitan.

“gracias a Dios la atención ha sido súper, pues desde mi experiencia”

“Digamos que en mi caso la calidad de la atención acá en Colombia ha sido bien digamos yo estoy por ahora indetectable, pero aun así regularmente me llaman para saber si tengo síntomas o algún problema con mi salud”

Cuadro N° 11: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave Migrantes.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	2	2	2
Familia	1	1	1	1
Parientes	1	1	1	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y	2	1	2	1

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
material				
Apoyo psicológico y emocional	2	1	2	1
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	1	1	1
Monitoreo basado en derechos	2	2	2	2
Manejo de casos	2	2	2	2

3 = Muchos, 2 = algunos, 1=Ninguno

Los principales facilitadores en el camino a la TB para la población migrante están dados por las entidades de salud y control que cada zona que se realiza a los casos detectados, existiendo políticas que facilitan la atención en salud a los migrantes.

Si bien, a través del grupo focal no se ha identificado contar con redes de apoyo de familiares y/o amigos, en algunas entrevistas realizadas manifestaron que su principal motivador para hacerle frente a esta situación de salud fue su entorno familiar, quienes le brindaron apoyo emocional y acompañamiento permanente:

“Cómo te dije a mi familia fue la que me llevó y me hicieron esa vaina, o sea, yo no yo no sabía dónde que era TB me hicieron las pruebas de esto, aquello y de una vez me pusieron el tratamiento”.

Destacan haber tenido la posibilidad de contar con apoyo médico, psicosocial, alimenticio y de seguimiento; aunque el servicio de salud pueda no llegar a ser el mejor en cuanto a calidad, todos manifestaron haber sido atendidos en sus diferentes etapas de la TB y, haber tenido el seguimiento necesario para el mismo.

Como se percibe a través de los testimonios, persiste la comparación con lo recibido en Venezuela y, aunque para el caso colombiano se encontraron falencias, respecto a la calidad con el país de su procedencia, hay una buena respuesta por parte de los participantes en el grupo focal. Destacan también, el monitoreo constante para sus diferentes etapas del proceso de la TB, incluso para aquellos que ya se encuentran en la fase final de su tratamiento.

Compromisos y participación significativos.

Los participantes refieren que no han tenido oportunidad de participar activamente en acciones relacionadas al diseño, implementación o monitoreo de intervenciones relacionadas a la TB, desconociendo alguna organización de apoyo.

7.1.3.3. Población clave: Habitante de calle

Descripción general de la población clave

Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

Autodescripción.

La comunidad que participó en el grupo focal, procedente del centro de la ciudad de Cali, se auto reconoce como habitante de calle, sabiendo además las consecuencias que esto ha traído para sus vidas, en particular en temas de salud y adicciones, autocuidado y rechazo de la familia. Aunque no pretenden salir de esta condición

“Pues que están sumergidos en su propia decadencia, en su propio entorno y sobre esa misma rutina... que es la droga, es lo que los mata. Todos los días se muere alguien... ayer se murió uno en la esquina y lo levantaron hoy y yo pienso que tenía tuberculosis, porque estaba inflamado la cara, qué pesar”

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

La comunidad de habitantes de calle del sector de Sucre en la ciudad de Cali entiende el rechazo que la sociedad tiene hacia ellos. Principalmente por sus condiciones de autocuidado y por sus hábitos de consumo.

Por el contrario, consideran que el Estado no los ha olvidado, sintiéndose y percibiéndose como los últimos en la cadena social, estando desposeídos de hogar, familia y lazos sociales diferentes a los encontrados en el mismo entorno, y creyéndose no merecedores de ningún trato digno, debido a su condición, sienten aun así que la presencia del Estado en su vida es buena; pues sin merecer nada, tienen acceso a la salud, alimentación y un lugar donde recurrir en busca de aseo y ropa.

“Nos ven como lo peor y como mantienen tan mal trajeados (trajeados)... y como usted sabe que todo entra por los ojos y es real, y es respetable, entonces cada cual se gana su trato. Una persona me dijo: -cómo quieres que te traten bien si mira cómo estás! - Y es real. Entonces la gente mantiene muy alejada de los llamados locos, porque se ganaron ese trato, se lo ganaron”.

“Me parece que, en medio de las dificultades, es aceptable, porque yo tengo VIH, tuberculosis, me estaba quedando ciego... me operaron de cataratas, he salido adelante porque el Estado me está ayudando... entonces es real y para mí es bueno”.

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

El principal desafío para las personas que han participado en el estudio y que son habitantes de calle radica en los hábitos que manejan entre la

comunidad o sus pares, ya que, aunque son conscientes de los riesgos que corren al prestar o intercambiar sus jeringas, pipas, cigarrillos, el intercambio y préstamos es también una forma de mostrar afecto entre ellos.

Además, saben que el estar inmersos en dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas, los hace propensos incluso a la muerte. Pero, teniendo allí su intercambio con pares, con personas a las que consideran como ellos, sin rechazo, sin discriminación, no ven estos riesgos como un motivo para dejar su condición de calle.

“¡Pues claro! Imagínate... por ejemplo vos tenéis... fumáis pipa y llega uno y te dice: -préstame la pipa- y se la presta, (entonces) ese se la presta a otro y ese a otro... es una cadena de no terminar, es un círculo vicioso interminable, es una cosa horrible, caótica. Estamos metidos en una problemática tremenda, tremenda... y lo peor es que muchos ni siquiera saben que la tienen, ¡qué es lo peor! Yo estoy en tratamiento, pero hay otros que ni saben dónde están ni parados. ¡Tenaz!”

Como describe la respuesta de TB

La respuesta encontrada siempre es positiva. Aunque analizando la atención integral, sólo cuentan con asistencia básica, para ellos que se consideran despojados y no merecedores de trato digno, es suficiente y adecuada la respuesta y apoyo que reciben. Máxime, porque no tienen que dejar su entorno o, porque si lo dejan, es acompañado por el apoyo técnico de la zona, persona que les genera confianza y con quien no se sienten discriminados.

“la realidad, yo hice la prueba acá... acá me la hicieron y gracias a Cesar que él fue el que me encaminó, porque él me vio una tos muy fea y escupía una flema muy espesa... él me dijo: -mijo, camine vamos y se hace la prueba y si llega a tener algo, yo mismo le hago las vueltas para que me lo atiendan-. ¡Entonces yo le hice caso, me hice la prueba y vea! Comencé el tratamiento como a los tres días, porque salió positivo y todo fue excelente”

“A mí la prueba me la hicieron acá (Fundación Samaritanos de la Calle), salió positivo y me tocó hacer unas diligencias con la muchacha que me colaboró... ir al hospital... ella fue conmigo, estuvo pendiente de mí y todo. Y después de eso ya me empezaron a dar las pastas. Y ya ahora... todos los días tengo que venir acá a tomármelas, aquí me las dan, sí. Me han facilitado, porque yo vengo aquí y me las dan... y el desayuno.”

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

La percepción de desafíos, en este grupo investigado, no era muy clara, ya que, como tal, todo se encuentra en el sector. Todo aquello que necesitan: desayuno, aseo, ropa, jeringas nuevas, medicamentos para tuberculosis, medicamentos para VIH, es lo que ellos consideran que necesitan, y se les facilita en el sector por medio de las entidades de salud que se desplazan o, por medio de las fundaciones que les proveen los servicios básicos.

Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico. Diagnóstico y tratamiento. Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

En el proceso de desarrollo del grupo focal con habitantes de calle no expresaron barreras para el acceso a la salud, esto en la medida que por su condición de vida consideran que reciben apoyo, como lo vamos a detallar en facilitadores.

A través de las revisiones bibliográficas existe intervenciones médicas realizadas en los últimos años en la capital y otras ciudades de Colombia mediante brigadas itinerantes, lo que no estaba bien establecido en la década del 2000 como obligación de los hospitales públicos. Después de esta intervención de “estandarización”, los habitantes de la calle continúan con sus vidas, alejados de las preocupaciones cotidianas de la lógica económica.

Género.

Antes de la visita al médico. Diagnóstico y tratamiento. Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

En ningún momento del camino de la TB se menciona por parte de los participantes el aspecto de género como una barrera, finalmente esto se contrastará con las entrevistas

Estigma.

Antes de la visita al médico. Diagnóstico y tratamiento. Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

Desde la mirada social al habitante en situación de calle se le adjudican diferentes categorías sociales como indigente que ha sido “marginado” por razones de pobreza o de desplazamiento forzado, que tiene una serie de necesidades y dificultades físicas, por lo cual está expuesto a una serie de carencias, por un lado puede generar sentimientos de compasión como tristeza e injusticia, pero por otro lado puede ser objeto de marginación y rechazo por temor ante el consumo de sustancias psicoactivas, mala higiene, inseguridad, situaciones de violencia, actos delictivos inclusive deficiente salud mental “locura” .

En la mirada de los propios habitantes de calle se ha mencionado situaciones de estigma en el contexto familiar, expresada en el abandono y rechazo por su condición de vida y acentuado por su condición de salud.

“Pues es un proceso muy difícil, donde lo rechazan a uno y pues para mí fue muy duro... porque recibí rechazo hasta de la misma familia”

“me deprimí mucho porque veía también la indiferencia con mi familia”

Financiero.

Antes de la visita al médico. Diagnóstico y tratamiento. Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

No se mencionan desafíos financieros que deban afrontar para el acceso a la atención de su salud, principalmente por su condición de habitante de calle no requieren solventar gastos ya que el sistema cubre todos los procedimientos, además existen diferentes organismos estatales o de la sociedad civil que son sus redes de apoyo para cubrir sus necesidades básicas.

Geográfico.

Antes de la visita al médico. Diagnóstico y tratamiento. Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

No se mencionan desafíos geográficos en la medida que existe programas de apoyo en salud a través de equipos itinerantes que les ofrecen atención o en los Centro Dia por lo cual no requieren desplazamiento.

Desafíos laborales.

Antes de la visita al médico. Diagnóstico y tratamiento. Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

Es evidente que las ofertas laborales para los habitantes de calle son restringidas, generalmente están en condición de analfabetismo, situaciones legales, indocumentación, algún tipo de discapacidad, consumo de sustancias psicoactivas, estigmatización por su situación de vida, entre otras desventajas.

Los habitantes de calle participantes en el grupo focal no mencionan desafíos laborales en el camino de la TB como una barrera de acceso a la atención integral en salud, ya que se encuentran cubiertos por el sistema de atención y otras redes de apoyo.

Cuadro N° 12: Desafíos que enfrenta la población clave Habitantes de Calle en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	1	1	1	1	1
Género.	1	1	1	1	1
Estigma	3	2	2	1	1
Financiero	1	1	1	1	1
Geográfico	1	1	1	1	1
Desafíos laborales	1	1	1	1	1

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

La población habitante de calle no sólo es consciente de su estado de calle y de consumo de sustancias psicoactivas, sino que de alguna manera consideran que, al tener estas dos condiciones, deben estar alejados de su estado de ciudadano, objeto de derechos. De este modo, y perdiendo una identificación con el resto de la sociedad, no toman en cuenta sus necesidades en salud, educación, vivienda, esparcimiento y, en muchos casos, también lo relacionado al autocuidado. Por lo cual, aun sabiendo que este deterioro puede causarles diferentes tipos de enfermedades, conllevan esta situación diaria como normal, habitual y cotidiana.

Por diferentes motivos, los habitantes de calle se han alejado de sus condiciones cohesionadoras típicas (hogar, religión, escuela) y se han recluido en condiciones cohesionadoras poco convencionales, pero para ellos, efectivas (consumo de drogas, hábitos sexuales sin protección, comportamientos poco convencionales). Y es en esta situación donde intervienen una serie de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que, intentan dignificar las condiciones de aquellas personas que en primera instancia se alejaron de la sociedad y, posteriormente fue la sociedad la que generó una cierta indiferencia a su estado.

Solo se menciona una barrera personal relacionada al estigma, percibido por el rechazo de parte de la familia, quienes no les prestaron apoyo por su situación de salud.

Por los motivos anteriormente planteados, los habitantes de calle se consideran no merecedores de condiciones dignas y si se quiere, tampoco se identifican como ciudadanos, dejando de lado los derechos a los que son objeto. Por lo cual, el apoyo que reciben de las instituciones que hacen presencia en el sector, es tomada como una dádiva, aunque sea un servicio de obligatorio cumplimiento en otros escenarios sociales, como lo es la salud. En este sentido, el hecho de poder tomarse un examen y recibir el medicamento para su respectivo tratamiento, no sólo es tomado como un acto de generosidad, sino que rebasa aquello que ellos consideran, merecen y de ahí que no encuentren barreras en el proceso de su tratamiento, aunque, desde otra óptica, únicamente están recibiendo el respectivo medicamento para el tratamiento y no una atención integral.

Facilitadores en la cascada de TB

Proveedores de salud

Ven a los proveedores de salud como un facilitador, principalmente porque no les han negado el servicio, independientemente de sus diagnósticos. Es de aclarar, que ellos son atendidos en la red centro, en las diferentes entidades prestadoras de salud de esta red.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado.

Los proveedores de salud son identificados como facilitador en la atención, recibiendo apoyo en la gestión de los procesos de cuidado, hospitalización y buen trato,

“A mí me dejaron hospitalizada de una, no me negaron el servicio ni el tratamiento”

“conforme a lo del médico, me trataron muy bien. Duré hospitalizada dos meses, porque lo tenía muy avanzado y mi tratamiento lo hice por 7 meses muy juiciosa... pero hubo esto de que... (tenía) las defensas muy bajitas y en ese momento ya mi vida no era igual... mi vida cambió totalmente. A partir de ese momento mantengo débil y enferma, y por nada me da gripa.”

Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

Se reconoce el apoyo del personal de salud en el interés para que continúen y culminen con el tratamiento, esto se da a través de las visitas que le realizan tanto en los lugares que frecuentan como en los centros alberge.

“Una bendición. Porque cuando se dieron cuenta, de una me apoyaron... mantenían pendientes y cuando yo de pronto no iba a tomarme la pasta, me venían a buscar a la calle para que viniera a tomarme la droga y me la traían. Y siempre estuvo doña Carmenza la del puesto de salud... ahí pendiente al lado mío que yo terminara mi tratamiento y con la ayuda de dios, a ella y a mi papá, lo pude terminar y más que todo como yo mantenía en la calle...ellas me buscaban. Sabían dónde yo mantenía y ahí me buscaban y muchas veces me llevaban alimento”

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

Aunque no cuentan con una red familiar que los apoye, cuentan con la red de apoyo de las diferentes entidades que hacen presencia en el sector y para ellos, este apoyo es suficiente, ya que es el principal y en muchas ocasiones, el único.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado.

Para acceder a los servicios de salud identifican organizaciones que les brindan apoyo y seguimiento cuando presentaron sintomatología de TB, haciéndoles el acompañamiento para incorporarlos al sistema o cuando les dispensan el tratamiento antirretroviral para aquellos que tienen VIH.

“Pues por medio de corporaciones... para que nos pasan las antirretrovirales, la medicina para los pulmones... de esa manera, a través de personas que trabajan en entidades.”

“la realidad, yo hice la prueba acá... acá me la hicieron y gracias a Cesar que él fue el que me encaminó, porque él me vio una tos muy fea y escupía una flema muy espesa... él me dijo: -mijo, camine vamos y se hace la prueba y si llega a tener algo, yo mismo le hago las vueltas para que me lo atiendan-. ¡Entonces yo le hice caso, me hice la prueba y vea! Comencé el tratamiento como a los tres días, porque salió positivo”

“Por medio de las jeringas (corporación viviendo). Ellos le dicen a uno que, si quiere hacerse el examen para tuberculosis, para VIH. Salí positivo, el otro positivo y listo, comencé el programa. (Entonces) a mí me atienden en la clínica Colombia para las retrovirales y para los pulmones, en el Obrero”

Continuar con el tratamiento

Agradecen el interés de las organizaciones de apoyo para continuar con el tratamiento y culminarlo; tenemos una mención importante que menciona que la motivación para culminar el tratamiento de manera exitosa fue el temor de transmitir la TB a su padre.

“Excelente, para qué... muy buena atención y pendiente la gente del proceso y todo... yo no tengo familia, entonces el proceso ha sido con César, con Doris... para qué”

“Al principio fue duro para mí, pero ya después... por mi bien yo iba y muchas veces que dejaba de ir, me venían a buscar. Pero llegó un tiempo que yo pensé las cosas y no quería contagiar a mi padre, que fue el que siempre me apoyó con esta enfermedad... yo iba juiciosa hasta que terminé mi tratamiento por 7 meses”.

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Mencionan y agradecen no sólo el apoyo recibido en el proceso, sino la calidez con la que son atendidos por las personas que llevan su proceso en el día a día. Que para ellos se convierte en su cadena de apoyo para todo. Si bien reciben este apoyo y orientación de los que llevan los servicios al sector y de los hospitales cuando han tenido que asistir, el contacto con otras entidades externas a su sector no es común para ellos.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado.

Tener el apoyo de organizaciones y fundaciones benéficas ha sido un facilitador importante en el acceso a servicios de salud y el diagnóstico ya que lograron identificarles a tiempo los síntomas de TB en los lugares donde cohabitan.

“A mí la prueba me la hicieron acá (Fundación Samaritanos de la Calle), salió positivo y me tocó hacer unas diligencias con la muchacha que me colaboró... ir al hospital... ella fue conmigo, estuvo pendiente de mí y todo. Y después de eso ya me empezaron a dar las pastas. Y ya ahora... todos los días tengo que venir acá a tomármelas, aquí me las dan, sí. Me han facilitado, porque yo vengo aquí y me las dan... y el desayuno”

“la realidad, yo hice la prueba acá... acá me la hicieron y gracias a Cesar que él fue el que me encaminó, porque él me vio una tos muy fea y escupía una flema muy espesa... él me dijo: -mijo, camine vamos y se hace la prueba y si llega a tener algo, yo mismo le hago las vueltas para que me lo atiendan-. ¡Entonces yo le hice caso, me hice la prueba y vea! Comencé el tratamiento como a los tres días, porque salió positivo”

Continuar con el tratamiento

Para continuar con el tratamiento y culminarlo identifican que tienen una red de apoyo eficaz que estuvieron atentos motivándolo para que no dejen de tomar la medicación, haciéndoles tomar conciencia de la importancia de recuperar su salud. Otro apoyo recibido por las organizaciones es el apoyo emocional debido a las situaciones de discriminación que los induce a abandonar el tratamiento.

“Ninguno, ninguno. Todo se me prestó fácil, tengo una cadena de apoyo bastante robusta... las muchachas de las jeringas que se llama María del Carmen... ella tiene mucha gente conocida y me estima mucho y siempre me recuerda que vaya por mi medicina y listo. Y yo que vivo en otro barrio... si usted tiene este problema y si no hace por usted eso, quién lo va a hacer... si tú no lo haces, no lo va a hacer nadie por usted. Es usted el que toma la decisión o paila (cae en problemas) y en mi caso sería de locos dejarlo (risas)”

“La mayoría con desprecio y como si uno los fuera a contagiar, porque yo lo viví y fue muy duro. Estuve en el psicólogo por eso... me deprimí mucho porque veía también la indiferencia con mi familia”

“Al principio fue duro para mí, ¿no? Pero ya después... por mi bien yo iba y muchas veces que dejaba de ir, me venían a buscar. Pero llegó un tiempo que yo pensé las cosas y no quería contagiar a mi padre, que fue el que siempre me apoyó con esta enfermedad... yo iba juiciosa hasta que terminé mi tratamiento por 7 meses”.

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

La población habitante de calle cuenta con diferentes rutas en salud y este acceso a la salud es gratuito. Tanto hospitalización, atención médica y medicamentos. Es de aclarar, sin embargo, que ellos no acuden a estos servicios. Únicamente los utilizan, cuando los llevan al sector por medio de campañas o cuando se sienten muy enfermos y piden apoyo a las entidades que hacen presencia o intervención directa. Y en ningún proceso del tratamiento, ni en el acceso al servicio de salud, tienen costo alguno.

“A mí me dejaron hospitalizada de una, no me negaron el servicio ni el tratamiento”

“Bien, aceptable. No han cobrado ni un peso por el tratamiento, ni por nada, todos son muy amables”

“Nada. Para mí hasta ahora es aceptable... a mí me lo detectaron, me dijeron dónde tengo que recogerlo, lo recojo, me atienden bien... o sea que no puedo decir nada. Para mí es aceptable, aceptable.”

“Todo fue excelente”

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento. Finalizar el tratamiento

Según lo descrito por los participantes, no han tenido monitoreo, ya que los servicios con los que cuentan se les dan o brindan, en los momentos que asisten a su desayuno y/o baño, en horas de la mañana. Después de este momento o tiempo, no tienen forma de contactarlos, ya que se desenvuelven entre sus pares y en sus hábitos de consumo. Y aunque hacen campañas constantes para que otras personas se hagan pruebas, son los habitantes de calle, los que deciden tomar o no estos servicios. Quienes toman estos servicios, tienen una alta oportunidad de terminar el tratamiento, siempre y cuando permitan que las entidades de salud los busquen cuando no asistan a la institución y, con las personas participantes en este grupo focal, tienen un deseo de finalizar sus tratamientos y, por lo mismo están identificados. Sin embargo, ellos mismos cuentan que existen otros casos donde no les interesa su salud o iniciar un tratamiento. Cabe señalar que el tema de la alimentación que se les provee es una motivación para asistir por los medicamentos.

“El que es adicto y más aquí en este entorno de Sucre... las barreras que tienen es que están tan sumergidos en la problemática de la droga que no les interesa en lo absoluto ni siquiera darse cuenta de que tienen esa vaina”

“por lo menos la peladita que vive conmigo, yo sé que ella tiene que tener tuberculosis también, pero ella no quiere hacerse el examen... ella dice que yo la estoy enfermando de boca, pero si ella ha tenido contacto conmigo y si yo la tengo, ella también la tiene que tener... y (entonces) unas muchachas iban pasando por aquí por la 15, con unos tarritos y vestidas así como Doris se viste y yo les pedí el favor que si podían ir a un cambuche donde nosotros vivimos y ellas fueron conmigo... y la peladita escupió y echó en el tarrito. Entonces vamos a ver qué le dicen... nosotros le dijimos que vivíamos ahí y entonces ellas dijeron que, si salía positivo, ellas venían ahí a buscarla...Y eso fue hace tres días, pero por lo menos ya escupió en el tarrito. Y eso fue lo bueno que yo hice... y esa gente para qué, esas muchachas muy formales”

“Y después de eso ya me empezaron a dar las pastas. Y ya ahora... todos los días tengo que venir acá a tomármelas, aquí me las dan, sí. Me han facilitado, porque yo vengo aquí y me las dan... y el desayuno”

“Mi padre y las enfermeras que me venían a buscar donde yo mantenía, cuando no iba al centro de salud a tomarme la droga”

Cuadro N° 13: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave habitante de calle.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	3	3	3	3
Familia	1	1	3	3
Parientes	1	1	1	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y material	1	1	1	1
Apoyo psicológico y emocional	1	1	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	3	3	3	3
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	3	3	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	1	1
Manejo de casos	1	1	1	1

3 = Muchos, 2 =algunos, 1=Ninguno

Es importante tener en cuenta que la Política pública social para habitantes de la calle considera acciones para garantizar y restablecer sus derechos e inclusión social, desarrollándose acciones de manera integral, a través de la articulación interinstitucional e intersectorial, a nivel nacional como en los niveles territoriales, para prevenir y mejorar su bienestar integral.

Las redes de apoyo que tienen las personas habitantes de calle pueden servir como mecanismo para afrontar los retos y dificultades que se presentan al habitar en la calle, las instituciones oficiales son la principal fuente de ayuda, así como otras redes de ayuda extensas: familiares, organizaciones privadas, organizaciones no gubernamentales instituciones religiosas, amigos u otros¹⁴

Esto va en concordancia con lo encontrado a través del grupo focal con la población habitante de calle, el apoyo encontrado en las personas de las diferentes organizaciones que intervienen en el sector no sólo es de importancia por el tema de la alimentación, medicamentos y aseo personal, sino que sienten en ellos confianza y cierta familiaridad que se ha ganado con la constancia del personal de salud, pues llegan a conocer sus historias y sienten por parte del personal de salud, un trato amable, cálido, sin discriminación por su situación o estado. Quienes permiten o deciden recibir y aceptar el apoyo, cuentan con una alta probabilidad de finalizar con el tratamiento, pues la constancia del personal social y médico del sector permite generar los lazos de confianza necesarios para hablar con ellos sin tabúes, miedos o desconfianza.

Sin embargo, este avance se ha dado por el apoyo que encuentran en

¹⁴ Alcaldía Mayor de Bogotá DC (2019). Boletín: Habitantes de Calle y Redes de apoyo. 2019 No. 6. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_6_observatorio_poblacional_diferencial_y_de_familias_ok.pdf

organizaciones como la fundación Samaritanos de la calle, lugar donde pueden encontrar un espacio cálido, pero sin condiciones que los haga sentirse manipulados o donde se sientan juzgados. Las normas mínimas se dan en cuanto a la constancia y el no uso de armas y consumo de drogas en los espacios comunes, pero saliendo de allí, todos pueden volver a sus diferentes rutinas, sin por ello negarles en algún momento la atención, el servicio y/o el trato respetuoso.

Compromisos y participación significativos.

Se evidencia desconocimiento sobre participación en intervenciones de TB, o que se mencione haber realizado algún reclamo relacionado a TB. Al respecto debe considerarse la necesidad de brindarles información sobre organizaciones, e instancias que respalden a las EPS, asimismo para poder vincularlos y hacerles partícipes de intervenciones en la TB, siempre y cuando ellos consideren participar en estos espacios.

7.1.3.4. Población clave: Pobres Urbanos

Descripción general de la población clave: Pobres Urbanos

Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB Autodescripción.

La comunidad que participó en el grupo focal, procedente del oriente de la ciudad de Cali tiene una autodescripción de sí misma como trabajadora y aunque carecen de facilidades, comodidades y de servicios más eficientes en salud, tienen deseos de progreso y dignificación de sus condiciones de vida.

yo soy una persona que dependo de mí misma, pero me toca caminar para trabajar...para trabajar es ambulante, vendiendo en las calles.

... yo he sido una persona que siempre he trabajado (como) independiente... entonces el ingreso (es) para mantener la familia

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

En general, la percepción que describen de las otras personas está basada en la relación positiva que tienen con sus familiares y con sus compañeros de trabajo; la socialización que llevan a cabo es principalmente con estos dos grupos.

“Mi familia me trata muy bien. Porque la tuberculosis que yo tengo no es maligna, no más la tengo soy yo. A mí doña Mercedes nos dio una charla y nos dijo que no me fueran a discriminar porque yo tengo eso... no, mi tuberculosis no es pegajosa. Y ya, a mí me tratan bien”.

“Hasta ahora me han tratado muy bien, más que todo mi familia y los compañeros de trabajo que saben... pues yo les he dado a entender que

no es contagiosa ni nada, y normal. Hasta ahora no he tenido problemas con nadie”.

Para esta población, la presencia del Estado se vive real y directamente, en los establecimientos de salud; en ese orden de ideas, tienen una buena percepción de la manera en que el Estado los trata, mencionan que entablan una buena relación con las personas designadas para su atención, aunque también son conscientes que los servicios podrían mejorar, por ejemplo en situaciones en las que no tenían disponible pruebas específicas para el diagnóstico de TB resistente, lo cual afectó el diagnóstico oportuno de uno de los participantes; del mismo modo, no había disponibilidad de tratamiento para este tipo de TB.

“En el caso mío, a mí me lo entrega Comfenalco sede sur y la verdad he tenido problemas, porque sabiendo que la tuberculosis que yo tengo no es pulmonar... yo esperaba que... listo, los resultados están bien en la prueba de esputo, pero eso sobraba, porque no iba a salir nada ahí. Yo pienso que el tratamiento fue malo, porque si a mí me hubieran descubierto que la tuberculosis era resistente, no hubiera sido necesario operarme. Entonces eso es lo que yo le critico demasiado a Comfenalco a la hora del manejo”.

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

El principal desafío que enfrenta la población en pobreza extrema y que los hace particularmente vulnerables a la TB, son los tipos de trabajo o labores que deben realizar para ganar su sustento diario; principalmente, esta población vive de lo que se conoce como “el rebusque”, es decir, no cuentan con estabilidad laboral y el sustento lo consiguen diariamente en diferentes tipos de lugares y trabajos. De ahí que el constante movimiento y contacto con muchas personas los hace vulnerables al contagio de TB.

“Que haya diferencia, la verdad no creo. Si, uno está más expuesto porque como uno trabaja más... en el caso mío, yo trabajaba de mensajero y le hacían mandados a la gente... entonces yo estaba en contacto con mucha gente. Entonces ahí es donde uno, según el trabajo que tenga... por ejemplo, a un recepcionista le puede quedar muy fácil también, porque el contacto es con demasiadas personas. De que tenga o no tenga recursos, eso ya no tiene nada que ver, pero sí está mucho más expuesto, dependiendo del empleo que tenga.”

Como describe la respuesta de TB

Aunque en la respuesta a iniciar el tratamiento, es relativamente rápida, los inconvenientes que se presentan son aquellos inherentes al servicio de salud al que tienen acceso y derecho. Estos servicios de salud, según mencionan los participantes, es demorado y en ocasiones hay vacíos en el tratamiento por falta del medicamento. Sin contar la carencia de los demás servicios a los que pueden acceder en cuanto al tratamiento integral.

“A mí me da el medicamento la secretaría de salud, a mí no me la manda

ninguna droguería... es que sean más eficientes con la droga, porque a mí hay veces que se me demora como 15 o 20 días y eso me va haciendo mal a mí. La recomendación que yo daría sería esa... que la EPS o la secretaría de salud estuviera más pendiente con la gente que sufre de eso.”

“Pues yo sí puedo dar una recomendación muy grande y es que por lo menos... en el caso del señor que está aquí, él dice que no es pulmonar, entonces le dieron el mismo tetra-conjugado que me empezaron dando a mí... yo recomiendo que primero hagan el estudio para saber qué tipo de medicamento mata la bacteria de tuberculosis que tenga el paciente... no es que -tenga, tómeselo y ya, que, porque la mayoría son así, entonces tómeselo y ya-. Porque lo que me pasó a mí... el médico me dijo que no se sacó una muestra lo suficiente, para hacer el análisis de qué antibiótico mataba la bacteria, sino que -tómese esto y ya, porque a todos se les da así, hacer algo completo, algo bien hecho, no por salir del paso”.

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Derecho y acceso a la salud

El derecho a la salud para la población de pobres urbanos que participaron en el grupo focal no es un desafío en cuanto a acceso, pero sí en cuanto a la calidad de este. Porque dado que todos cuentan con Sisbén A (o) B, tiene acceso a la salud de forma gratuita.

Que este servicio, en muchas ocasiones no sea eficiente o sea demorado, sí fue la queja recurrente entre los participantes del grupo focal. Pues como tal, no es un servicio eficiente, aunque no sea negado. Y, la demora en diagnósticos, tratamientos o exámenes generó en un paciente, un caso de negligencia médica y con ello deterioro de su salud, al punto de llevar más de un año incapacitado y encontrarse en búsqueda de una pensión por invalidez.

Antes de la visita al médico. Entre la visita al médico y el diagnóstico

En estos dos momentos de la cascada de atención encontramos que han tenido acceso al servicio, la dificultad es la demora en la prestación del servicio, este problema condujo a la dilación en la identificación oportuna de la TB MDR

“Hasta ahora ninguno, porque hay que esperar, porque apenas estoy empezando. Este lunes pasado me hicieron un examen, pero no me han dado los resultados todavía”

“En el caso mío, a mí me lo entrega Comfenalco sede sur y la verdad he tenido problemas, porque sabiendo que la tuberculosis que yo tengo no es pulmonar... yo esperaba que... listo, los resultados están bien en la prueba de esputo, pero eso sobraba, porque no iba a salir nada ahí. Yo pienso que el tratamiento fue malo, porque si a mí me hubieran descubierto que la tuberculosis era resistente, no hubiera sido necesario operarme. Entonces eso es lo que yo le critico demasiado a Comfenalco a la hora del manejo”

Diagnóstico y tratamiento

Entre el diagnóstico y tratamiento se dieron situaciones de demora en las citas por la falta de especialistas en el marco de la pandemia de COVID 19, produciendo un agravamiento de su salud.

“Y qué me dijeron ellos? No, es que el infectólogo me dijo: -no, es que usted está de malas, porque a usted le tocó pandemia y en la pandemia no habían infectólogo, entonces nada, por eso no se le pudo hacer los estudios a usted como era- Porque se supone que ellos tienen que conseguir la cita con el especialista. Yo estuve llamando y nunca conseguía y a los 8 meses de tratamiento me dijeron que había que operarlo”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento

Quienes tuvieron que ser hospitalizados comentan que también sufrieron retrasos en la dispensación de la medicación.

“A mí, el diagnóstico me lo dieron cuando yo ya estaba enfermo, entonces a mí de una me entubaron. Yo pasé como un mes y seis días en coma y de ahí me pasaron para la clínica Carlos Holmes y ahí ya empezaron a darme el medicamento y todo eso. Pero hasta ahora, muy bien... a veces se demora la secretaría de salud (en darle el medicamento), yo me he demorado hasta ocho días sin que me llegue el medicamento, pero ahí lo gestionan y me lo hacen llegar y me siento muy bien, porque me lo estoy tomando juiciosamente”

Durante el tratamiento ambulatorio.

Durante el tratamiento ambulatorio se presentaron los efectos adversos a la medicación, pero no pudieron acceder a la consulta médica oportuna para hacerle frente a esta situación.

“Sí he tenido inconvenientes a la hora de tomarme el medicamento, porque como ya he intoxicado el cuerpo demasiado tiempo, me tomo el medicamento y me pongo muy mal... me duele la cabeza, me da vómito y la persona que me lleva el medicamento hace el reporte diario sobre estos síntomas... entonces, ese es el inconveniente y lo que dice el infectólogo es que no se puede suspender, pero él en realidad no sabe cómo está evolucionando la tuberculosis... él está basado solamente en lo que dice el papel y ese es el problema más grande que yo le veo. Siempre dicen que ese es el tratamiento, pero no es que le digan... que dependiendo de la tuberculosis se debe manejar diferente”

Género.

Antes de la visita al médico. Entre la visita al médico y el diagnóstico. fase hospitalaria en el tratamiento, durante el tratamiento ambulatorio

En el grupo focal para pobres urbanos, no se encontró información relevante o adicional al respecto de la dimensión relacionada con las barreras de género, en el camino de la TB, por lo cual, los tópicos de categorización no aplican para este caso específico.

Estigma.

Antes de la visita al médico. Entre la visita al médico y el diagnóstico. fase hospitalaria en el tratamiento, durante el tratamiento ambulatorio

En el grupo focal para pobres urbanos, no se encontró información relevante o adicional al respecto de la dimensión relacionada con el estigma, en el camino de la TB. Hay una sospecha del estigma que pueden llegar a sufrir o vivir por su condición de salud, pero no han tenido experiencias directas relacionadas con el estigma. Por lo cual, los tópicos no aplican para este caso específico, más allá del ejemplo que ponen, puede llegar a suceder.

“La verdad, la mía también es extrapulmonar, no es contagiosa. Pero lo que uno trata es que la gente no sepa, porque la realidad sí hay rechazo por eso... la mayoría de gente piensa que es pulmonar, que es contagiosa, que hay que separar el plato, la cuchara, el vaso. Entonces ese es el inconveniente. La gente no sabe diferenciar los tipos de tuberculosis que hay, que son bastantes... y la gente piensa que todo es pulmonar, que usted tose, le echa saliva a la persona y ya, lo puede contagiar... entonces hay rechazo, por eso lo que uno trata es que la gente no se dé cuenta, y si no saben, no hay rechazo en realidad. Es decir, como ocultarlo”

Financiero.

El problema financiero es transversal a la población viviendo en pobreza, ya que el dinero que consiguen a diario es precisamente para sus gastos diarios, y cuando deben conseguir dinero para un desplazamiento extra o para apoyar el tratamiento, esto se complejiza. Esta población no cuenta con trabajos estables, están en lo que se llama la informalidad laboral o el rebusque. Y en estas condiciones limitadas de ingresos económicos, apoyar su tratamiento o lo que derive del mismo, se vuelve un desafío y una barrera para continuar de manera exitosa el tratamiento. No es una barrera para finalizar el tratamiento, pues el medicamento es gratuito, pero apoyar económicamente en casa, en su estado de salud y, tratar de aportar al tratamiento con alimentación suficiente, no es algo factible para esta población.

Antes de la visita al médico Entre la visita al médico y el diagnóstico

Se expresa como una limitación para acceder a recibir atención médica que incluya el diagnóstico a la situación del COVID, eso ha retrasado la atención.

“Bien, hice unos exámenes allá en Carlos Holmes, que no haya nada de enfermedad... ya luego vine aquí a Potrero y ya salí con la enfermedad y pues, me dijeron que el tratamiento era a 6 meses... yo no estuve enferma de hospital, no. Ya de ahí me vine a tomar el medicamento acá y lo tengo acá”

“Y qué me dijeron ellos? No, es que el infectólogo me dijo: -no, es que usted está de malas, porque a usted le tocó pandemia y en la pandemia no habían infectólogo, entonces nada, por eso no se le pudo hacer los estudios a usted como era- Porque se supone que ellos tienen que

conseguir la cita con el especialista. Yo estuve llamando y nunca conseguía y a los 8 meses de tratamiento me dijeron que había que operarlo.”

Diagnóstico y tratamiento, Durante la fase hospitalaria del tratamiento

En esta fase a algunos PAT les ofrecieron ayudas económicas para solventar gastos, pero no fue materializado, debiendo asumir gastos adicionales con sus propios recursos.

“después de tomar el medicamento, hay que comer bien, pero si uno no está produciendo. A mí me dijeron... me llamaron del programa de la TB, que me iban a dar unas ayudas, no sé qué, pero nunca me salieron con nada. Entonces de momento, eso es lo que más me está afectando. De hecho, a mí me dio anemia y el médico me dijo que tenía que comer así y asá, pero uno cómo hace... si no puede salir a trabajar. En el caso mío, yo trabajaba en la moto y a mí me prohibieron la moto... entonces es muy complicado”.

“porque yo soy una persona que dependo de mí misma, pero me toca caminar para trabajar...para trabajar es ambulante, vendiendo en las calles. Aunque tengo una moto, lo mío es caminando. Y este problema que tengo es que como apenas lleva un mes que inicié el tratamiento, todavía me canso. Yo siento el pecho que me canso... subo dos o tres pisos y siento algo en el pecho, como un cansancio. Entonces así es muy difícil”

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se cuenta con información suficiente al respecto.

Geográfico.

El inconveniente en la localización cobra peso a la hora de desplazarse por el medicamento, por temas financieros, tal como se detalló en la descripción anterior. Sin embargo, los participantes en el grupo focal contaron también cómo han podido resolver este inconveniente, para poder permanecer en el tratamiento.

Antes de la visita al médico

El desplazamiento hacia los centros de atención es identificado como una barrera debido a que tienen que acudir en horarios muy tempranos y esto es dificultoso debido a la debilidad física.

“Pues de facilidades, el horario más temprano para uno poder coger un bus y todo eso, porque si uno no alcanza el bus, no se toma las pastas y uno tiene que ser muy puntual con las pastas, ¿porque eso es un tratamiento que tiene uno que seguir...”

Entre la visita al médico y el diagnóstico. Diagnóstico y tratamiento. Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

Como podemos apreciar por los comentarios en todos los momentos de atención de la TB identifican la barrera geográfica como la dificultad que deben afrontar por la distancia del centro de atención con sus domicilios, algunas personas han tenido que vivir con familiares para estar más cerca.

“Entonces tuve que irme a vivir a un punto que me quedara cerca un puesto de salud, para recibir las pastas diariamente y, este tratamiento mío va por seis meses y apenas voy a cumplir los dos meses.”

“Yo digo que lo primero, es transporte. Porque hay personas que viven muy lejos y tienen que pagar para el bus y todo eso. Porque para las pastas... eso se lo dan a uno la secretaría de salud y... yo creo que el transporte, porque yo vivo lejos y todo eso. Pero no más. Porque gracias a dios en la casa no falta nada. “

“Yo al principio, no tenía problemas de desplazamiento, porque tenía la moto... cuando ya, después de la cirugía, me empezaron a mandar el medicamento a la casa.”

“Me dieron 6 meses para tomar la droga y ya luego me devuelvo para mi casa, porque yo soy de Barbacoas-Nariño. Estoy es donde una hija mientras termino el tratamiento”

Desafíos laborales.

Antes de la visita al médico. Entre la visita al médico y el diagnóstico. Diagnóstico y tratamiento

El desafío laboral se ha presentado para aquellos casos donde por su condición de salud han tenido que dejar de trabajar por un tiempo o definitivamente, sin tener un apoyo adicional o integral en el proceso, más allá de la incapacidad que prescribe el médico. También, en aquellos casos donde el enfermo es el proveedor del hogar y ya no cuenta con la vitalidad que tenía, previo al diagnóstico TB.

“Y este problema que tengo es que como apenas lleva un mes que inicié el tratamiento, todavía me canso. Yo siento el pecho que me canso... subo dos o tres pisos y siento algo como un cansancio. ¿Entonces así es muy difícil, sí me entiende?”

“Pues para mí ha sido, porque ya llevo dos meses, porque yo soy una persona que dependo de mí misma, pero me toca caminar para trabajar...para trabajar es ambulante, vendiendo en las calles. Aunque tengo una moto, lo mío es caminando.”

“después de tomar el medicamento, hay que comer bien, pero si uno no está produciendo. A mí me dijeron... me llamaron del programa de la TBC ..., que me iban a dar unas ayudas, no sé qué, pero nunca me salieron con nada. Entonces de momento, eso es lo que más me está afectando. De hecho, a mí me dio anemia y el médico me dijo que tenía que comer así y así, pero uno cómo hace... si no puede salir a trabajar. En el caso mío, yo trabajaba en la moto y a mí me prohibieron la moto... entonces es muy complicado”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento. Durante el tratamiento ambulatorio.

No se cuenta con información en estos momentos de la cascada de atención.

Cuadro N° 14: Desafíos que enfrenta la población clave Pobres Urbanos en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	3	3	3	3	1
Género.	1	1	1	1	1
Estigma	1	1	1	1	1
Financiero	3	3	3	3	1
Geográfico	2	2	2	2	1
Desafíos laborales	3	3	3	3	1

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Entre los principales desafíos o barreras que enfrenta la población pobre urbana en relación al derecho y acceso a la salud, está asociado a la demora en el diagnóstico, debido a la sobre carga de pacientes que acude al establecimiento de salud, en especial en estos últimos años por el COVID, postergando y retrasando el inicio oportuno del diagnóstico; en segundo lugar, está el factor económico que está presente en las personas en condición de pobreza urbana, porque al conocer el diagnóstico suelen dejar de trabajar por el estado de debilidad física. Esto va de la mano con el desafío laboral en todos los momentos del camino a la TB, se da principalmente en los hogares en situación de pobreza no todos tienen actividad laboral estable, ya que muchos desarrollan trabajos a nivel informal.

Finalmente, y en menor grado, la barrera geográfica es identificada, señalando que a pesar de que los establecimientos de salud están relativamente cerca a sus domicilios, en algunas ocasiones no es así. Y deben trasladar sus sitios de residencia cerca a los centros de salud designados o, deben llegar a acuerdos con los designados para la entrega de medicamentos, cuando por diferentes motivos, no alcanzan a llegar a recibir su medicamento.

Facilitadores en la cascada de TB

Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento Finalizar el tratamiento

Ven a los proveedores de salud como facilitadores, en cabeza de quienes son atendidos directamente en los puestos de salud, principalmente porque

sienten un trato digno y cálido, más no por la calidad en el servicio.

“Hasta ahora estos dos meses que llevo... lo que ha sido en Comuneros II, Charco Azul y el puesto de salud de Cauquita... me han tratado muy bien

La facilidad más grande ha sido después de la cirugía. Después de la cirugía, han sido facilidades para todo. Es decir, cita con infectólogo y si no las puedo sacar, llamo al que maneja el programa en Comfenalco y él me la saca. Igualmente tengo cita agendada con el médico de la TBC, me llevan el medicamento a la casa... Después de la cirugía, sí han sido muchas facilidades, pero antes... la verdad fue lo contrario

“A mí (puesto de salud Potrero Grande), yo puedo hablar porque me toca aquí y a mí me han tratado muy bien. El doctor Julián es el que me da el medicamento a mí y yo llego y de una, para qué, me han tratado muy bien. Aquí me tratan muy bien. A mí, el medicamento me lo iban a mandar a Píamos, al centro de salud de allá, pero yo pedí que me lo trajeran acá, porque la atención es mejor y todo eso.”

“Pues no tuve ninguno. Yo ya no tengo que venir por el medicamento, porque yo lo terminé el diciembre. A mí me dijeron que volviera a los 6 meses para ver. Cada ocho días yo venía por el medicamento”

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado.

Para el caso del grupo focal de pobreza extrema, sus familiares apoyan en proceso, aunque el apoyo tiene una connotación más moral que económica, esta red hace posible que los pacientes puedan continuar con su tratamiento, pues reciben un trato amable y aparentemente sin discriminación o estigma por parte de su red social más próxima.

“Hasta ahora, todo se me ha facilitado, porque como me operaron en el departamental y como yo tengo una hermana que trabaja allá, ella me saca las citas o, con el médico acá”

“Mi familia me trata muy bien. Porque la tuberculosis que yo tengo no es maligna, no más la tengo soy yo. A mí doña Mercedes nos dio una charla y nos dijo que no me fueran a discriminar porque yo tengo eso... no, mi tuberculosis no es pegajosa. Y ya, a mí me tratan bien”

Continuar con el tratamiento - Finalizar el tratamiento

En estos dos momentos también se identifica a los miembros del núcleo familiar quienes les brindan soporte, y apoyo emocional para continuar y concluir con el tratamiento

“Hasta ahora me han tratado muy bien, más que todo mi familia y los compañeros de trabajo que saben... pues yo les he dado a entender que no es contagiosa ni nada, y normal. Hasta ahora no he tenido problemas con nadie”

“yo soy de Barbacoas-Nariño. Estoy es donde una hija mientras termino

el tratamiento.”

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento Finalizar el tratamiento

Los participantes, manifestaron un desconocimiento acerca de la asistencia o diferentes apoyos a los que tienen derecho, hacen referencia a los que reciben en los puestos de salud; desconociendo otras entidades que los orienten frente a violación de sus derechos, negligencia médica o mal diagnóstico.

“La facilidad más grande ha sido después de la cirugía. Después de la cirugía, han sido facilidades para todo. Es decir, cita con infectólogo y si no las puedo sacar, llamo al que maneja el programa en Comfenalco y él me la saca. Igualmente tengo cita agendada con el médico de la TBC, me llevan el medicamento a la casa... Después de la cirugía, sí han sido muchas facilidades, pero antes... la verdad fue lo contrario.”

“Bien, aquí me han tratado bien, me lo dieron constante y cuando tenía que ir a Comuneros, iba y siempre lo reclamaba acá, porque yo ya lo terminé”

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento Finalizar el tratamiento

La población en pobreza extrema cuenta con un Sisbén en niveles A (o) B, lo que garantiza un acceso a la salud de forma gratuita. Tanto en consultas, tratamientos, operaciones, medicamentos. Y esto es justo lo que manifestaron y reconocieron en el grupo focal, este aspecto es transversal para cualquier etapa del tratamiento.

“Que el servicio es gratuito”

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud. Ser diagnosticado. Continuar con el tratamiento Finalizar el tratamiento

Para la población que vive en pobreza, aunque el servicio no es negado, sí se encontraron fallas en el acceso y continuidad del proceso. Aunque de los participantes, ninguno ha desertado, es evidente que la falta de control, más allá del protocolo de atención, ha generado para el caso de negligencia, el tratamiento se halla postergado a más de dos años y medio, sin una respuesta favorable para el paciente.

“Por ahora está muy prematuro, porque apenas voy a completar los dos primeros meses. De ahí me toca con la doctora Mercedes a ver cómo he evolucionado... por ahora no puedo decir nada, hasta que yo no vea la

evolución en mí y no puedo decir nada a favor ni nada en contra a ver si el medicamento me está haciendo provecho o no... porque el ahogo está todavía, pero como está tan prematuro, esto necesita de tiempo. Por ahora no puedo juzgar ni una parte, ni la otra”

Cuadro N° 15: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave Pobres Urbanos.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	3	3	3	3
Familia	3	3	3	3
Parientes	1	1	1	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y material	1	1	1	1
Apoyo psicológico y emocional	1	2	2	1
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	3	3	3	3
Monitoreo basado en derechos	2	2	2	2
Manejo de casos	1	1	1	1

3 = Muchos, 2 =algunos, 1=Ninguno

Los principales facilitadores en el camino a la TB para la población pobres urbanos, es el rol de la familia, que se ha manifestado desde el inicio de los síntomas, apoyando en el acompañamiento al centro de atención, en el proceso de diagnóstico y tratamiento para generar la adherencia; en segundo lugar, se encuentra la labor que desarrollan los proveedores de salud desde el inicio de tratamiento que incluye soporte emocional para sobrellevar el tratamiento, y seguimiento en el tratamiento.

Se valora la actitud e interés de los profesionales de salud en cuanto al seguimiento para evitar el abandono, valorando las charlas brindadas, en la facilidad que ponen para encontrar otros espacios en la entrega del medicamento y, si es del caso, llevarlo directamente a la casa, además del trato digno que manifiestan los pacientes participantes en el grupo focal. De igual manera, se considera importante el acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos y la asistencia recibida por las EPS, pero más allá de este servicio, no cuentan con apoyo o sustento económico ni, alimenticio.

Compromisos y participación significativos.

Se identifica que la población en situación de pobreza no ha tenido participación de manera activa en procesos de empoderamiento que les permita

intervenir a través de sus contribuciones y aportes basados en su experiencia de vida para apoyar a sus pares.

Aunque en general los pacientes de este grupo focal contaron diferentes casos de demora en medicamentos y exámenes, es de resaltar el caso con mayor negligencia médica, ya que, a partir del testimonio del participante, no sólo contó con un mal diagnóstico y a partir de ello con un mal tratamiento, sino que su vida familiar y económica se vio afectada. A la fecha, lleva dos años en tratamiento y con ello en un deterioro de su salud y relaciones familiares, sin contar con una orientación adecuada sobre cómo resolver de la mejor manera su situación.

“Lo que sí fue que estuve tentado a demandar a Comfenalco por negligencia médica, pero luego el abogado me dijo que tengo que conseguir un médico que esté dispuesto a declarar contra otro médico, y eso es algo que es (difícil). Y la verdad no me compliqué la vida y ahorita estoy es... sí estoy con psiquiatría, porque la verdad he tenido ideas suicidas, porque en realidad... yo cargaba la niña, yo jugaba con ella (su hija), y la cirugía me dejó tan mal, que yo no puedo levantar más de 5 kilos, me dijo el médico. Entonces ya no puedo saltar, montar bicicleta... porque una caída, en el caso que quedó expuesta la médula, en una caída puedo quedar inválido. Para mí eso ha sido muy duro.”

7.2 Exploración e Identificación de las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB.

7.2.1. Entrevistas

7.2.1.1. Comprensión y experiencia de la TB

Comprensión de la TB

Causas de la enfermedad y cura.

La mayoría de los hombres y mujeres entrevistadas han referido que la manera en la que se transmite la TB es por el aire al toser, que daña los pulmones, y requiere tratamiento.

“Bueno, pues la tuberculosis básicamente transmite, pues, por el aire, entonces por eso es que por eso es que de pronto, cuando las personas tosen o así, y digamos que se puede alojar en varias partes del cuerpo...pues tiene curación al cabo de, no sé, nueve meses, seis meses, hay más personas nueve meses, hay otras personas seis meses bueno que se puede dar, digamos, resistencias al medicamento, por eso es que el tratamiento es debe supervisado ...” (HOMBRE)

“Creo que es una infección que más que todo es por el contagio de saliva, porque uno tose y eso tiene mucho que ver, pero a nosotros también nos deberían cómo dar más información sobre ¿qué es en particular? y sobre ¿de dónde sale? y todo eso, eso si no lo sé” (MUJER)

“... sobre lo que me causó...y como yo trabajo en la calle, atendiendo la

gente (tiene venta de arepas), entonces estoy expuesta todo el día y todos los días a que alguien con tuberculosis se me acerque, me hable y si yo no tengo tapabocas... ahí me infecto... "(MUJER)

Además, refieren que la TB tiene cura mediante el tratamiento; sin embargo, se puede volver a reactivar si se está expuesto, o también si se interrumpe o no se culmina el tratamiento.

"...dicen que no es mortal pero sí es mortal a la vez, porque si tú no te cuidas y no haces el tratamiento, tú te empeoras, por ejemplo, el tratamiento son 6 meses, pero por ejemplo a mí yo lo paré al mes y "pico" y me tocó volver a empezarlo, ósea otra vez volver desde el principio. Son 3 pastillas rojas grandes y maltratan mucho, te causa rasquiñas, te dan muchos dolores de estómago, pues, efectos secundarios, brotes..." (MUJER)

Se identifica que las personas con mayor vulnerabilidad a contraer la TB son quienes viven en condiciones de pobreza extrema, tienen exposición con otras personas que tienen la TB, deficientes hábitos de autocuidado, consumo de sustancias psicoactivas. Refieren que los más expuestos son los habitantes de calle, actualmente las personas migrantes debido a las condiciones de vida por las cuales tuvieron que emigrar de su país.

"porque en calle las personas se relacionan con otras personas como quienes venden comida en las calles, las trabajadoras sexuales, las personas habitantes de calle que comparten "pipas", cigarros. Es por ello que muchas veces no hay hábitos de autocuidado sobre el contacto de los objetos, de lo que se bebe o de lo que consumen"

"Es una infección pulmonar bastante grave estaba erradicada por lo menos en mi país, pero con el auge otra vez de la hambruna de todo el abastecimiento y todo eso, volvió a resurgir otra vez, sobre todo en las poblaciones de escasos recursos, las que sufren de confinamiento como en las cárceles más que todas las de Venezuela te da mucho ese tipo de flagelo. (HOMBRE MIGRANTE)

También hay conocimiento que la TB puede ser extrapulmonar, y ciertamente la mayor presentación es pulmonar con serias repercusiones.

"...ataca directamente los pulmones, pero no deja de atacar otras partes del cuerpo: como el estómago, los riñones, el hígado. Trae muchas consecuencias: auditivas, por lo menos, mucha gente queda oxígeno-dependiente. Por la gravedad de la "bazuca" más que todo que es uno de los factores de la tuberculosis, es que las pipas traen unos imanes por debajo y eso suelta unas partículas que se pegan a los pulmones y causan "roticos", fisuras, entonces esas fisuras se llenan de bacterias y hacen que el pulmón prácticamente se pierda. A mí prácticamente me tienen que hacer una cirugía porque el pulmón no me sirve prácticamente para nada". (MUJER)

También se encuentra que entre los entrevistados tanto varones como mujeres existe un desconocimiento real de los síntomas, por lo que al presentarse fueron relacionados con afecciones pasajeras como una gripe.

"No sabía que le quitaba el apetito, lo ponía a sudar a uno, lo adelgazaba, pero cuando me dio a mí, cuando lo viví, ya me jui dando dé cuenta de los síntomas, porque yo pensaba regularmente que

era una gripa normal y yo no me la cuidaba, porque pues...Y me quedó como una tos eterna.... "(MUJER)

"Bueno pues, según el estudio de los médicos, porque yo ni sabía que era eso, lo que pasa es que yo manejo una tractomula y yo viajo mucho para Buenaventura. Entonces los médicos me dijeron que la puerta de entrada de la tuberculosis es Buenaventura. Yo venía con una desnutrición severa, porque no tenía ganas ni de comer, yo estaba trabajando ..." (HOMBRE)

"No sé cómo me dio tuberculosis porque yo no sentía nada, eso me salió allá en la clínica, yo estaba con quimioterapias en ese momento y me sintieron mucha "tosecita" y me mandaron a hacer ese examen y salió positivo. No sé qué me lo causó. "(HOMBRE)

En las personas con VIH relacionan la causa principal de exposición a la TB el deterioro inmunológico.

"Pues a mí en lo personal me lo causo de tanto fumar y mucha fiesta... y pues también me dio debido al virus que tengo (VIH) pues por lo que se bajan mucho las defensas y pues suele contagiarme..." (MUJER TRANS)

Como entiende su comunidad la TB.

Algunas mujeres refieren que la comunidad percibe a la TB como contagiosa, cargado de estigma por la condición física asociada a la TB. El desconocimiento de la enfermedad y el manejo de esta conlleva a prácticas de aislamiento al interior de los hogares, así como maltrato a la persona con TB.

"pues, yo la primera vez que había escuchado de la tuberculosis fue en Venezuela, porque nosotros teníamos unos vecinos lejanos por así decirlo y los iba a visitar mucho a ellos y detrás de la casa de ellos, había una casa humilde donde yo siempre escuchaba los llantos de alguien y no sabía porque hasta que yo un día pregunté y me dijeron que: "no, que tenían una muchacha encerrada en un cuarto porque tenía tuberculosis y ya la tenía muy avanzada y no la podían sacar de ese cuarto porque podía contagiar a todos" y yo pensé eso, pues yo pensé: "no pues, la tuberculosis te da, te encierran en un cuarto y tú te mueres ahí encerrado" - (MUJER)

"hay gente que me las eché de enemiga, yo me eché a una señora de enemiga, porque ella me vio cuando llegué a la casa y me dijo "ay usted tan flaquita" ...y me dijo: "eso pega y mata" ...y yo le dije: "pero yo ya voy por la segunda etapa y la doctora me dijo que estuviera tranquila que eso ya no pegaba, ...y me dijo: "no hija, yo a su casa no vuelvo más" (MUJER)

Un dato importante para tener en cuenta en este análisis es lo que ocurre en las comunidades indígenas, donde se confía más en la medicina tradicional por lo cual al identificar a una persona con síntomas de TB, no es abordada inmediatamente retrasando el ingreso al sistema de salud, estas creencias pueden conllevar el retraso de un diagnóstico y tratamiento oportuno y por consiguiente posible mortalidad en esta población.

"... entonces muchas veces el curandero pues entonces, la gente muchas veces ha pasado que, con tuberculosis en las comunidades, piensan que se puede curar fácilmente y es difícil de hacerles entender a ellos que

tiene que ser con un tratamiento con medicina y todo el cuento, entonces se puede dar mucha, mortalidad en comunidades indígenas, porque ellos son muy reacios a que al tratamiento.” (HOMBRE)

Experiencia con la TB.

Experiencia en el primer episodio de TB.

Lo más significativo expuesto sobre la experiencia de TB, ha sido que la mayoría de los hombres y algunas mujeres señalan que hubo un descuido que retrasó el diagnóstico de TB.

“A mí me empezó la tos como a principios del año del 2021, como en mayo me comenzó. Pero era una tos leve. Ya como el octubre, ya era muy fuerte... que yo tosía y se me venía el vómito. La verdad, a mí me mandaron el examen del COVID, pero a mí me daba miedo hacérmelo y no me lo hice. La verdad, yo fui descuidada con mi salud, porque a mí me mandaban exámenes y yo... yo venía al médico, pero no me hacía los exámenes, entonces duré bastante tiempo con la tos. De hecho, estuve hospitalizada con base a eso, pero... no tanto por la tuberculosis, sino porque, como tomaba los medicamentos y estaba trabajando, no me alimentaba bien, y como los medicamentos eran muy fuerte, me salió un aire en el pulmón izquierdo y me hospitalizaron”. (MUJER)

“Pues, la verdad es que a mí me daban gripes y yo siempre me las curaba con pastillas y té y como uno a veces no siente que tiene acá como esos servicios médicos a la mano, entonces uno a veces va y ni lo atienden a uno. Yo decía: “bueno, es una gripe normal, yo con un té y una pastilla me lo curo y ya” (MUJER MIGRANTE)

“Yo ya llevaba tres meses con la tos cuando fui al médico... porque ya la debilidad y todo eso, el agotamiento... yo caminaba 5 pasos y me agitaba, me tocaba parar, o alzaba algo y me sentía ahogado” (HOMBRE)

Algunos hombres y mujeres refieren que el diagnóstico de TB se dio a raíz de la presentación de signos y síntomas los cuales inicialmente no fueron asociados con la TB, al acudir a consulta particular no les realizaron el descarte de TB y por el contrario le prescribieron medicamentos que debieron adquirir sin lograr la remisión de los síntomas.

“Yo me aguante esa tuberculosis aproximadamente 4 meses en la casa, con un dolor en el “cerebro” que yo era como loca, me volvió loca, por eso me hospitalizaron, porque me volvió loca. Yo era con un dolor en el “cerebro” que yo no me soportaba, todo esto era mejor dicho como ¡pa’ partice!, yo era como ¿pero esto qué será? Me llevaban al médico particular y me decía que era debilidad, me mandaban vitaminas y nada ¡la misma cosa! Me llevaban a la farmacia para que me inyectaran ¡la misma cosa! (MUJER)

“Pues haber yo estuve enfermo pero no sabía que tenía TB a mí me empezó a doler la cadera del lado izquierdo y no podía caminar, entonces pues a mí muchos me decían que era el nervio ciático, que era bueno mil cosas, fui a la EPS, hice un poco de tratamientos que me mandaron hacer, me sacaron pruebas de sangre me hicieron de todo, y en ultimas

me dijeron no, que era un nervio perdón un tendón que se me estaba inflamando, ...y fui a la clínica porque yo me baje 59 kilos a 43 kilos, entonces por eso me hospitalizaron, y ahí fue donde me salió todo...”
(HOMBRE)

Algunas mujeres refieren que, sumado al ejercicio de la automedicación, también hubo demora y retraso en el diagnóstico, lo cual dificultó el inicio de tratamiento de TB.

“Lo que pasa es que yo, como desde diciembre... yo presenté tos y esa tos se iba, volvía, (pero) llego enero y llegó febrero... yo tomaba jarabes normales, remedios caseros, pero se me iba por dos semanas y volvía. Entonces mi hija mayor me dijo que eso no era normal, porque yo estaba sufriendo de mucha tos. Y me dijo que consultara al médico ... cuando me hicieron los estudios en el mismo abril, se demoró como 15 días los resultados y sí... positiva para tuberculosis. (MUJER)

yo mantenía haciéndome remedios caseros, me tomaba el jarabe que me decían, el otro... entonces en todo eso fue mucho el tiempo que perdí. Si yo hubiera consultado al médico rápido, ya hasta había salido de esto, pero me dejé automedicar y no hice nada bueno con eso (MUJER)

Permiso para obtener atención médica.

Para buscar atención médica, tanto hombres como mujeres entrevistadas no tuvieron que solicitar permiso, porque comentan que son personas independientes. La persona que se encontraba laborando solicitó permiso en su trabajo y se lo brindaron para hacerse los chequeos respectivos.

“... pues yo hablé con mi esposa le dije que pues yo estaba muy mal y que iba a ver qué era lo que tenía y hablé con mi jefe en la empresa y le dije que necesitaba un mes de licencia para poder ir al médico y mirar a ver qué era lo que yo tenía y me dieron el mes, pero en ese mes fue que me hospitalizaron, ósea como la enfermedad pues grave, ósea yo no sabía que tenía eso y ahí fue donde me diagnosticaron la TB...” (HOMBRE)

7.2.1.2. Detalles sobre el último episodio de enfermedad.

Por qué se contagió y que hizo al darse cuenta de que tenía TB.

La mayoría personas entrevistadas que tuvieron la TB en más de una oportunidad desconocen la razón por la cual se vieron expuestas al contagio de TB. En este último episodio señalan que los síntomas fueron diferentes a la primera vez.

“La verdad es que ni idea ni idea porque eso hace muchísimos años ...digamos, empezaron los síntomas ya interpretaba como los síntomas de la primera vez, no porque era distinto porque a mí no me dio ni todos ni su duración ni fiebre, fueron los mismos síntomas, ni siquiera pensé que era tuberculosis...” (HOMBRE)

“Mira que la verdad, todavía me lo pregunto. Como yo mantenía tanto en la calle, la verdad es que uno como está joven, uno cree que a uno no le pasa nada... me mojaba, si hacía frío estaba escotada y todo el cuento.

Pero no sé... alguien que yo supiera que lo tuvo...” (MUJER)

Algunos hombres y mujeres entrevistadas consideran que la exposición está relacionada a condiciones de vulnerabilidad como la coinfección TB/VIH, ser habitantes de calle y consumo de sustancias psicoactivas.

“eso me comenzó fue una gripa, y eso no se me quitaba, eso fue aproximadamente por hace unos 4 meses, eso no se me quitaba, y fiebre, dolor en los huesos, dolor de cabeza, y yo “pero esto tan raro” y yo por haberle echado la culpa al virus (VIH), no al COVID sino a ese “quiebra huesos”, yo decía: “esto es quiebra huesos, me cayó el quiebre de huesos” Cuando ya empezó a darme diarrea yo dije: “no esto no es eso, esto es otra cosa, esto es algo más” (MUJER)

“Pues... me dio esa tos y esa tos y se me vino la sangre por la boca, entonces ahí fue que me di cuenta de que tenía eso. ... En el momento que la doctora de la hernia me vio esa tos y me mandó un examen de esputo. Entonces en el momento yo tosía y botaba sangre...entonces yo le recogí esa muestra a la doctora y ella me mandó una ecografía pulmonar y ahí fue que salieron los resultados... y salí positivo para tuberculosis. Entonces ya fue cuando empecé el proceso...” (HOMBRE)

“Es Cada “ratico” me metía al hospital, yo me vi muy cogida del vicio y me enfermaba mucho de asma, me asfixiaba mucho, cada “ratico” iba al hospital, mejor dicho, al mes, iba 2 veces al hospital y me dejaban hospitalizada una semana o así con neumonía o bronconeumonía o bronquitis, pero me hacían la prueba, yo rogaba para que me diera tuberculosis porque estaba muy cogida, estaba aburrída de ese vicio y quería que me internaran...” (MUJER)

“la primera vez todavía no fumaba “bazuca”, fue hace como 5 o 6 años, y no fumaba “bazuca”, me contagie por un cigarrillo porque pasaba el cigarrillo y una de las personas con las que yo fumaba cigarrillo tenía tuberculosis. En ese entonces vivía en mi casa en Belén Rincón; me hicieron los exámenes, porque aparecía con mucha fiebre, fui adelgazando mucho, me daba dificultad respiratoria, mucha tos; me llevaron al hospital, me hicieron la prueba BK, y salí positiva...” (MUJER)

Algunos hombres expresaron que fue la familia quien los motivó a la atención médica debido a la persistencia de los síntomas, además, la familia formó parte de los cuidados durante el tratamiento.

“...Eso tampoco me dio tos, claro, estaba bien era como el dolor en el... ni siquiera dolor, era como que perdía de fuerza en un pie y me empezó a doler la columna o la espalda, pero no me dio síntomas de fiebre ni nada de eso.... Me entero de todo por mi familia yo no fui voluntariamente, a mí me llevaron obligado con el médico y el médico fue el que me dijo el diagnóstico.” (HOMBRE)

En relación con el tratamiento y efectos secundarios.

La mayoría de las mujeres entrevistadas señalan diferentes efectos adversos durante el proceso de tratamiento, por lo cual han tenido que indicarles medicamentos adicionales para atenuar los malestares provocados por el tratamiento antituberculoso. Entre los efectos adversos más comunes se menciona: dolor en las extremidades inferiores, alergias, caída del cabello, dolor

de cabeza, náuseas y malestares estomacales.

“...en las noches yo no podía dormir, porque me despertaba porque se me dormían las piernas, eran como unos calambres horribles que no podía ni pararme a caminar, es como si te estuvieran golpeando las piernas, así como con una piedra y yo me paraba en las noches era llorando o en las madrugadas porque dolía mucho. Siempre me salían alergias, tenía brotes en la cara, en los brazos, en la parte del pecho, era demasiado brote, el cabello se me estaba cayendo, como cosa normal el orín cambia de color, se pone como naranjado oscuro. (MUJER)

“...allá en “Barranca” tampoco me habían dicho que tenía que tomar protector gástrico para esas pastillas, Omeprazol porque esas pastillas eran muy fuertes, por lo menos los primeros dos meses, las pastillas tienen la misma fórmula, pero hay unas que son como más fuertes que otras y las de los 2 primeros meses eran más grandes y me tocaba tomarme 3 diarias, y por lo menos la primera vez yo me las tome en ayunas porque me habían dicho que era en ayunas...” (MUJER)

Algunos hombres entrevistados refieren que durante el tratamiento no han presentado efectos adversos y mayor complicación al respecto.

“A mí no me dio nada y eso da mucha cosa, no me dio ningún efecto. Esa gente quedó asustada porque yo no sentía nada con este medicamento. En una cita que tengo, ahí mismo me preguntan ¿qué has sentido? y yo gracias a Dios no siento nada”. (HOMBRE)

Apoyo durante el tratamiento.

Tanto varones como mujeres refieren que el principal apoyo durante el tratamiento ha sido la familia; este apoyo ha sido económico, apoyo moral, apoyo en su alimentación y acompañamiento durante hospitalización. Cabe resaltar que el apoyo de la familia vino principalmente de madres, hermanas o pareja.

“Pues la primera vez mi pareja me ayudo durante un tiempo y la segunda mi familia, fueron los que estuvieron allí para ayudarme...Yo lo que hacía era comer frutas, ensaladas de frutas sin queso ni helado solo la fruta, eso me ayudaba con mi alimentación”. (HOMBRE)

“Pues mi familia si me ha ayudado mucho estuvieron mucho conmigo en el tiempo que estuve hospitalizada me fui con ellos porque antes vivía independientemente acá en el centro, trabajaba pues en las calles; y pagaba diario mi hotel y mis cosas ya cuando vi que no podía más sola me fui con ellos, entonces ahí ha estado el apoyo muy grande porque si no los tuviera a ellos digamos que todavía estuviera enferma, con un tratamiento y todavía trabajando.” (MUJER TRANS)

“Primero que todo a mi hermana, que está conmigo, después a mis hijas y, las personas más allegadas a uno, que son con las que uno más está cerca.” (HOMBRE)

“tenía que comer, comprar mis cosas entonces eso me llevaba a trabajar en las calles prostitución por decirlo así. Pero ya con la ayuda de mis papás pues no volví a trabajar en eso”. (MUJER)

Además del apoyo familiar recibido, destacan la importancia de hacer un cambio en sus hábitos de vida, esta es una medida de autoapoyo generado por la necesidad de sentirse bien y recuperarse.

“Pues ya trato de fumar menos, trato de no... compartir pues obviamente ya no fumo cigarrillo, pero sí de vez en cuando fumo marihuana, entonces trato de no compartir pues mis cosas de uso con la boca o los labios con las otras personas, trato también de alejarme de personas que yo sepa que están muy enfermas de los pulmones, entonces también me alejo un poquito.” (MUJER)

“pues yo trataba de caminar, yo caminaba mucho, porque de cierta forma como me daban los dolores en las piernas y todo eso, los doctores también me decían que, ósea, que no me podía quedar acostada o sentada todo el día, que tratara de caminar, de tomarme siempre un té de hierbas con limón, o miel, porque por lo menos el jengibre con miel y limón siempre lo tomaba para que me limpiara por dentro y botara como la flema y pues eso me estaba ayudando muchísimo...” (MUJER)

Cambio en su vida y contactos después del diagnóstico.

Como se mencionó líneas arriba, las mujeres refieren principalmente que cambiaron en su estilo de vida, reducción del consumo de drogas, evitar la sobre exposición de salir a la calle y estar en contacto con otras personas.

“Pues cambiar mi estilo de vida porque antes de entrarle a todo eso me gustaba mucho rumbear, tomar, me gustaba mucho las drogas, tomar muchas pepas... pues si llevaba una vida muy desordenada y pues como trabajaba en la calle si se prestaba para todo ese tipo de cosas y ahora que estoy en este tratamiento trato de no salir tanto a la calle, de no rumbear. Pues ya no consumo drogas como antes pues no digo que no pero sí de vez en cuando fumo, pero ya no como antes que todo el día estaba fumando, ya no volví a salir más que al centro, a esos lugares que frecuentaba no... pues ya me mantengo más en mi casa...” (MUJER)

Uno se cuida, yo por ejemplo ya no prestaba pipas o cuando compraba, compraba lapicero nuevo, pero ¿qué pasa? que tú ya cuando estás muy “carramaniao” como decimos nosotros, tú ya estás sin pipa, sin candela, sin nada, entonces tienes una “traba” entonces le toca prestarle la pipa a alguien, para que te la preste y tu poder consumir porque no te da para más. (MUJER)

Este cambio de estilos de vida también es mencionado por algunos varones, quienes han mejorado sus hábitos de alimentación, así como, dejar el consumo de sustancias psicoactivas.

“Sí, porque en ese momento con las quimioterapias se bajan mucho las defensas y el VIH también, entonces uno tiene que estar muy bien alimentado. Tomando jugos, comiendo bien, frutas, no falta el sancocho, los frijoles, comida pues normal, en los jugos, en las frutas. Me alimento bien y por eso es que mantengo las defensas tan buenas, en esa alimentación que yo hago, entonces si me está sirviendo”. (HOMBRE)

“Un giro de 360 grados, porque yo era un consumidor empedernido y después de eso yo ya no pienso sino en recuperarme a mi estado normal... porque me enflaquecí demasiado y todo eso, perdí demasiado

peso y muy débil. Por un lado, le doy gracias a dios... me dio esta enfermedad, pero me quitó otra... y vamos a ver si Dios lo permite.”
(HOMBRE)

De manera positiva refieren que hubo cambios en sus relaciones familiares, revalorando el vínculo familiar.

“sí, yo cambié en, por ejemplo, yo me quedaba hasta 1 mes, 2 meses sin llamar a mi mamá, y yo era ¿hay para que la voy a llamar si yo sé que está viva? decía yo “yo sé que ella está viva”. Yo cojo y si amanece “ama ¿cómo amaneció? Dios la bendiga”, “a hija, yo amanecí bien”, “ah esas son cosas que me alegran madre, que haya amanecido bien”. Uno aprende, esas enfermedades o esos hospitales a uno lo ponen ¡mejor dicho! (MUJER)

Inicio de tratamiento.

Entre los comentarios de hombres y mujeres encontramos que el inicio del tratamiento fue variable en cuanto al tiempo, algunas EPS tienen mayor celeridad en las citas como en los procedimientos para realizar el diagnóstico.

“No se demoraron, es que toda la noche me hicieron los exámenes, fue el mismo día, ósea la misma noche me dieron los resultados.” (HOMBRE)

“Eso sí fue como a los ocho días que empecé, fue rápido, Que me llamaron de acá (centro de salud del Obrero), que me acercara para empezar con el medicamento.” (MUJER)

“Desde julio hasta enero, julio agosto septiembre, noviembre, diciembre casi seis meses. La EPS, a la EPS, pero fue el resultado que me dieron, y yo seguí trabajando normal, yo seguía trabajando normal, hasta cuando ya no pude, yo dije ya no puedo trabajar más voy para el médico.”
(HOMBRE)

Acceso a los servicios de salud para TB.

La mayoría de los hombres y mujeres entrevistadas refiere una demora en el acceso a la atención de los servicios de salud, ya sea por no contar con una EPS, demora en los diagnósticos o la demora en traslado a diferentes lugares para el acceso al tratamiento. En el caso de no tener aseguramiento deben abonar una cantidad de dinero para ser atendidos mientras realizan los trámites de aseguramiento.

“...Yo fui a muchas partes, me tocó ir a Bello, al Marco Fidel Suarez a Prado para ver si me daban el tratamiento. En ninguna parte te dan tratamiento, tienes que tu ir todos los días, entonces es un problema para el habitante de calle que no encierra, manejar una tuberculosis, porque por ejemplo yo digo, sí a mí me hubieran dado, por ejemplo, el tratamiento, yo me lo estaría tomando, pues el que se quiere curar, así esté en la calle, pero se va a tomar su tratamiento diario, porque nos cierran las puertas en Centro Día”. (MUJER)

“... así... no me quería sacar el líquido. En el HUV ahí fue que me (atendieron)... la corporación de lucha contra el sida me remitió para allá

y gracias a dios ahí fue que me pudieron sacar los líquidos”. (HOMBRE)

“sí, porque no tenía el seguro médico y ahí como que sí, la atención si fue como que: “ahh, es que, si no tienes el seguro pues, no te podemos atender, tendrías que pagar” pero te dan como la opción de pago, (MUJER MIGRANTE)

Acceso a los servicios de salud para otras patologías.

La mayoría de los hombres y mujeres refieren que tuvieron acceso a otros servicios de salud para el abordaje de otras patologías, como por ejemplo a Psiquiatría, Psicología, Odontología, Infectología por VIH, Dermatología, principalmente.

“sí, por lo menos, ellos me daban citas para el ginecólogo, el psicólogo, el dentista, para esta parte de la dermatología, la vista y todo. Yo si tuve citas con el psicólogo, con el dentista que también me lo mandaron, con el ginecólogo y pues todo bien.” (MUJER)

“Y ahora último estoy yendo a odontología y una cuestión de los ojos que ya fui y me dieron la cita de las gafas y todo. Y para todo esto, tengo que ir a diferentes centros de salud. El de nutricionista y psicólogo, me toca ir al diamante o al Carlos Holmes”. (HOMBRE)

7.2.1.3. Descripción del estigma y sus influencias

Conocimiento del diagnóstico y su entorno cercano.

Algunas mujeres y varones entrevistados señalan que informaron el diagnóstico de TB a las personas de su entorno familiar y con algunas amistades muy cercanas. Reconocen que existe estigma al respecto y tienen temor a que tomen actitudes de alejamiento.

“Si, y muchos de esos “mis amigos”, unos me dejaron de hablar, los otros los que yo llamo amigos pues, llaman a preguntar, ya saben que tienen que ponerse el tapabocas para ir a visitarte, pero más de la mitad de los amigos se alejan. Ahí te das tú de cuenta quién es realmente tu amigo de verdad”. (MUJER)

“Al principio con mi esposa sí estaba como queriendo cambiar, pero ya después hablamos, porque ella también estaba asustada, porque ella también tenía tos y todo eso. Entonces la misma enfermera le ayudó para que le hicieran la prueba y gracias a dios salió negativo. Con mis compañeros todo sigue normal, pero yo como aparte... Antes que una gaseosa para todos... no. Tómese su gaseosa yo aquí tengo lo mío, fue algo así.” (HOMBRE)

Trato recibido en los establecimientos de salud.

Al respecto, hombres y mujeres entrevistadas están satisfechas por el trato recibido por parte de los profesionales de salud, resaltando el apoyo para agilizar los procesos y las expresiones de ánimo que les brindan para continuar el tratamiento y no abandonarlo.

“Muy bien, el auxiliar es muy cordial. Él me ha tratado con confianza y me da ánimo... hasta me dice que ya casi terminamos, y así. Porque yo he estado juiciosa con mi tratamiento, también” (MUJER)

*“No, hasta ahora gracias a dios, no. Todo ha sido muy bueno.”
(HOMBRE)*

“Ella llegó (la enfermera) y primero que todo me mandaron a hacer las radiografías...y al laboratorio las tres muestras. Y ese mismo día me consiguió que el doctor me atendiera y me diera las radiografías... y ella misma me las hizo tomar en el Carlos Holmes. Entonces cuando ya me iba a venir, me dijo: sí podés tener algo, porque en las radiografías el doctor miró y si te sale algo feo en los pulmones. No te vas a azarar, cálmate que esperamos los resultados de los exámenes.” (HOMBRE)

Experiencia con el estigma.

Sobre experiencias relacionadas con el estigma se encuentran diversos comentarios; algunas mujeres refieren que han experimentado estigma en el ámbito familiar, así como en su comunidad, esto se evidenció por el alejamiento y rechazo al contacto físico.

“Muchísimo, ¡hasta mi mamá! porque a veces yo me sentía como que mi mamá me rechazaba mucho por esa enfermedad, se dañó mucho mi relación con mi mamá, porque yo sentía que ella me rechazaba mucho por mi enfermedad...” (MUJER)

“o la fui a abrazar y la señora me hizo un super rechazo, que yo me temple, así como que, ¡respira, respira, respira y no vallas a llorar! y la hija de ella y otra compañera más, me pasaron por el lado y ni me saludaron y se sentía mucho el rechazo de las personas y había muchos que eran como: “no, no, no te acerques, no te acerques, ¿el tapabocas?” y yo como que ¡sí! pero ya no lo tengo que usar, “no, no, no, hay que prevenir porque tú”. (MUJER)

Otro ámbito en el que han experimentado estigma es en los hospitales o clínicas, fundamentalmente cuando las personas tienen la coinfección TB/VIH.

“Sí, sí, en la fundación de los samaritanos. A veces hay como comentarios malintencionados, como que no entienden, como que yo quisiera... yo tengo que entender a la gente antes que ellos me entiendan a mí. Entonces hace como quince días que hubo una reunión que me tocó, yo levanté la mano y pedí la palabra y dije que yo tenía un permiso porque yo estoy pasando por tres enfermedades que son cáncer, los pulmones y después el herpes...(MUJER)

Cómo te dije antes había mucha discriminación, mucho estigma, inclusive para que me inyectaran se demoraban mucho, me hacían esperar mucho tiempo hasta que la enfermera se desocupara. (HOMBRE)

Se menciona que las expresiones de estigma y discriminación se ven acentuadas cuando las personas son habitantes de calle, esto debido a sus condiciones de vida y aspecto físico.

“Si, bastante, muchísimo, porque a veces a ti el hambre te obliga a pedir, pues cuando tú no robas ni nada de eso, es mejor pedir, pero tú vas de pronto y te paras, uno con un hambre bien “berraca”, pasas por una

panadería y veo gente, y hay gente que es muy humana y te brinda, pero los dueños de las panaderías de una vez: “váyanse, váyanse” y hay unos que hasta nos echan agua, no más por el hecho de acercarse, sin entrar a la panadería y sin nada, solamente por pedir, ya te insultan, te tratan mal. (MUJER)

Una mujer trans entrevistada refiere que aún existe estigma y discriminación en la sociedad debido a su orientación sexual e identidad de género.

“Todo el tiempo, toda la vida desde que tengo uso de razón... pues discriminación por mi elección sexual, por mi forma de ser, por muchas cosas lo discriminan a uno, entonces sí he sufrido de eso, pero es algo normal y pienso que todo el mundo le hace todo el mundo sufre de eso pues yo pienso...no creo que sea la única persona.” (MUJER TRANS)

También hay expresiones de entrevistados quienes refieren no haber sido víctimas de estigma ni discriminación, por el contrario, se han sentido aceptadas en su identidad de género como lo refiere una mujer trans entrevistada. Un varón con coinfección TB/VIH recibió apoyo emocional y consejos en su centro laboral

“Eh... no, porque incluso en los hospitales los médicos me preguntaban cómo me gustaba que me llamaran porque obviamente sabían que no era mujer biológicamente, pero sabían de mi inclinación trans, entonces nunca me discriminaron con eso”. (MUJER TRANS)

“...sí, yo pienso eso, yo todo eso me lo imaginaba, yo pensaba que si en la empresa..., como allá no sabían nada de lo del VIH, que si se daban cuenta de pronto me sacaban del trabajo, yo todo eso lo pensaba. Ahí fue cuando me dijeron que me cuidara yo y que cuidara a los compañeros, entonces no me rechazaron que eso era lo que yo pensaba, que me iban a rechazar...” (HOMBRE)

7.2.1.4. Barreras y facilitadores en el camino de la TB

Barreras en el camino de la TB

Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

La principal barrera identificada por algunos hombres y mujeres en relación con el acceso a la salud previo a la cita del médico es el desconocimiento en la identificación de síntomas y relacionarlos con la TB, acudieron al servicio de salud cuando estos síntomas se agravaron.

“...pasaron bastantes, por ahí 4 meses, yo lo sentía, pero no le “paré bolas” porque pensé que era una gripa y como yo sufría de asma, y metía “perico” en ese tiempo, pero no metía pipa, pensé que era por eso, por el consumo de “perico” que de pronto me congestionaba, pensé que era una neumonía o algo así, y no, resultado que era una tuberculosis...” (MUJER)

“Yo venía desde... por ahí un año con una tosecita, pero yo no le paraba bolas. Cuando fue que me dio el problema de la columna, fue que se me

puso más grave.” (HOMBRE)

“...pues yo estuve como una semana con tos, porque yo estuve todo un año buscando trabajo, pues a uno el emigrante venezolano, pues lo tienen muy tachado ¿no? entonces a mí me toco ir a los semáforos a trabajar cantando y bailando y pues un día estaba lloviendo y nos tocó bailar así a todo un grupo y yo desde ese día quede cómo con gripa, ahí empecé a toser y a toser y yo dije: “pues, esto es una gripa normal” entonces fui al médico a la semana y fue que me dijeron que tenía bronconeumonía, luego pasó la semana del tratamiento que fueron en realidad 2 semanas y ya a la tercera semana fue que llegó mi mamá y al siguiente día fui... fue más o menos como un mes para que después me detectaron que tenía tuberculosis” (MUJER MIGRANTE)

Entre la visita al médico y el diagnóstico

La principal barrera en este momento de la cascada de tratamiento fue la demora en el diagnóstico, un varón refirió que estando hospitalizado no lograban hacerle la referencia para proceder al diagnóstico de TB; otros participantes refieren que tuvieron apoyo de la sociedad civil para acceder a los procedimientos médicos que le permitieron el diagnóstico de TB.

“un doctor dijo allá cuando me estaban atendiendo que me estaban haciendo el paseo de la muerte. Porque si unos días más se me fuera (hubiera) llenado el pulmón, me fuera (hubiera) dado algo, me fuera ahogado ya. Esos doctores me decían que me veían normal y no me hacían (nada) a lo que yo tenía... Entonces yo les decía que tenía unos líquidos, pero no le paraban bolas (atención), no sé... de una vez me daban la orden de salida y ya. Y pues de ahí pasé por todos los hospitales de aquí de Cali, hasta uno que queda por una invasión (asentamiento suburbano) ... hasta allá me fueron (fueron) a llevar, porque me ahogué de un momentico a otro y de allá (también) me sacaron” (HOMBRE).

“...sí fui a cuatro hospitales y en ninguno me querían atender. Me daban la orden de salud así... no me quería sacar el líquido. En el HUV ahí fue que me (atendieron)... la Corporación de lucha contra el SIDA me remitió para allá y gracias a dios ahí fue que me pudieron sacar los líquidos” (HOMBRE)

“...Al principio me costó mucho conseguir el Sisbén, porque cuando estaba en Bogotá no me iban a visitar, me ponían mucho obstáculo. Pero ya llegando aquí a Cali después de mucho buscar y buscar ayudas, cuando mi hijo tuvo un accidente (hace como dos años y medio) que lo llevé al hospital del Siloé por urgencias y me lo atendieron... y desde ahí ya estamos afiliados...” (MUJER)

Diagnóstico y tratamiento

Las mujeres y hombres refieren que la barrera principal que puede retrasar el tratamiento o un posible abandono son los efectos secundarios o adversos del tratamiento.

“¡uy! da muchas náuseas, mucha rasquiña, a mí se me ha caído mucho el cabello, pero después de que ya el tratamiento, por Ay a los 5 meses ya vuelve uno otra vez, normal, pero se cae mucho el cabello, haga de cuenta como cuando una persona tiene cáncer, se siente uno a veces el

dolor en los huesos, es impresionante los primeros días, como cuando usted hace ejercicio y hacía mucho tiempo no hacía y te duelen todos los huesos, queda uno molido, mucho dolor de cabeza...” (MUJER)

“Ahorita tuve la cita donde el médico me dijo que tenía la alergia y me mandó la loratadina, pero no me quiso decir de qué era la alergia, ellos siguen escribiendo y me dicen que no son las pastillas. Yo no puedo decir lo contrario, porque no sé y uno no puede decir lo que no sabe, solamente tengo una duda que tuviera un tipo de efecto secundario y a mí me esté dando.” (MUJER)

Pues el doctor me mandó unas pasticas para que me abriera el apetito y esas pastas me alborotaron la úlcera (HOMBRE)

Un varón hizo referencia a la falta de entrega de medicación por la falta de afiliación, debiendo recurrir a proceso de Tutela.

“No es que tú vas a llegar a una droguería mira, “yo necesito el tratamiento para la tuberculosis” no, tú tienes que registrarte bajo la tutela del gobierno de sanidad del ministerio de salud”. – (HOMBRE)

Durante la fase hospitalaria del tratamiento

Las personas entrevistadas que estuvieron hospitalizadas no refieren dificultades en este momento del camino de la TB.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Hombres y mujeres refieren que se han presentado dificultades en el acceso a medicamentos de manera inmediata, por lo que han tenido que realizar gestiones personales para acceder a ellos; otra situación de retraso fue el tener que recoger de otro centro de salud o por periodos largos. La solicitud se da por condiciones especiales de la paciente o por dificultades laborales para poder recoger medicamentos.

“... y yo fui y le pedí mis pastillas por 15 días más, mientras hacía todo el proceso y ella me dijo que eso no estaba permitido, que no me podía dar las pastillas, que solo me las podía dar por una semana, que eso no era así tan fácil como uno creía y yo le dije: “bueno, pero es que, yo sé que se se puede hacer el cambio porque ya me dijeron que se podía ¿porque ahora no?”. Luego tuve que llamar a la doctora que me atendía antes y ella dio la autorización para que me dieran nuevamente las pastillas; me vine acá a Medellín y fui ahí al centro comercial Punto oriental y me atendieron ahí en la secretaría y pues movieron mi caso y ya después pusieron mis servicios médicos para acá”. (MUJER)

“pues yo cuando salí del hospital me tenía que tomar al siguiente día las pastillas y yo iba a una sede que era donde se encargaban de darme las pastillas y voy y pregunto por mis pastillas y me dijeron que no las tenían, eso fue como un jueves, duré viernes, sábado y domingo sin tomarme las pastillas porque todos esos 3 días fui y me decían que no que no tenían mis pastillas, que no las tenían, que no las tenían...” (MUJER MIGRANTE)

“El problema es que yo tengo que reclamarlos de lunes a jueves, y yo a veces no puedo, porque yo acá en una empresa viajo, entonces, a veces llego los viernes y no la muchacha no va, entonces no, no me entregan

los medicamentos. Me tocaba, fue, o sea, yo lo puedo reclamar o puede reclamar mi esposa, pero el viernes, mi esposa fue reclamar y no le dieron yo porque la muchacha no fue entonces me dejaron sin medicamentos a todo el fin de semana y yo no puedo de tomar medicamento...” (HOMBRE)

Género

Antes de la visita al médico

Sólo se percibe una limitación desde el estado de embarazo de una mujer que no supo su diagnóstico de VIH a tiempo porque al parecer no llevó controles del embarazo.

“... la niña salió sin la infección, pero el niño me salió con eso, el que tiene 14 años si salió con eso... yo tenía eso y no me daba de cuenta porque yo los niños los tuve en la casa, la única que nació por hospital fue la niña, pero porque me di cuenta de eso.... yo me enteré por el embarazo y sino no “supiera” hasta me hubiera muerto yo”. (MUJER)

Diagnóstico y tratamiento

En este momento de la cascada de tratamiento, las mujeres entrevistadas identifican que una barrera relacionada al género es el rechazo que reciben por tener TB respecto a su aspecto físico el cual disminuye su autoestima, y si la TB va asociado al VIH, el estigma es aún mayor porque las mujeres son cuestionadas por sus comportamientos sexuales.

“sí, porque eso a uno la gente lo rechaza, lo mira feo, eso es ¡mejor dicho! vea cuando esa muchacha se murió, tenía VIH, tenía tuberculosis, y eso todo el mundo hablaba de esa muchacha, ¡todo el mundo hablaba de ella! “¡Se murió esa pe...! ¡se murió esa pu...” (MUJER)

“Conocí un muchacho ahí, resulta que me pegué una “traga” de ese muchacho, entonces ya salíamos los dos y a veces en las salidas dábamos la vuelta y recaíamos, a muchos nos pasa, los que hacemos el tratamiento que, en las salidas nos damos una “canita al aire” cómo se dice, ...nos involucramos muy mal y a la acera, nos tiramos a la calle los dos, ya después el muchacho nos dejamos, el empezó por ahí como que a tener relaciones con hombres por dinero, por vicio, entonces, ya yo nunca volví a saber de él, ósea cuando me di cuenta de eso ya corte.” (MUJER)

Un segundo aspecto es la vulnerabilidad y condición de la mujer y ser madre, tener el diagnóstico de TB, estar en tratamiento, pero no poder hacerse cargo de sus hijos le genera frustración, depresión, no contar con un trabajo que le permita brindarles atención y cuidado.

“El mundo mío era otro, yo me veía en otra parte, yo veía como que la niña, el niño, claro que, en este momento, lo que yo presentía y veía salió verdad, que el Bienestar me estaba quitando los niños y sí porque el niño de 14 años el Bienestar me lo quito, la niña de 11 añitos el Bienestar me la quito. Sino que mi mamá, cuando el Bienestar se la iba a llevar mi mamá se metió por el medio y les dijo: “yo cojo la niña, porque es que mi hija no está muerta, mi hija está hospitalizada y mi hija es muy buena mamá, sino que eso no es culpa de ella estar en estos momentos dentro

de un hospital" (MUJER)

Estigma

Antes de la visita al médico

Las situaciones de estigma antes de la visita al médico están relacionadas directamente a las personas que están en condición de habitantes de calle.

"...vea es que cantidad de gente no va a los patios por eso, porque tienen tuberculosis y no los dejan ingresar, entonces ya saben y para que no los molesten, simplemente no van y consiguen otra parte donde hacerse o "parcharse" para dormir, ¡uy sí! donde hagan una encuesta o exámenes así, le cuento que la cantidad de enfermos de tuberculosis que hay solamente en la parte del centro, es ¡mejor dicho! es cantidad, van contagiando porque tú toses en una estación del Metro, reciclando, por allá la gente bajando..."(MUJER)

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Al igual que en el primer momento, las mujeres perciben mayor estigma, son quienes habitan en calle o quienes realizan trabajo sexual.

"cuando eso todavía no estaba el COVID, entonces usar tapabocas, ya de una vez te señalaba, pues los tapabocas vinieron a empezar al mercado fue cuando salió el COVID, cuando eso salir con un tapabocas, claro todo mundo se hace como "lejitos" de ti, usted llega al supermercado a comprar y todo mundo te recrimina, te mira mal, se aleja de ti y eso que nosotros vivíamos en una unidad en Belén Rincón que se llamaba Nueva York, pues por allá es "gentecita bien" pero eso es peor todavía, esas señoras ¡mejor dicho! uno llegaba a la fila y más bien se quitaban y esperan que uno pasara y pagara la cuenta. Sí, mucha discriminación".
(MUJER)

Diagnóstico y tratamiento

En este momento de la cascada, se percibe principalmente estigma hacia las personas habitantes de calle. Son quienes más perciben estigma en diferentes momentos de la cascada de tratamiento por el estigma social previo que ya tienen al vivir en condición de extrema pobreza, lo cual hace que estén mucho más expuestos a condiciones de vida insalubres.

"claro todo mundo se hace como "lejitos" de ti, usted llega al supermercado a comprar y todo mundo te recrimina, te mira mal, se aleja de ti y eso que nosotros vivíamos en una unidad en Belén Rincón que se llamaba Nueva York, pues por allá es "gentecita bien" pero eso es peor todavía, esas señoras ¡mejor dicho! uno llegaba a la fila y más bien se quitaban y esperan que uno pasara y pagara la cuenta. Sí, mucha discriminación." (HOMBRE HABITANTE DE CALLE)

Una mujer migrante comenta que en su entorno social se presentaron expresiones de estigma al enterarse que estaba con TB.

"Yo pues tenía muchas amistades, lo que uno le dice "amistades" allá

porque yo estaba en una academia de baile y la mayoría de ellos era cómo que: ¡uy, no tú, estas enferma, eche pa' allá! cosas así y eso me hizo entender que no todo el mundo siempre va a estar ahí para ti..."
(MUJER MIGRANTE)

Durante la fase hospitalaria del tratamiento

No se tiene comentarios de estigma de las personas entrevistadas que estuvieron hospitalizadas.

Durante el tratamiento ambulatorio.

En este momento de la cascada, se percibe que los habitantes de calle abandonan el tratamiento por lo que requieren que se haga visita a los Centros Día donde encontrarán pacientes con TB y se les puede entregar los medicamentos ya que muchos no asisten a los establecimientos de salud para recoger la medicación.

"Que nos aislan, el aislamiento, ese es uno de los miedos del habitante de calle, que tú no puedas ir, por ejemplo, digo yo pues de mi forma de pensar, en el Bronx, afuera de Centro Día, por ejemplo, tener una persona ahí afuera que tenga la lista de las personas que tienen tuberculosis y quieren tomarse el medicamento, que vayan allá y lo reclamen y ahí mismo tomárselo, se lo aseguro que eso serían muchas las personas que irían. (MUJER)

Financiero

Antes de la visita al médico

Generalmente las personas afectadas por TB se encuentran en difícil situación socioeconómica, esto se agudiza en la población pobre urbana, migrantes, quienes generalmente destinan para su sustento familiar y cubrir las necesidades básicas.

"La situación económica sí se me complicó un poquito al principio"
(HOMBRE)

"yo estuve todo un año buscando trabajo, pues a uno el emigrante venezolano, pues lo tienen muy tachado ¿no? entonces a mí me toco ir a los semáforos a trabajar cantando y bailando" (MUJER MIGRANTE)

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Las mujeres entrevistadas identifican principalmente el problema es la condición económica de habitantes de calle que son más vulnerables a la TB y por ello no se pueden realizar diagnósticos oportunos.

"... en el Bronx, hay muchísimas personas con tuberculosis desafortunadamente, que no se tratan; vea es que cantidad de gente no va a los patios por eso, porque tienen tuberculosis y no los dejan ingresar, entonces ya saben y para que no los molesten, simplemente no van y consiguen otra parte donde hacerse o "parcharse" para dormir, allí hay mucha gente con tuberculosis..." (MUJER)

Diagnóstico y tratamiento

A través de las entrevistas a mujeres y varones, refieren que, habiendo ingresado a alguna EPS, el diagnóstico y tratamiento son gratuitos.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Se refiere que durante la fase hospitalaria debieron abonar un monto de dinero, posteriormente los medicamentos están cubiertos por el sistema de aseguramiento.

*“Pues en el hospital obviamente sí, pero no digamos que mucho menos mal fue muy poquito y ya la EPS (entidad promotora de salud) me ayuda con las medicinas fue como 215.000 para todo el tiempo que estuve ahí.”
(MUJER TRANS)*

Durante el tratamiento ambulatorio.

En esta fase de la cascada de tratamiento, hombres y mujeres comentan que debido a la distancia de sus domicilios hasta el centro de atención tienen gastos diarios para trasladarse a recoger los medicamentos y que ello es una barrera que afecta su economía, porque no sólo se movilizan en servicios públicos, sino, deben utilizar el taxi si tienen alguna imposibilidad de caminar.

“yo me gasto 10 y 10 es ella si nos vamos en el Metro y cuando amanezco así que no puedo andar, que me duelen mucho las piernas nos vamos en taxi, eso mensual, es una vez al mes”. (MUJER)

“...Ahora último sí se me está dificultando un poquito... porque como cerraron el puesto de salud de comuneros, me mandaron para aquí para (el centro de salud de) charco azul... entonces me queda más complicado porque hay que coger transporte y todo eso y esto es... como usted ve, un poco calientico (peligroso) por acá y me da como cosa. Pero que ellos me digan que me van a mandar el medicamento a la casa o algo, no me dijeron, ni nada” (HOMBRE)

Geográfico

Antes de la visita al médico

El aspecto geográfico no se ha considerado como una barrera significativa antes de la visita al médico.

Entre la visita al médico y el diagnóstico, Diagnóstico y tratamiento y

En estos dos momentos de la cascada de tratamiento los varones refieren que existe barrera geográfica porque el establecimiento de salud está alejado a la casa.

“Mi EPS es Sanitas, queda cerca a la estación Industriales del metro, y está bastante retirado de mi casa y me toca ir cada 8 días para que me den ese medicamento. “

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

El aspecto geográfico no se ha considerado como una barrera significativa en la fase hospitalaria.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Algunos hombres consideran que, durante el traslado para recoger sus medicamentos, deben pasar por zonas peligrosas y donde están expuestos a riesgo.

“Ahoritica, también que ya cerraron el centro de salud que me quedaba cerca, que era el de Comuneros. Y ya me toca coger transporte para reclamar el medicamento (HOMBRE)”

Cuadro N° 16: Desafíos que enfrenta en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	2	2	2	2	2
Género.	1	3	3	1	1
Estigma	2	2	2	1	2
Financiero	2	2	2	1	2
Geográfico	1	2	2	1	2

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

El principal desafío identificado es el de derechos y acceso a la salud porque se ha observado en todos los momentos de la cascada de tratamiento. Esto no se da de manera general, pero se identificó dificultad en cada momento, ya sea por la demora para identificar los síntomas de manera oportuna, la dejadez de las personas para buscar atención y esperar que los síntomas se compliquen para recién acudir al establecimiento de salud. El desconocimiento de este generó un retraso en el diagnóstico sumado a la demora desde los servicios de salud sobre el resultado del diagnóstico o el supuesto de otros problemas de salud que no corresponden a la TB.

Por otro lado, algo que es significativo en el momento del diagnóstico y al continuar el tratamiento son los efectos que causa el impacto del diagnóstico y el tratamiento en las mujeres principalmente, porque muchas precisaron que les causa mucho dolor, mucha tristeza y depresión, porque su apreciación física se siente devaluada. La depresión interfiere en la toma adecuada de medicamentos por lo cual fue necesario que tengan una persona de soporte que ayude a que no abandonen tratamiento.

Si bien otros aspectos como el estigma, el aspecto financiero y el geográfico ha sido referido sólo por algunos en dos momentos de la cascada, no ha evidenciado abandono de tratamiento por estas razones o mayor

complejidad.

Facilitadores en el camino de la TB

Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud

El principal apoyo para acceder a los servicios de salud que han identificado algunos mujeres y hombres es que al estar recibiendo atención en un servicio particular identificaron algunos síntomas de TB, por lo cual fue referido a servicio de salud estatal. También han recibido apoyo para gestionar la atención a través de sus EPS para facilitar la atención.

“en ese momento me estaban haciendo las infiltraciones (médico particular), cuando me entró un ataque de tos y en eso se me vino un cuajaron de sangre... entonces yo me asusté y la doctora que me estaba atendiendo también se asustó. Yo le comenté y ahí mismo me mandó a hacer exámenes y todo eso... y resulta que sí salí positivo en tuberculosos. Ya de ahí me dijo que asistiera al puesto de salud más cercano que tuviera y que empezara el tratamiento.” (HOMBRE)

Ese programa de tuberculosis lo tiene la misma EPS mía, y ya a uno allá le dicen “secretaría de salud lo va a visitar de vez en cuando a la casa y todo eso para que esté pendiente” todo eso le dicen a uno en la EPS, como allá está el programa de eso, ya uno está advertido que van a estar yendo allá a la casa de uno. (HOMBRE)

Ser diagnosticado.

Algunos hombres y mujeres entrevistadas reconocen el apoyo emocional y gestiones realizadas por el personal de salud al momento del acceso al servicio de salud y ser diagnosticados. Esto implica que, a pesar de los retrasos en resultados de diagnóstico, el personal de salud en algunos casos ha realizado gestiones para agilizar la hospitalización.

“Ella llegó (la enfermera) y primero que todo me mandaron a hacer las radiografías...y al laboratorio las tres muestras. Y ese mismo día me consiguió que el doctor me atendiera y me diera las radiografías... y ella misma me las hizo tomar en el Carlos Holmes. Entonces cuando ya me iba a venir, me dijo: -sí podés tener algo, porque en las radiografías el doctor miró y si te sale algo feo en los pulmones. No te vas a azarar, cálmate que esperamos los resultados de los exámenes- Y cuando llegaron los resultados de los exámenes a los tres días... que ella me citó otra vez, me dijo: -papito, sí lo tiene, vamos a hacer el tratamiento y espero que no se me vaya a quedar-. Ella me dio mucho impulso, para qué”. (HOMBRE)

“pues, la verdad las enfermeras me trataban super normal, un trato super normal, pero había una doctora que era venezolana, es del estado Zulia, se llama también Andreina, y si, ella fue la que se metió más de lleno en mi caso, hizo todo lo posible para que me atendieran rápido, que a mí me pudieran hospitalizar, para que me atendieran rápido y para que pasara todo ese proceso rápido; entonces ella era siempre como la que

estaba al pendiente de mí...”(MUJER MIGRANTE)

“La EPS me inscribió en un programa donde me ayudan con las medicinas retrovirales y la tuberculosis para personas como yo que no tenemos los recursos.” (MUJER TRANS)

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Principalmente, lo que ha facilitado el tratamiento, es el acceso a los medicamentos, según refiere la mayoría de los hombres y mujeres. Además, algunos (as) refieren que han tenido facilidades para recoger los medicamentos a la semana o a través de algún familiar y así evitar lo que implica el traslado como la distancia o los costos de transporte.

“¡Excelente!! muy bueno todo el tiempo estaban pendiente de mí, de mis signos vitales; que me tomara las pastillas a tiempo si... todo estuvo muy bien.” (MUJER TRANS)

“El tiempo ese que estuve allá (Medellín) me atendieron muy bien, la doctora que estaba viendo mi caso, muy pendiente de mí, que todo estuviera bien con los exámenes, los nuevos que me tenía que hacer, revisaba detalladamente los viejos... (MUJER MIGRANTE)

“Si estuviera con ellos allá, me tocaría ir todos los días por las pastas... aquí no, aquí me las dan para 10 días. Entonces me dan esa facilidad de que no tengo que estar gastando transporte”. (HOMBRE)

Pues ve, yo siempre he venido por el tratamiento... yo empecé en los lagos desde el 20 de enero. Primero fui con la doctora Adiel, entonces ella me mandó para donde la jefe Mercedes... allá en Comuneros. Ella me hizo los papeles, me registró y arranqué... y seguí yendo a los lagos por el tratamiento. (HOMBRE)

En segundo lugar, indican que recibir monitoreo, seguimiento constante en el tratamiento contribuye a mejorar su estado de salud, el estar pendiente de ellos (as) les alienta a culminar el tratamiento.

“Bueno, al principio pueden que fueron muy buenos al visitarme para hacerme vigilancia del medicamento, tenía que tomármela a la hora que era, me llamaban, estaba muy pendientes”. (HOMBRE)

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares)

Acceder a los servicios de salud y Ser diagnosticado.

La principal red social que ha facilitado el acceso a servicios y poder ser diagnosticados(as) fue la familia, en especial la madre, hijos o la pareja. Son quienes les han trasladado de ser necesario, para recibir atención preocupados por los síntomas persistentes e incluso si han necesitado hospitalización.

“¡muchísimo! mi familia me ha apoyado mucho, mi hija, mis hijos, a pesar de que uno fue tan mala mamá y los dejó por el vicio y por todas esas enfermedades, están ahí muy preocupados, no quieren que yo me salga, me piden de todo corazón que no vaya a dejar el tratamiento porque me muero, me muero en la calle ...y eso es lo que no quiere la

familia, pues y uno también tiene que dar un poquito de tranquilidad.
(MUJER)

Cómo te dije a mi familia fue la que me llevó y me hicieron esa vaina, o sea, yo no yo no sabía dónde que era TB me hicieron las pruebas de esto, aquello y de una vez me pusieron el tratamiento. (HOMBRE)

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

En estos dos momentos de la cascada de tratamiento la familia es el principal soporte que a través de su apoyo emocional se convierten en la mejor motivación para continuar y finalizar el tratamiento, esto también se evidencia ante la presentación de efectos adversos.

“¡Pues imagínese!... me puse pensativo, pero la mujer me dijo: -no se mate la cabeza, sólo eche para adelante, hágale, haga el tratamiento completo y con juicio- y ahí gracias a dios ahí vamos” (HOMBRE)

“me cogía ese dolor de la úlcera y todo eso... pero yo no sabía que era la úlcera, ella me sobaba. También, ella no me deja, ella me ve que me estoy quejando y se desespera por sobarme o decirme qué tiene”
(HOMBRE)

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil)

Acceder a los servicios de salud

En el caso de mujeres habitantes de calle, se refiere que hay ONG y Fundaciones que apoyan con alimentos, asistencia básica, albergue, incluso apoyo en el acceso a servicios de salud. También se menciona a organizaciones de la sociedad civil como la Corporación de Ayuda contra el Sida quienes brindan apoyo a las personas con coinfección TB/VIH.

“...conozco fundaciones, ahora esta una fundación nueva que es de los “gringos”, de unos “gringos” que son los “agua paneleros” también, que reparten agua panela con pan, chocolate; es como un Centro Día, yo me enteré de eso hace “poquito”, que queda dizque por Prado, para arriba, por Prado, que es de puros “gringos”, allá ellos están dejando entrar habitantes de calle para dormir, después de las 7:30 y salen como que a las 7:30 de la mañana.” (MUJER)

“... buscando esas ayuditas, llegué a la fundación de los Samaritanos que queda ahí en San Bosco y oí que había ruido, cantando y bailando. Salió una funcionaria y le pedí el favor que me dejara entrar, pero ya no podía porque ya se habían acabado los cupos, pero me dejaron pasar y me dieron el almuerzo... La doctora me dejó pasar y ya llevo año y medio yendo allá a que me den el almuerzo. Yo sí empecé a ver mucha gente tosiendo...” (MUJER)

“Pues en mi caso, la Corporación de ayuda contra el Sida nos ha dado apoyo” (HOMBRE)

Ser diagnosticado.

Las mujeres y hombres entrevistados indican que la principal asistencia

recibida es atención psicológica y de nutrición cuando son diagnosticados(as) como parte del proceso de tratamiento.

“Tengo cita pendiente con psicología, con trabajo social y con nutricionista. Y también tengo unos exámenes pendientes del hígado y eso, que apenas me los van a autorizar.” (MUJER)

“Había psicólogos, había un equipo de médicos que en realidad no nos prestaban ninguna asesoría, pero te atendía bueno por mal que bien, no me trataron tan mal. (HOMBRE)

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

El apoyo social, en algunas mujeres ha sido reflejado por algunos vecinos que les apoyan con víveres o les alientan con apoyo moral para que sigan y culminen su tratamiento.

“pero la señora de la panadería sí ¿para qué?! ella y su esposo siempre al pendiente, me mandaban fruta para que me hicieran jugos o me llamaba todos los días, a veces quería irme a visitar, pero como no se podía yo le decía que no, pero ya después que la doctora me dijo que ya podía andar sin tapabocas o relacionarme con las personas yo siempre la iba a visitar y la señora muy al pendiente de mí;”.... (MUJER)

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos

Acceder a los servicios de salud

Las mujeres y hombres entrevistados comentan que contar con el SISBEN es un facilitador para el acceso a las citas como primer momento de la cascada de tratamiento; también refieren que muchas personas aún no están afiliadas, lo cual afecta el acceso a los servicios de salud.

“...como ya tenía el Sisbén cuando me dio tuberculosis, no tuve ningún problema ni barreras para el tratamiento. Todo ha sido gratis y me han tratado muy bien”. (MUJER)

“Pues por mi parte si fue fácil, acceder a que me pudieran dar un seguro médico, pero quizás a no todos nos pasa igual, quizás a otros se les haga más difícil; por lo menos por esa parte era porque yo tenía el PEB, pero una persona que no lo hubiese tenido.” (MUJER)

“este no me lo cobran por qué la empresa en la que estoy trabajando me tiene afiliado a la EPS Sanitas entonces no me toca pagar nada”. (HOMBRE)

Ser diagnosticado.

La mujer habitante de calle entrevistada refiere que los exámenes para ser diagnosticados han sido gratuitos lo cual facilitó su acceso, incluyendo otros servicios.

“...pero la atención como tal, médica, psicológica, toxicológica, allá te llegan con todo, los exámenes, el toxicólogo, el psicólogo...No, ni un solo peso, nunca, porque yo además de ser habitante de calle, soy

desplazada, ósea mi seguro, no es tanto de habitante de calle sino de desplazada, entonces las dos cosas hacen como mucho..., nunca me han cobrado” (MUJER)

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

La mayoría de los hombres y mujeres entrevistadas refiere que estando afiliadas el acceso a medicamentos es gratuito para el tratamiento de TB incluyendo para la coinfección VIH. Esto se convierte en un facilitador para continuar el tratamiento y concluirlo.

“sí, yo le dije al doctor: “doctor y el medicamento para esa tuberculosis ¿cómo se va a hacer?” y él me dijo: “no, tranquila hija que eso aquí nosotros lo conseguimos, eso no hay problema y si no eso se manda a traer de otro hospital, no hay problema de nada, usted no piense en nada, no piense cremas...” porque a mí me dio una infección muy grande también en el hospital, de estar así a toda hora acostada y me decía: “no piense en cremas, no piense en pastillas, no piense en sueros, usted no piense en nada que nosotros todo eso lo conseguimos, nosotros nos hacemos cargo de todo eso” y ¡para que! el medicamento fue muy puntual”. (MUJER)

“Se está tomando TOLAK e Isentress, Medicamentos antirretrovirales para el VIH y Para la tuberculosis se está tomando rifampicina 150 mg junto con isoniazida 75 mg. Me parece que en tu caso te ha ido bien, estás afiliado a salud y no te toca pagar nada porque si no estuvieras afiliado te tocaría pagar todo y eso es muy caro”. (HOMBRE)

“No, no me tocó pagar nada, pues ya después de que habíamos resuelto lo del seguro médico y todo eso ya ahí no me tocaba pagar nada.” (MUJER MIGRANTE)

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud y Ser diagnosticado.

A través de las entrevistas se menciona el apoyo en cuanto a realizar el examen a sus contactos para un diagnóstico oportuno.

“porque ella(esposa) también estaba asustada, porque ella también tenía tos y todo eso. Entonces la misma enfermera le ayudó para que le hicieran la prueba y gracias a dios salió negativo” (HOMBRE).

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Algunos hombres entrevistados identifican importante el seguimiento personalizado que realiza el personal de salud para asegurar la toma de medicamentos, así como los recordatorios telefónicos para la asistencia a las citas programadas. Esto se convierte en un facilitador para continuar y concluir con el tratamiento.

“Por ahora no he tenido inconvenientes. Y de lo que se me ha facilitado... me llaman, para qué, mantienen muy pendientes (de recordarme) -tal día tiene la cita, tal día puede venir por el medicamento...Para qué, muy bacán aquí, porque mantienen pendiente de uno y eso es lo primordial...”

y no hay ningún problema por ese lado”. (HOMBRE)

“Yo llevo un control... el carné mío es el que yo llevo y diariamente la doctora va anotando los días que me da la droga”. (HOMBRE)

Cuadro N° 17: Apoyo en el acceso a los servicios de salud.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	2	3	1
Familia	3	3	3	3
Parientes	2	2	2	1
Comunidad	1	1	2	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y material	1	1	2	1
Apoyo psicológico y emocional	1	3	3	3
Apoyo legal	2	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	2	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	2	2	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	2	2
Manejo de casos	1	1	2	2

3 = Muchos, 2 =algunos, 1=Ninguno

El principal apoyo para PAT percibido por los participantes, han sido a través de la familia, principalmente, la madre, hijos o pareja. Este apoyo ha sido fundamental en cada momento de la cascada de tratamiento. Algunos que no hicieron caso a los síntomas, fueron trasladados a un centro de salud para atención médica incluso para hospitalización por insistencia de la familia. Durante el tratamiento y para finalizarlo, han sido el mayor soporte para resistir los efectos adversos del tratamiento y los malestares que no podían sobrellevar y hasta llegaron a una depresión.

En segundo lugar, está el apoyo psicológico brindado en los establecimientos de salud para poder continuar y finalizar tratamiento, esto referido por la labor que han realizado las profesionales de salud como soporte. Del mismo modo la gratuidad del tratamiento es percibida como un segundo factor importante en el camino de la TB, pero especialmente en la entrega de medicamento durante y al finalizar tratamiento. En los primeros momentos de la cascada de tratamiento, hubo dificultades y retrasos para el acceso a servicios de salud, y diagnóstico oportuno; así que no fue del todo gratuito el acceso.

7.2.1.5. Impacto de la pertenencia al género/población clave en la experiencia de la TB

Género y vulnerabilidad a la infección

La mayoría de las mujeres entrevistadas señalan que la vulnerabilidad en relación con el género se acentúa cuando son habitantes de calle, cuando realizan trabajo sexual; similar comentario lo realizan las mujeres trans ya que están expuestas a condiciones de riesgo por el contacto con otras personas, compartiendo “parafernalia de drogas” para el consumo de sustancias psicoactivas.

“Si, dejé todo lo demás, ya empecé a prostituirme, a vender mi cuerpo, supuestamente yo vivía muy bien porque tenía para pagar mi pieza, yo pagaba 18 mil pesos diarios en Bello, cuando eso ya estaba en Bello y pagaba la pieza, tenía para comprar droga todos los días, para alimentarme, para vestirme, estaba gorda todavía, pero como ese vicio, pues se hunde uno más, más, más, cada vez es uno más ¿cómo se dice? te “adicta” (MUJER TRANS)

“Si, recaí, resulta que me metí a un sitio de rehabilitación por el “perico” a Carisma y al mes y “pico” ya uno sale, y una mala amistad de allá, pues un muchacho, me hice muy amiga de él, y me ofreció y con él fue que probé la “bazuca”, por una apuesta, resulta que estábamos apostando 20 mil pesos a que yo no era capaz de dar un “pipazo”, yo para comprar mi “perico” acepte la apuesta y yo gané la apuesta, pero perdí porque ¡imagínese! Esa apuesta fue la del diablo”. (MUJER)

Género y acceso a la atención médica

El acceso a la atención médica exige tener en cuenta la calidad que brindan los servicios, vistas desde la aplicación de los protocolos clínicos establecidos, así como desde la perspectiva del paciente; en este sentido las mujeres comentan que se les realizó el despistaje de la TB durante el embarazo lo cual fue favorable para su salud.

“sí, porque si a mí no me hubieran hecho ese examen de lo que estamos hablando, a mí no me hubieran hecho el de tuberculosis, según me dijo el doctor: “vamos a hacerle exámenes Karina ¿oyó?, hagámosle de tuberculosis, a ver si sale con eso”, y yo le dije: “¿qué es tuberculosis?” dízque: “eso da de una gripa mal cuidada” me dijo el doctor y yo le dije: “y ¿esa tuberculosis tiene cura?”, “claro, eso tiene cura, normal, usted se cuida normalmente” dijo el doctor.” (Mujer)

Por otro lado, algunas mujeres trans han percibido actitudes discriminatorias al ingreso al servicio de salud lo cual, como bien se sabe, produce potenciales efectos psicológicos y sociales, lo que se convierte en una barrera para el acceso y para lograr una atención integral oportuna. Este aspecto fue identificado en diferentes momentos del recojo de información.

Género y Diagnóstico y tratamiento

En este momento de la cascada de tratamiento, algunas mujeres identifican que existe estigma en la población habitante de calle, las trabajadoras sexuales y las mujeres trans.

“...porque eso a uno la gente lo rechaza, lo mira feo, eso es ¡mejor dicho! vea cuando esa muchacha se murió, tenía VIH, tenía tuberculosis, y eso todo el mundo hablaba de esa muchacha, ¡todo el mundo hablaba de ella! “¡Se murió esa perra! ¡se murió esa puta! vea, tanto poner culo, vea como quedo ¿si ve?” eso todo el mundo hablaba de la muchacha, ¡todo mundo! yo fui la única que dije: “bendito sea mi Dios, no saben las cosas”, el de arriba solamente puede juzgar y ve sus cosas, pero bueno, Dios quiera que algún día, esta señora que estaba abriendo esa boca, con 2 hijas que lleva ahí, no vaya de pronto una hija de ella con una cosa de esas, porque las hijas de ella también trabajan aquí en el centro, son trabajadoras sexuales, ellas trabajan con eso”. (MUJER)

Género y calidad de la asistencia recibida.

En relación con la calidad de la atención, no se encuentra relación percibida o asociada al género, en general hombres y mujeres perciben que debe mejorarse la atención, dar más celeridad a los procesos tanto en las gestiones que deben realizar ante las EPS como en las propias IPS donde encuentran retrasos en la atención y en la dispensación de los medicamentos.

“Al principio sí me discriminaron, porque no me atendieron como debía ser, porque no tenía Sisbén. Entonces ahorita que ya tengo el Sisbén y estoy en el tratamiento, todo ha sido excelente atención, siempre están pendientes... me están llamando para las citas” (MUJER)

7.2.1.6. Compromiso y participación significativos

No se percibe o identifica que las y los entrevistados hayan participado de procesos o estudios como respuesta a la TB, a excepción de alguna encuesta de salud realizada por vía telefónica.

“...nada, hay grupos de VIH y a mí me gustaría estar en un grupo de esos, claro, y hablar con ellos, a ver cómo les ha ido, a mí me gustaría ¡pa’ que! y hablar con ellos”. (HOMBRE)

“No, no conozco nada de eso, nunca me han informado sobre organizaciones que nos llamen para participar (HOMBRE)

7.2.2. Grupos focales.

En los grupos focales se identificó que el papel del hombre y mujer en la sociedad, así como los roles de género son parte de la vulnerabilidad a la TB. Dentro de estos roles también se asocia el trato que reciben las personas transgéneros dentro de esta vulnerabilidad.

7.2.2.1. Roles de hombres, mujeres y transgénero

Papel de la mujer

En general casi todas las opiniones de las mujeres entrevistadas refieren que el rol de la mujer es principalmente en el hogar, como rol protector en la familia y la sociedad.

“Estar pendiente de que todo marche bien, de tratar en lo posible... de dar un buen ejemplo a los hijos... o sea, las personas que viven en la casa. Y cuidarse uno de no cometer tantos errores delante de ellos, para que puedan ser unas personas de bien.”

“...pero ahí es donde entra la parte machista de que siempre se ha dicho que la mujer es de casa, cocina, ósea de los quehaceres de la casa mientras un hombre no. Entonces que decían es que yo ya me maté toda la vida trabajando para darles todo ya tengo derecho a descansar, mientras que las mujeres todavía no, pues todavía se escuchan esas palabras de hombres”.

“Como mujer adulta mayor es cuidar a los nietos, el oficio de la casa”

Esta misma mirada del rol de la mujer es compartida por la mayoría de los hombres que participaron en el grupo focal

“Pues primero que todo estar pendiente digámoslo así del hogar, o estar pendientes digámoslo de esa parte de los hijos, del sufrimiento”

En el caso de las mujeres de mayor edad la situación de desigualdad de género está muy marcado, postergándola a labores del hogar y con fuertes barreras para conseguir trabajo.

“De mal en peor porque da tristeza ver a una mujer mayor haciendo aseo, metida en una cocina, a mí me da tristeza eso porque siempre lo mismo aseo y cocina”

“Que ya debería estar en la casa y es muy poquita la persona mayor que aceptan en un trabajo”

Al respecto, también se comenta que el rol actual de la mujer ha ido evolucionando, ahora se habla más de igualdad de género, de no minimizar la opinión de las mujeres y su rol en la sociedad. Sin embargo, se requiere trabajar los estereotipos de género que todavía son parte del arraigo cultural.

“Yo creo que el papel de la mujer ha evolucionado mucho con el tiempo, porque antes existía mucho el machismo entonces la opinión y las cosas de las mujeres era muy minimizada, en cambio ahora ya es como por igualdad, somos igualdad de género...”

Se encuentra comentarios sobre la desigualdad entre hombres y mujeres producto del machismo, a pesar de que una mujer se encuentre en un sistema de trabajo compartido con otros hombres.

“No, porque yo lo digo por mi experiencia porque trabajo en un gremio con muchos hombres y se ve mucho la desigualdad, ... no se los hombres

como primero, los hombres son como los fuertes, entonces uno dice, uno también puede, porque siempre los hombres si nosotras también podemos dar una opinión, porque siempre tienen que ser los hombres primero en dar las opiniones”.

Se identifica inequidades de género que afectan en el ámbito laboral, sintiendo que es difícil conseguir empleos que les brinde ingresos económicos para solventar sus requerimientos, lo cual se acentúa con la edad.

“Y las mujeres en la casa todavía si, por igualdad que decimos que es muy difícil lo del trabajo la edad para conseguir un empleo bueno, pero que sea diferente total.”

“Si para uno que es joven, ahora para una persona mayor de 35. Si yo fui a buscar trabajo y me dijeron que no porque tenía 33 años les mandé una foto y todo de mi cara para que vieran que no soy vieja ahora dígame una persona de 40 años es durísimo”.

Tenemos menciones del rol de la mujer en la edad adulta que aportan experiencia de vida, por lo cual deben ser respetados.

“Pues yo estoy de acuerdo cuando el abuelo y la abuela aporta la experiencia a la familia ellos van a aconsejar a los nietos, a los hijos que están más jóvenes entonces hay que respetarlos sobre todas las cosas que ya ellos son mayores que uno, antes hay que cuidarlos, no explotarlos en trabajo, ni nada dejar que hagan lo que ellos desean porque ellos están pasando por una etapa diferente”

Si además de ser mujer, se es migrante, las condiciones de riesgo, de estigma se acentúan.

“...A mí me ha tocado que cómo soy migrante, entonces hay muchas partes que uff por culpa de los demás, entonces “no es que tú eres Venezolana,” “No es que tú esto...” ...

Papel de un hombre

Sobre el rol del hombre, tanto mujeres como varones coinciden en que el hombre tiene el rol de “cabeza de hogar” y proveedor de la familia; además los hombres refieren que son ellos quienes deben proteger a la familia.

“Ser cabeza de hogar... el cumple el rol en la casa, el que trabaja y... ser buen esposo y ser buenas personas en la sociedad.”

“El hombre es el que tiene que estar pendiente de las cosas del hogar, la comida, lo que uno necesite a diario y pues... el hombre es el que tiene que dar la cara por uno, que ahora en estos tiempos se comparte y mutuamente tenemos que ayudarnos”.

“El hombre siempre se ha caracterizado por ser el macho, el macho alfa que siempre tiene que estar con el sostenimiento del hogar, de la familia así mismo lo puso Dios, pero siempre el hombre es la cabeza como del hogar.”

“Para mí el hombre es como el que dice el dicho el que lleva el sustento a casa, pero también el que está ahí comprendiendo la mujer, es el que da

el respeto a la mujer, a la pareja porque hay mujeres que porque son hombres usted solo vaya a trabajar y hacer lo que debe de hacer y ya y venga a la casa y ya no el hombre también es darle su lugar”

Si bien se considera que existen roles compartidos con la mujer haciendo referencia a la igualdad de género, se le adjudica la responsabilidad principal al varón.

“El papel del hombre... siempre es el que trabaja, el que está pendiente de las necesidades. Aunque ya hoy es muy compartido, pero de todas maneras la responsabilidad es del hombre de la casa... estar pendiente de los gastos y de que todo funcione bien”.

“yo digo que los dos pueden tener el mismo papel porque la mujer también puede tener las mismas capacidades o muchas veces que no tienen hombre, ni mujer en la casa entonces es como igualdad”

Hay la percepción en las mujeres que cuando el hombre llega a la edad de adulto mayor es postergado por la familia, o también, no son considerados por sus hijos más jóvenes, llegando incluso a explotarlos.

“He visto más que todo en las partes en que vivo que los hombres mayores son los que ya estorban porque ya llegan a una edad donde ya estorban, entonces los hijos, los nietos los hacen a un ladito, se ha visto mucha...”

“Es porque yo conozco personas jóvenes que viven con sus papas personas de 70, 80 años y ellos en la casa rascándose lo que no deben, mirando televisor, metidos en su celular y los papas por allá volteando para pagar el arriendo, para comprar comida, yo conozco personas así y no me parece que unas personas bien adultas y dizque por allá vendiendo aguacates, que una cosa, que lavando ropas para ir a mantener a una persona que está entera”

Como se trata a una persona transgénero

Las mujeres coinciden que el trato hacia a una persona transgénero debe ser basado en la igualdad y en el respeto, sobre todo considerando que son personas en igualdad de derechos. Hay mujeres que han observado actitudes de discriminación de personas transgénero.

“Tratarlos con mucho respeto, porque ellos también sienten como sentimos nosotros cuando nos tratan mal y valorar también a una persona, porque es una persona igual a nosotros.”

“Malísimo, lo digo porque tengo muchos amigos así y si me ha tocado en el trabajo calmarlos porque son refiriéndose a ellos mal y no me parece, ellos también merecen respeto sea hombre o sea mujer merecemos respeto, entonces tengo a un compañero que es gay, entonces me dicen es que usted a toda hora con ese gay y yo pues parece y váyase porque pues es mi parcerero no lo voy a dejar.”

Se identifica que aún existe tabú al interior del seno familiar sobre el tema de la identidad de género y la identidad sexual; por ello, se requiere que desde la familia se eduque a las personas para brindar un entorno afectivo saludable que proteja los derechos de su hijos e hijas.

“...por ejemplo yo como mamá si a mi hija el día de mañana me llega “Mami es que yo soy lesbiana” yo como Mamá la acepto, hay otras mamás que no, o sea todavía están en un tabú de hace mucho tiempo de que se corregía es que usted es una mujer y tiene que ser una mujer, ya ahora el tiempo ha cambiado mucho entonces como ya ahora están más revelados la sociedad todavía como que no se niega a eso...”

Las propias mujeres trans que participaron en el grupo focal sostienen que la mirada hacia las personas de su comunidad ha evolucionado, pasando de la discriminación desde la propia familia y que actualmente son más comprendidas, aunque aún hay expresiones de discriminación en la sociedad.

“En estos momentos la sociedad está más abierta, pero en el tiempo que yo salí del closet eso fue en el 91 a mí en ese tiempo se decía que nosotros los homosexuales, los trans éramos el diablo mi papá me lo hecho, eso pasábamos por una esquina y fulanito aquel, pero ahora no”

“Por ejemplo en ese tiempo era muy duro, ahora no nos vulneran tanto, pero sin embargo siempre hay mucha persona que tiene mucha cosita con nosotros sin embargo no... ahora entre comillas “normal” porque siempre hay muchos que uno va pasando y ¡vean hay va la parejita! por ejemplo yo paso con mi marido yo mantengo con él donde sea y con un muchacho que también vivo yo vivo con 2 entonces decían “miren la pareja de maricas” (disculpe la expresión pero es así) y yo entre a un compañero mío al colegio porque yo vivo con 2 hombres y vean “hay viene el talco con la mujer que es marica” entonces... si, siempre hay un poquito de discriminación.”

Género y vulnerabilidad a la TB

Las participantes manifiestan como determinante de vulnerabilidad ante la TB el rol que desempeña la mujer en el cuidado de los hijos y demás personas que viven en el hogar, por lo cual postergan la búsqueda de atención médica. Como vemos, no se menciona el rol del padre en este proceso, y se asume que no participa activamente.

“Pues el proceso fue bastante difícil. Al principio fue muy difícil para las citas, porque yo vivo es con mis hijos y siempre me toca es a mí... al principio me sentía muy mal y así y todo irme a hacer esas filas a Coosalud. Siempre fue difícil, pero luego yo persistí mucho, porque quería aliviarme”

“porque como yo sufro de asfixia y mi mamá está recién operada de un ojo... yo no la podía dejar a ella sola todos los días para ir al centro de salud...”

Para las propias mujeres trans su vulnerabilidad ante la tuberculosis es mayor ya que se encuentran expuestas, tanto al VIH como a la TB, debido a las diferentes situaciones de riesgo a las que se exponen.

“Si, porque uno está más expuesto por ejemplo cuando uno vende el cuerpo está en la zona donde uno vende el cuerpo en esa zona llega todo el mundo y uno tiene contacto con el uno con el otro, con el otro, con el otro y uno no sabe quién puede tenerla y quien no sabe que tiene”.

Otra situación de vulnerabilidad mencionada por las propias mujeres

trans es la dinámica de interacción al interior de su vida personal, debiendo cumplir diferentes roles en su convivencia.

“muchas veces dicen que es el hombre el que mayor trabaja y nadie sabe el oficio que hay que hacer en una casa es más oficio en una casa que en la calle, ... por ejemplo, parte de la comunidad LGBTI pues me parece que es lo mismo porque yo con mi pareja yo soy Juan y él me trata como si yo fuera una mujer, yo mantengo en mi casa haciendo todo y claro yo debo trabajar”

Las principales condiciones de vulnerabilidad identificadas que van asociadas al género según lo comentado por casi todas las mujeres que participaron en el grupo focal, es que la enfermedad de la TB en las mujeres les genera sensibilidad emocional, la autopercepción física afecta su autoestima y en casi todos los casos se mencionan episodios de depresión.

“pero gracias a dios, mi compañero... yo le decía que no quería estar flaquita... y de hecho a la doctora yo le lloraba varias veces, porque no quería estar así. Y ella me decía que me calmara, que me iba a recuperar poco a poco. Pero es que a mí no me quedaba hambre y los pantalones me quedaban anchos y me tocaba estar amarrándome, poniendo cualquier cosa...”

“Y muchas veces, uno deprimido... yo le pedía a dios la muerte... le decía que yo no quería estar así, que era muy difícil de verme así flaquita.”

Algunas mujeres mencionaron que la depresión conllevó a ideación o intento de suicidio, causada por la autopercepción física negativa que reducía su autoestima o por el impacto del diagnóstico de TB.

“Yo pensé que era una gripa y me dio tos... pero a mediados del año pasado yo tuve una crisis de depresión y me tomé un veneno y me dio un paro respiratorio. Entonces yo pensé que la tos que tenía en diciembre era a raíz de eso y no le puse mucho cuidado”

En este mismo sentido, algunos varones comentan que también han pasado por la afectación emocional generado por el diagnóstico de TB, el temor a la muerte o a transmitir la TB a otras personas.

“Psicológicamente ha sido una gran ayuda dios porque si tengo mucho conocimiento también de parte de dios y ha sido mi ayuda porque la depresión ha sido algo muy fuerte y la soledad también, si te deprimas, no sabes si te vas a morir, si vas a seguir, cuánto vas a durar, cuánto no vas a durar, la soledad que siempre me toca estar solo para no dañar a los demás el peso psicológico que te meten “ojo va a infectar a los demás” las demás personas a veces se sienten comprometidas o asustadas de que no la vayan a contagiar no sabiendo de cómo es la enfermedad, entonces es una parte difícil pues no llega a un trabajo diciendo yo soy positivo por tuberculosis entonces en ese caso es difícil de que te toque lidiar muchas cosas solo, pienso yo”

Otra condición de vulnerabilidad mencionada por las mujeres es la coinfección TB/VIH, ya que tienen mayor exposición mayor al riesgo de otras

enfermedades, más aún si se trata de una mujer en el ejercicio del trabajo sexual.

“También debemos saber que cuando las personas que estamos en situación de vulnerabilidad, que ejercemos el trabajo sexual y estamos muy expuestas a la intemperie también estamos expuestas fácilmente, posiblemente a contagiarnos en la calle, en el espacio donde compartimos porque es una infección aeróbica.”

La vulnerabilidad TB/VIH también es mencionada por los varones, quienes comentan que debido al debilitado estado inmunológico producto del VIH fueron expuestos a la TB, otro participante refiere que en reiteradas oportunidades han reactivado la TB aun estando en tratamiento antirretroviral.

“En el caso mío por ejemplo yo supuestamente tengo el VIH hace 12 años, supuestamente a mí la tuberculosis me salió fue de esto por las defensas muy bajas”

“Para mí ha sido un proceso muy duro porque yo me enteré de que tenía VIH por medio de la tuberculosis eso fue en el 2005, desde el 2005 empecé yo con retrovirales y me ha repetido la tuberculosis más de 16 veces después de terminar el tratamiento al año, a los 6 meses ha sido resistente. Estaba la carga viral indetectable y en enero se dieron cuenta de que estaba otra vez la carga viral subiendo y me repitió la tuberculosis a finales del año pasado, de la nada me repite los pulmones se quedaron con cavernas por la tuberculosis, tengo los pulmones prácticamente deshechos por la tuberculosis”

Que hacen las personas cuando se enferman.

En primer lugar, las mujeres que participaron de los grupos focales identifican que, frente a la presencia de síntomas no lo han relacionado con la TB, por lo que lo han dejado pasar o han creído que era otra enfermedad.

“No le paramos bolas a eso y ya, lo que hice la señora ya, vómito sangre ya demasiado tarde. Pero pues también lo que decía desinformación uno a veces no es consiente, pues la gravedad de la de la enfermedad hasta que no la vive y hasta que no está, pues ya en la situación”.

“... me daba fiebre, me dolía la cabeza, me dolía la espalda y me ponía a toser y botaba flema. Yo no creía que tenía esa enfermedad, pensaba que era otra cosa. De ahí mi hija me fue a traer de Nariño y ya vine aquí a los exámenes y ya me dijo el doctor que tenía esa enfermedad”.

“pues uno de los síntomas de alarma fue la torcedera y los malestares corporales se sienten como una gripa, como un malestar general, y uno realmente lo asocia como a un resfriado. Por eso muchas veces el descuido, pero cuando ya uno ve que la tos es muy persistente y que los pulmones empiezan a doler cuando ya uno comienza a toser con mucha fuerza con mucha frecuencia tiene que por precaución”

Se menciona la automedicación como una medida para hacerle frente a los síntomas que no fueron asociados con la TB, debido a la desinformación.

“Yo sí me auto mediqué, porque como no encontré solución, entonces yo

quería era quitarme la gripe... y seguí trabajando, pues, porque yo tenía mi empleo. Pero yo sí recurrí a medicarme, porque como no me decían... aunque yo sospechaba que tenía tuberculosis, yo misma me medicaba y yo decía que no quería estar en la cama. Una mujer tan activa, tan trabajadora y está de la noche a la mañana tirada en una cama, que no puede uno levantarse ni nada de eso... yo sí me automediqué. Pero ya ahorita que me detectaron, me están dando el tratamiento, gracias a dios a mí no me ha fallado mi tratamiento.

“Eso le pasó a mi papi, entonces, ya cuando lo llevamos al médico ya era irreversible, ya no, ya no tenía cura ya había avanzado mucho, pero pues, de todas maneras, desinformación, porque pues igual si la primera vez, había salido positivo y él había estado en contacto conmigo, pues también debería haber sido como más persistente con el médico...”

Algunas mujeres han acudido a médicos particulares, al ver que los síntomas persistían fueron derivadas a establecimientos estatales.

“Yo también tuve médico particular pero no me decían y mi dolor seguía constante, constante y me dijeron vaya al centro de salud que ahí es lo más seguro que le van a decir que tiene en realidad y yo sólo me inhalaba, pero el dolor no se me quitaba y me fui a ese centro de salud”

También hay situaciones en que han asistido al establecimiento de salud, pero no le realizaron el descarte de TB de manera oportuna, por lo que recibieron medicación sintomática, solo al agravarse su situación de salud lograron el descarte de TB.

“yo iba al médico, pero como siempre me mandaban jarabes para la tos y cosas así... cuando me mandaron con Luz Elena fue que me dijo que era sospecha de tuberculosis, porque yo empecé a botar sangre... con la flema botaba sangre y ahí fue que me asusté y comencé a venir más seguido al médico y ahí fue que me dijeron”.

7.2.2.2. Barreras de Género

En ir a los establecimientos de salud

En esta etapa de la cascada de tratamiento inicialmente han acudido a médicos particulares para recibir atención inmediata, sin embargo, no recibieron el diagnóstico oportuno de TB, lo cual se convierte en mayor gasto y demora en inicio de tratamiento.

“Yo también tuve médico particular pero no me decían y mi dolor seguía constante, constante y me dijeron vaya al centro de salud que ahí es lo más seguro que le van a decir que tiene en realidad y yo solo me inhalaba, pero el dolor no se me quitaba”

“Sí me demoraron. Yo fui al Carlos Holmes a exámenes de aquí para allá... pagué un millón de pesos y no me hicieron nada... Ya luego vinimos acá y ya me dieron el resultado.”

En buscar atención médica.

Tenemos comentarios referentes a experiencias en la demora del

diagnóstico, el cual se dio cuando los síntomas habían empeorado, lo cual genera descontento, frustración y por ende dificultades serias en el acceso oportuno a la atención médica.

“En mi caso se demoraron para descubrir eso porque fue desde septiembre hasta diciembre, pero era porque los médicos no me ayudaban con eso y ya fue porque a lo último ya tuve que ir y me enoje, ya si me tuve que rebotar porque yo era vomité sangre y no me corrían con eso entonces ya cuando uno se pone un poco más agresivo (risas) sí es verdad porque donde yo no me hubiera puesto así, a mí no me hubieran atendido porque yo iba por urgencias y me decían que no que eso era una gripa...”

“Pues yo creo que... que cuando uno tenga los síntomas lo mejor es persistir, estar muy atenta a eso y hacer lo posible por uno estar en el médico, porque imagínese... a mí se me demoraron más de tres meses en diagnosticar la tuberculosis y dando gracias a dios de que a mí no me había invadido mucho los pulmones, pero pues igual ha sido duro...”

“Pero en la recaída si vuelven a presentar los mismos síntomas porque a mi mamá le dio 2 veces... la estaban dejando morir ella consulto muchas veces y nadie le prestó atención y a mi abuela le tocó pagar una particular que era la clínica de los pulmones ...”

“No es que nos demoremos es que los médicos lo demoran a uno, yo le corrí los 4 meses me mandaban inhaladores de lo uno de lo otro, se me metían por la diabetes, se me metían por el COVID, que secuelas y es lo que me ayudaron en el programa de diabetes, yo tengo un programa y hay fue que me ayudaron”

Otro aspecto mencionado es el trato que se recibe por parte de algunos profesionales, lo cual incide en la búsqueda de atención.

“...este médico la verdad me pareció muy terrible, horrible que, aparte de esto, salí regañada. Y entonces hay profesionales, o sea que no tienen, pues como esa ética, como esa humanidad...”

También se identifica como barrera en la atención es la condición de no contar con una EPS subsidiada. Recibiendo maltrato por parte de profesionales de salud sin considerar su derecho al acceso a la salud.

“he tenido inconvenientes porque pues antes era subsidiada y ahora estoy trabajando y me pasaron a contributivo, el mes pasado tuve una cita para iniciar la segunda fase y ese médico me trató horrible, yo le dije que necesitaba venirse a la segunda fase que más o menos pues mis antecedentes yo salí de trabajar y me fui para no perder la cita...”

En recibir el tratamiento.

Se identifica situaciones de retraso para lograr el tratamiento oportuno, la mayoría refiere que fue por la demora en el diagnóstico.

“A mí me dio tuberculosis no tuve tratamiento y lo que se veía en el pulmón era cicatriz, ...yo a la doctora de secretaria de salud le mostré lo

que me habían hecho y ella me dijo: ¿por qué el neumólogo no la metió inmediatamente al tratamiento de tuberculosis independiente si estaba activo o no? “

“con el tiempo empecé con la tos y me decían esos son síntomas de COVID después del tiempo empecé a bajar de peso, mi dolor en el pulmón derecho era fuerte, ya luego me dijeron que tenía asma, una infección en el pulmón mandaron radiografía y me salió que tenía tuberculosis”

Un aspecto común en las mujeres que participaron en el grupo focal fue la demora en el inicio del tratamiento debió a la pandemia del COVID, en este tiempo se enfocaron en estos casos y dejaron de lado otras patologías como la TB.

“Yo creo que una de las desventajas que tuvimos porque por lo que veo nos dio al mismo tiempo, fue la pandemia porque los doctores se enfocaron mucho en el COVID, COVID, COVID, yo empecé con los síntomas desde junio y empecé tratamiento en Octubre y todos esos meses me decían que yo tenía secuelas de COVID y yo les decía mira tengo fiebre de 39 por 3, la sudoración en la noche, he perdido 10 kilos y me decían dízque “quien sabe más usted o yo” un médico me dijo esas palabras y yo le dije se supone que usted pero debe de entender que antes de que existiera esta pandemia habían otras enfermedades y es una enfermedad que yo ya he vivido”

Para algunas participantes el contar con el SISBEN, no garantiza el acceso a medicamentos, inclusive hay carencias en los exámenes auxiliares.

“...ahorita que ya tengo el Sisbén y estoy en el tratamiento, todo ha sido excelente atención, siempre están pendientes... me están llamando para las citas. Lo único es que no me han entregado los medicamentos, porque cuando uno va a ir por ficho (turno) y hace uno la fila... y cuando va, pues no hay ninguno de los medicamentos. Y los exámenes que me mandó la doctora, pues tampoco me lo han hecho...”

“...a mí se me dificultan mucho los medicamentos de por la noche y tienen que irlos a reclamar a Super Salud porque no los entregan eso es un problema yo tengo savia Salud entonces a mí el medicamento que ya se me acabó me toca comprarlo o ir a la Super Salud para que me entreguen el medicamento...”

También se encuentra satisfacción en algunas participantes quienes refieren que desde que fueron diagnosticadas han recibido el tratamiento sin dificultad.

“bueno el acceso a la salud en Colombia, está un poco más asequible, sabemos las dificultades que tienen realmente no es un sistema de salud para todas las personas, creo que para las personas diagnosticadas con TB que se dan a tiempo, los servicios están garantizados hoy en día, si tenemos una buena información, si estamos afiliadas a una EPS o incluso hasta en situación de vulnerabilidad o en calle, creo que a las personas terminan diagnosticada con TBC se les garantiza completamente el tratamiento”

En completar el tratamiento.

Una principal barrera asociada al género es la condición de auto concepto, depresión que ocurre en las mujeres entrevistadas y que lo perciben como un factor que dificulta el proceso del tratamiento. La vulnerabilidad del género comprende que el papel de la mujer es causa del completar o no el tratamiento.

“Yo creo que volviendo al tema de la discriminación en cuanto a la tuberculosis a mí lo que me paso y creo que por eso fue que yo caí en depresión era que como yo perdí tanto peso la gente es muy imprudente y empieza “como estas de flaca y como estas de fea” entonces yo creo que esos fueron uno de los factores que a mí personalmente me afectó”

“a veces nos sentimos abrumadas, necesitamos como apoyo psicosocial, psicoemocional, de pronto como fue el acceso, si ustedes lograron acceder a ese tipo de servicios.”

“Yo por ejemplo en mi caso como yo soy depresiva era más complicado que tome esto, que tome medicamentos para la depresión, me cogió más depresión ¡ay dios! todavía me cogen unas depresiones malucas, pero hay se va tratando, pero eso es un tratamiento difícil a mí me dio muy difícil.”

Un aspecto mencionado por los varones en la etapa de concluir con el tratamiento es la cantidad de pastillas que deben tomar, lo cual es gratuito, pero no tienen apoyo del Estado para cubrir las demandas y necesidades económicas para asumir el sustento familiar.

“y ahora me tienen en ese tratamiento y la verdad no es fácil porque es un tratamiento de muchísima droga, de muchísimo tiempo, sin ninguna ayuda económica del gobierno como dice el señor”

Tanto varones como mujeres refieren que deben afrontar los efectos adversos de los medicamentos, que muchas veces afecta su desempeño en el quehacer diario.

“yo me tomaba las pastillas a las 4 de la mañana, las rodillas me dolían horrible no me dejaba parar de la cama yo me tomaba 4 pastillas por mi peso y yo me las tomaba a las 4 de la mañana el estómago horrible, me paraba con muchas náuseas y vomitaba y me dio mucha depresión de verme que yo no me podía parar de la cama porque las rodillas eran una cosa horrible yo sentía que las rodillas se me iban a salir y yo no me paraba por eso la primera fase me dio muy duro”

“Pues yo le echo la culpa a la pastilla, estamos hablando de una pastillota yo me tenía que tomar 4 de las grandes y una pequeña yo me las tomaba también a las 6 porque tenían que ser 2 horas antes y dos horas después para poderlas tomar entonces caía pesado”

“siempre ha sido el hombre el que trabaja y aporta el sustento...y entonces tienes que trabajar, tienes que producir, tienes hijos, tienes que aislarte porque hasta yo me ha tocado aislarme para vivir solo y sale más costoso”

Otra barrera para concluir con el tratamiento en las mujeres relacionado a lo financiero es cubrir con los pasajes ya que deben trasladarse para recoger

medicamentos.

“Por lo menos yo...mi esposo tampoco está trabajando, porque él es venezolano y él manejaba un jeep, pero lo entregó, porque pasaba más dañado que bueno... y cuando me tocan mis citas y no tengo para el pasaje, yo hago el esfuerzo así sea caminando y llego a cumplir las citas”.

En menor consideración se ha mencionado que la TB está asociado a muerte y este estigma genera temor, desconcierto, desconfianza al tratamiento. Asimismo, el contexto de pandemia por COVID 19 generó estigma asociado a la sintomatología que presenta al paciente con TB, y que a pesar de ello el sistema de salud priorizó en el tema COVID y descuidó otras infecciones, como así lo refieren algunas de las mujeres.

“La cosa es que todavía guardan mucho tabú a esa enfermedad uno le dice a una persona ah es que tengo tuberculosis y lo primero que le dicen es ¡Ay no se va a morir! eso es lo primero que le dicen a uno.”

“Eso sí, pero también tuvo que ver la pandemia porque los médicos se enfocaron mucho en el COVID entonces es lo que yo decía ahora entonces para ellos solo existía el COVID y las otras enfermedades se habían esfumado, entonces en muchas ocasiones yo creo que fue más por negligencia médica”.

7.2.2.3. Género y apoyo al Diagnóstico y tratamiento.

Apoyo para ser diagnosticadas.

Las mujeres comentan que el principal apoyo recibido en el proceso de diagnóstico fue a través de la familia y de la pareja, para identificar los síntomas y ser acompañadas al establecimiento de salud.

“Pues la que me diagnosticaron a mí, como digo, fue a tiempo, fue pulmonar, pues uno de los síntomas de alarma fue la torcedera y los malestares corporales se sienten como una gripa, como un malestar general, y uno realmente lo asocia como a un resfriado. “

“Una vez mi hermana fue y me pidió cita, ella hizo todas las vueltas conmigo. Aunque un día yo no pude ir, yo me quedé en la casa... y a ella (hermana) le dijeron que yo tenía tuberculosis.”

Algunas mujeres coinciden que se brinda acceso a la salud para el diagnóstico de TB, a pesar de otras dificultades que pueden tener el Sistema de Salud, sin embargo, se dan a tiempo y si se es población vulnerable se accede prontamente.

“...el acceso a la salud en Colombia, está un poco más asequible, sabemos las dificultades que tienen realmente no es un sistema de salud para todas las personas, creo que para las personas diagnosticadas con TB que se dan a tiempo, los servicios están garantizados hoy en día, si tenemos una buena información, si estamos afiliadas a una EPS o incluso hasta en situación de vulnerabilidad o en calle, creo que a las personas terminan diagnosticada con TBC se les garantiza completamente el tratamiento.”

Apoyo para recibir tratamiento.

Dentro de las facilidades en la cascada de tratamiento, lo que las mujeres entrevistadas refieren como principal apoyo es el acceso a los medicamentos por parte de los y las proveedoras de salud. Este apoyo se brinda por las condiciones de vulnerabilidad que tienen las pacientes o por limitaciones para poder llegar a tiempo para recoger sus medicamentos son entregados a un familiar o por otro personal del centro de salud.

“Yo tampoco he tenido inconveniente con la entrega de los medicamentos... yo recibo los medicamentos en el puesto de salud de Potrero Grande y el auxiliar de enfermería es muy asequible a las necesidades que tenemos. Si podemos ir, recibimos los medicamentos allá y si no puedo ir, yo le digo y él me los manda”.

“Yo también cuando no puedo ir, yo mando a mi nieta por la droga... a mí la droga no me hace falta, yo la droga sí me la tomo. Cuando no puedo ir, mando a alguien, pero siempre me la tomo.”

Además, las proveedoras de salud monitorean el tratamiento a las pacientes, de manera ambulatoria o de manera virtual para evidenciar el cumplimiento de su tratamiento

“A mí nunca me han faltado con la droga... todos los días voy y a mí me la dan constante, porque como yo sufro de asfixia y mi mamá está recién operada de un ojo... yo no la puedo dejar a ella sola todos los días para ir al centro de salud de Decepaz. Entonces allá me la dan para yo tenerla en la casa y yo me la tomo todos los días y cuando termino la droga, llevo el papelito o les tomo foto y se la mando a la doctora, para que vea que sí me la tomé... y ya.”

“A mí, gracias a dios en ese proceso no he tenido que llamar, pues de donde me dan el medicamento, la doctora Luz Elena siempre ha estado pendiente y constante conmigo. Entonces cuando voy por el medicamento, ella me dice lo que tengo para el otro día... y pues yo estoy pendiente o si no ella me llama y me recuerda.”

Compromiso y participación significativos

Una minoría de mujeres del estudio refieren que ha participado en procesos de capacitación y charlas sobre TB, Hepatitis. Además, esto ha servido para fortalecer un trabajo articulado con otras instancias, con población vulnerable de mujeres con VIH y activismo en derechos reproductivos.

“yo personalmente me estoy capacitando para tener las charlas ahorita desde el personal de vigilancia en adelante, y a todos los sectores correspondientes a la salud”.

“La fundación (inaudible) ya hemos venido trabajando en un proceso hace seis meses capacitando al personal de salud, nos estamos capacitando precisamente para esto, es un tema muy importante que estamos tratando”

Una mujer comparte su experiencia en la que refiere que, frente a la negligencia en la atención, su madre interpone una Acción de Tutela a raíz de lo cual incursiona en el activismo para defender los derechos vulnerados de otras personas con TB; esto nos da luces que a raíz de situaciones negativas se motiva a las personas en los procesos de participación comunitaria.

“A él le dio tuberculosis extrapulmonar. Entonces con él fue más delicado meter tutelas, meter derecho a petición, la entrega de los medicamentos fue una lucha con él hasta que por fin, los médicos venían de Bogotá, purificación Tolima donde soy yo, y es él, pues era él, y mi mamá le tocó volverse activista, con las personas que vivimos el diagnóstico porque la familia, pues habíamos dos personas con el diagnóstico, con mi hermano fue muy complejo le tocó lucharla mucho a mi mamá mucho, mucho, qué cosa tan impresionante, pero bueno, a la larga, pues a consecuencia de eso, otras personas salieron beneficiarias porque ya mi mamá le enseñó a las otras personas cómo debían de tener las rutas a exigir su salud en cuestión de tener HIV aparte de tener HIV, tener enfermedades asociadas al virus, como por ejemplo, la tuberculosis.”

7.3 Exploración e Identificación del contexto legal de TB

7.3.1. Entorno legislativo y de políticas: poblaciones clave y vulnerables

7.3.1.1. Población clave 1: Personas que viven con VIH

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

En Colombia, el enfoque legal en VIH se basa en el decreto 1543 que es la Ley Nacional de SIDA de 1997, bajos los cuales se determina los servicios a las personas infectadas por VIH, el plan de beneficios también y detalla cómo debe funcionar.

“Tenemos nuestro decreto 1543 de 1997 que es conocido en nuestro país como la Ley Nacional de SIDA, es un Decreto Ley, 1543 de 1997, se solicita actualización y hasta el momento nunca salió ninguna actualización está allí, y ha sido regulado por circulares, Resoluciones, digamos que han intentado un poco darle mayor viabilidad e irlo ajustando al contexto. También está la Ley 1751 del 2015 Ley Estatutaria en Salud y la Ley 100/93, estos tres actos normativos son muy importantes, la Ley 100, estructura el sistema de salud con unos modelos de atención privada, basados en el aseguramiento, entrega a las entidades administradoras de los planes de beneficios y a partir de allí se crea el PDES.”

Se cuenta adicionalmente con el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS el VIH las Coinfección TBC/VIH y las Hepatitis B-C, este plan ha sido renovado para el periodo 2022-2025 donde se incluyen algunos aspectos adicionales del manejo clínico de la Coinfección TBC-VIH, prevención, diagnóstico, y atención del VIH.

“...desde VIH también tenemos por supuesto las Guías de Práctica Clínica, tenemos 2 Guías de Prácticas clínicas, la Guía de Adultos y la Guía de

Niños, Niñas y Adolescentes, entonces ahí pues también hay unos parámetros específicos pero clínicos, más que todo es de lo clínico para el manejo de la prevención y de la Coinfección con TBC.”

A partir del contexto de pandemia, surgió la norma 019 del 2020 para indicar los nuevos procedimientos sobre el tratamiento antirretroviral. Encontramos además la Guía de Práctica Clínica Basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes del 2021, con la incorporación de recomendaciones para el abordaje de la Coinfección TB/VIH.

“...a partir de allí salen las normas 019 del 2020 en el contexto de pandemia, indica cómo se deben de entregar medicamentos post exposición, accesibilidad, la oportunidad, todos esos aspectos condicionantes a los PVV, pueden ser atendidos por telemedicina, procesos de asistencia domiciliaria”.

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

Las personas con VIH son una de las principales poblaciones vulnerables para contraer la TB, están incluidas en el régimen subsidiado, sin embargo, el proceso de incorporación tarda muchos meses ya que requiere la visita domiciliaria, ser aprobado en la oficina de planeación en la ciudad para obtener el carné que te identifica como beneficiario de esa EPS; para acceder a la cita con el médico general deben esperar por lo menos dos meses. Existe dificultades en la entrega de medicamentos antirretrovirales, ya sea por demora o por el fraccionamiento; algunas veces no hay citas para médicos especialistas y esto trae complicaciones que pueden agravar su condición de VIH y TB, poniendo en riesgo su salud.

“...hay muchas barreras que entorpecen la atención digna y oportuna de la persona en salud, que ya debería de atenderse de manera pronta, hemos calculado aquí hemos hecho en el observatorio una persona de que ya está diagnosticada...la mandamos para la EPS, que desde el tiempo que la mandamos de la EPS hasta que reciba la atención y la atención es tomarse la “pepa”, medicamento antirretroviral puede pasar hasta tres meses, ósea tres meses que se han perdido, de una persona que necesita la medicación para la semana siguiente, la tramitología que obstaculiza la atención digna y oportuna, por eso lo digo, no es garante que tengas el carnet o el documento ETPV...”

Las personas con VIH forman parte de la campaña “Indetectable igual intransmisible”, si una persona con VIH se diagnostica tempranamente y accede a tratamiento antirretroviral suministrado adecuada y regularmente tiene un claro efecto preventivo, porque corta la cadena de transmisión del VIH, disminuyendo la carga viral en la sangre. Si bien esta labor es parte de las políticas nacionales, la respuesta de la población respecto a la intransmisibilidad no reduce el estigma o discriminación que se tiene a las personas con VIH. En tal sentido, tanto en VIH como en TB, el estigma y discriminación es parte del diagnóstico y se requiere mayores esfuerzos para desmitificarlos.

“¿Qué nos encontramos? Que los doscientos pacientes que tuvimos en el

proyecto en el estudio 35 familias tuvieron que pasar por asesoría con trabajo social, psicología y con el médico experto para lograr entender y caer en cuenta que el hecho que un familiar viva con VIH no representa un riesgo para la familia a menos que haya contactos sexuales o fluidos corporales como sangre y además que la persona debe estar indetectable.

Poder llevar ese clic a la sociedad es como muy difícil, otra de las manifestaciones que se han dado en una encuesta reciente es que el 93% de los que se les pregunto de mil personas encuestadas, se les preguntó ¿Usted tendría contacto sexual con una persona que le indica que vive con VIH, pero además le afirma que es indetectable? 93% dijo que no, las cosas como estas hacen que las personas se auto estigmaticen...”

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

A nivel nacional se cuenta con el sistema de vigilancia epidemiológica en salud pública SIVIGILA, utiliza una plataforma web a través de la transmisión de archivos planos y no es exclusiva para TB, a partir del cual se identifica a las diferentes poblaciones clave; los entrevistados concuerdan que este sistema de monitoreo aún tiene dificultades.

“...todavía estamos muy estancados en los procesos de recolección de la información , nos toman tanto tiempo y consolidación de la información que no podemos llegar a lo que realmente se necesita , es el análisis de la información y el uso de la información , entonces...afortunadamente hace un informe nacional muy bueno por ejemplo se ha podido llegar a un siguiente nivel en donde más o menos 1 a 2 veces por año veo que hace retroalimentación a los territorios frente las fallas...”

“...si lo datos se cargaran completos nos dieran una mirada más amplia, porque digo si se cargaran completos, porque todavía se evidencia, bueno y estuve de cerca liderando una institución de salud hace unos años y pues yo coordinaba a la persona de vigilancia epidemiológica y ella me decía: se ha dejado de cargar cosas como la identidad de género, dejan de cargar en la plataforma, la sintomatología. Todavía las anamnesis no son completas para cargar síntomas que direccionen a pensar que hay TB todavía, o sea hay barreras...”

En este sistema de vigilancia SIVIGILA se incluyen las diferentes patologías de interés en salud pública como VIH y TBC, por lo cual los encargados de alimentar la base tienen dificultades para mantenerla actualizada. Así como la disponibilidad de internet en diferentes niveles de los servicios de salud que prestan atención a los pacientes TB.

“...por ejemplo el SIVIGILA que es una plataforma de vigilancia epidemiológica nacional, debería tener datos completos, es una plataforma bastante completa diría yo bastante robusta que yo pienso a veces que es un tema de manos, es la gente , que no carga la tarea completa en esta plataforma, se han capacitaciones a nivel país , yo de eso si doy fe porque he participado de muchas de ellas, pero a la hora de que bajen la información al prestador primario , este todavía falta , falta mucho por seguir implementando ,entonces han definido estrategias para que no sea cargada solo por el líder de vigilancia epidemiológica de la institución sino para que haya. En el año 2018 hay una norma en el país para que en diferentes puestos dentro de una IPS en todos los computadores este cargada la plataforma y los médicos tratantes

enseguida allí carguen en tiempo real la información y no que sigan llenando la ficha manual”.

Concuerdan que el sistema requiere ser más ágil, que sea en tiempo real y automático. Adicionalmente proponen la necesidad de entrenar a los líderes y lideresas de la sociedad civil, en monitoreo y liderazgo por la comunidad, como parte del control social en vía ciudadana, y rendición de cuentas.

“proceso que si fuera automático , que si pudiéramos tener en un sistema información de tiempo real , sería muchísimo más práctico, más real y le ayudaría a hacer la validación casi que automática , si allí tenemos, o sea por o menos desde el nivel nacional no tenemos suficientes herramientas para uno poder decir listo , no necesito invertir 10 ...20 horas en esto sino ya me puedo dedicar a lo que realmente debiera que es al análisis , es el uso de la información , a ese nivel realmente no estamos “.

Adicionalmente, la organización ENTERRITORIO ha propuesto la plataforma SISCOSSR que permite se cargue información desde el abordaje comunitario como el abordaje institucional, ya que el SIVIGILA es sólo para cargue institucional, de la institucionalidad. Esta plataforma SISCOSSR puede ser utilizada por los gestores comunitarios, incluye, además la entrega de paquetes de promoción y prevención. Este sistema es importante ya que considera dentro de la población con VIH y a la población LGTB como población vulnerable.

“el SISCOSSR sí permite identificar si es población clave, si es población LGBT, si es HSH, si es Trans, si es TS, si es Queer, o sea el SISCOSSR si permite cargar todo eso, permite cargar tamizajes para VIH y permite cargar información de que se está direccionado para prueba de TBC esas son las 2 plataformas de vigilancia epidemiológica que permiten cargar una información que suma al contexto comunitario y otra información muy institucional.”

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

Existe experiencia previa de las organizaciones de personas con VIH en Colombia, que a través de los años ha logrado un posicionamiento en las políticas públicas, destacando su participación permanente en el desarrollo de estrategias de educación, promoción y prevención de la transmisión del VIH y otras ITS, así como en el acompañamiento de sus pares demostrando que pueden fortalecer la adherencia al tratamiento antirretroviral, siendo alternativas válidas para incluir en los programas de atención; la estrategia de pares, los grupos de apoyo o grupos comunitarios reducen el estigma y fomentan espacios de confianza, que genera un efecto positivo en las dimensiones psicológicas y sociales. En la Resolución 1314 del 2020 se genera condiciones para la realización de pruebas rápidas para VIH en ambientes comunitarios y extramurales. favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al diagnóstico oportuno, especialmente en poblaciones más expuestas a factores de vulnerabilidad frente al VIH.

En las entrevistas se reconoce que se están dando pasos importantes de la participación de OSC de TB en diferentes espacios como en la elaboración del

plan de SENAL y en el Plan estratégico de TBC, el plan de VIH. Esto está permitiendo que organizaciones de las personas directamente afectadas a través de sus representantes se involucren más activamente. Señalan además que existen otros mecanismos de participación en Colombia, en las veedurías ciudadanas en VIH para conocer qué tan efectiva es la atención en VIH.

“Pues, acá en Colombia, existen lo que se llaman las veedurías ciudadanas. Una veeduría puede ser constituida por personas del común, interesadas en algún tema específico. Y, esas veedurías específicamente van destinadas, pueden dirigirse. Hay veeduría en VIH, por ejemplo. Entonces, a ver que se está haciendo y como se está haciendo y que tan efectiva está haciendo la atención. Yo creo que, desde lo escrito como tal, sí hay como estrategias que permitan y que faciliten esa participación. Creo que la participación no se da siempre de manera activa, pero porque tampoco está el conocimiento de que eso sea posible. Porque de todas maneras la participación ciudadana termina viéndose como en un segundo lugar”.

Por otro lado, se contempla el trabajo de las Organizaciones de Sociedad Civil con el financiamiento del Fondo Mundial, desarrollando materiales educativos relacionados a la Confección TB/VIH.

“...desarrollamos unos materiales comunitarios para trabajo en TB y VIH entonces en ese momento por ejemplo convocamos a líderes de las comunidades, personas que ya se destacaban en el tema de TBC principalmente y algunos líderes desde VIH por ejemplo y se desarrollaron unos materiales para que la comunidad los líderes comunitarios tuviesen algo con lo que pudiesen trabajar con las comunidades en el tema de la coinfección con TBC/VIH.”

En la Resolución 00227 se ha incorporado la Participación social, movilización social y empoderamiento de las personas afectadas por TB; se reconoce en el marco de las 134 de 1994, 1438 de 2011 y 1751 de 2015, mediante la Resolución 2063 de 2017, Colombia adoptó la Política de Participación Social en Salud, como instrumento para cualificar los procesos de participación de los agentes del sistema de salud y partes interesadas, para mejorar la calidad de vida de la población. A través de la propuesta del Fondo Mundial como primer donante a nivel país y el Mecanismo Coordinador de País donde también forman parte las comunidades, se les incluyó en propuestas a nivel nacional si bien forman parte las comunidades como un elemento fundamental, de hecho, todavía falta mayores esfuerzos para fortalecer su involucramiento.

“tengo una crítica muy constructiva para el MCP, es que no le debe de pasar al RP, al Receptor Principal, los recursos del Fondo, las estrategias comunitarias, porque desvincula a la sociedad civil de la respuesta y digamos que más allá de una subvención que pueda estar funcionando en este momento, en diez años que va a pasar cuando el Fondo diga ya no hay más recursos, donde va a quedar la respuesta fortalecida, si uno de los objetivos del proyecto del Fondo Mundial para Colombia es fortalecer la respuesta institucional y comunitaria frente al tema de Tuberculosis y VIH, otra cosa, en la actualidad sólo se está manejando VIH y algunas acciones colaborativas TB – VIH, pero por ejemplo no tenemos test comunitario”.

La institucionalidad necesita un ejercicio de liderazgo, para que incida en la decisión de los tomadores de decisión porque para que el Fondo Mundial como cooperante ingrese al país es desde la vía institucional y convenios con el Estado.

“...por nuestra Constitución Política todas las personas que vivimos en el territorio nacional hay una responsabilidad directa del Estado , entonces si hay alguien que está trayendo recursos, está trayendo cosas en beneficio para la población es el Estado quien debe de vigilar que es lo que pasa con eso , entonces si debería ser tenido en cuenta y de hecho yo considero que así es , pero para que sea mucho más tenido en cuenta tiene que haber un ejercicio de liderazgo genuino en los que participan del MCP”.

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

Los entrevistados refieren que existe altos índices de estigma y discriminación contra las personas viviendo con VIH, los HSH y las mujeres Trans en diferentes ámbitos: desde la familia, el entorno laboral, el entorno social. Se asocia el diagnóstico de VIH con comportamientos sexuales, con identidades y orientaciones sexuales, incapacidad laboral por recurrencia de comorbilidades asociadas como la TB, y socialmente enmarcado en connotaciones morales y religiosas. Las mujeres con VIH también han sido víctimas de estigma y discriminación y quienes han interpuesto alguna demanda sus casos no han sido resueltos con la celeridad debida.

“en el núcleo familiar sigue habiendo asociación del diagnóstico del VIH con comportamientos sexuales, con identidades y orientación sexual, tiene connotaciones morales y religiosas que son muy fuertes, en el entorno laboral tiene que ver con todo el tema de la desinformación de las habilidades y capacidades que las personas, y lo asocia con temas de incapacidad laboral, por recurrencia de comorbilidades asociados al VIH lo que significa un costo adicional al sistema de producción, por eso hay un estigma asociado con ello, y en el entorno social aún existen paradigmas culturales, morales políticos y religiosos asociados al VIH”.

“...todavía hay altos grados de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH, eso pareciese que fuese algo cultural, es la idiosincrasia del colombiano, aún existe el tema de exclusión o rechazo, por el temor..., no me quiero juntar con esa persona o no recomiendo a esas personas, porque posiblemente, se va a morir muy prontamente, sabemos que no es una enfermedad mortal, sino crónica tratable...”

“con las que más trabajamos HSH, mujeres Trans , personas que se inyectan drogas, en general son mucho más marginalizados tienen VIH, son poblaciones que ya sobran en los temas de estigma y discriminación por su propia orientación sexual y sus propias características y yo creo que no sería muchas veces tan fácil distinguir hasta dónde llega la discriminación o estigma porque tenga VIH o porque ya son poblaciones clave , que pasa cuando hay estigma y discriminación pues muchas veces las personas los mantienen de lejos ya , entonces ya si tienen VIH no tienen VIH es probable que no tenga mucha relevancia porque ya de hecho hay un rechazo de plano frente a la acercamiento a estas poblaciones”.

“a mí me duele y lo hago desde el alma porque he visto como me han rechazado ya no tanto porque yo lo enfrento, yo ya lo digo, también hay una auto discriminación por el desconocimiento, el miedo, en los trabajos han echado a mujeres que han estado en la organización que yo manejo, hemos colocado demandas y las mujeres se han muerto antes que salga el fallo, empleadores han sacado a sus empleados sabiendo que tiene VIH...”

Se cuenta con organizaciones de base comunitaria que proveen información y apoyo a las personas que experimentan estigma y discriminación ya que la sociedad civil en VIH está más organizada y más empoderada que las organizaciones en TB.

“...por ejemplo Fundación Raza Medellín, yo sé que ellos conocen muy bien el tema legal, de derechos y muchas veces ellos ofrecen ese apoyo legal a las personas que se acercan a la Fundación y los ayudan en estos procesos para hacer las denuncias y toda la orientación legal que requieren por ejemplo, entonces si hay alguna no sé hasta dónde llega el conocimiento de los individuos pero sí hay organizaciones que tienen ese conocimiento y están más cerca a las comunidades y que si pueden ofrecer ese apoyo a la comunidad”.

Sin embargo, a pesar de la existencia de estas organizaciones, también se percibe que este apoyo debe partir de la actitud de los profesionales de salud; en la práctica existen funcionarios y funcionarias todavía con prejuicios acerca de orientaciones sexuales o identidad de género, todavía existe prejuicio y discriminación; por tanto es la sociedad civil, quien hace frente a la vulneración de derechos, establecen el puente entre estas poblaciones y las entidades del Estado para generar las demandas o reclamos.

“... la gente anda, aquí en Colombia somos pocas la gente que somos visibles con VIH, la gente anda escondida, la gente en el pacífico, la gente donde hay grupos armados anda escondido, y los mismos funcionarios públicos no tienen ética, muchos no tienen ética y la gente no sabe que a esos mismos funcionarios los pueden demandar, pero antes quien los demanda uno o ante quien lo demanda esas personas”

Si bien existen entidades estatales donde se pueden realizar denuncias como la Fiscalía, a la Policía o a la Procuraduría, no hay confianza en los procesos, debido a que se han sentido revictimizadas y el nivel de impunidad es alto.

“...te doy un ejemplo clave, la Fiscalía en temas de asesinatos a población LGTBI, el nivel de impunidad es del 97%, no existe una línea clara para acceder a las investigaciones, cuando hay esta clase de perfilamiento y todo siempre se lleva a crimines pasionales, solamente te doy un ejemplo de una entidad que está bastante comprometida en temas de popularidad o de aceptación.”

En el contexto de pandemia, el Ministerio de las Tecnologías Informáticas de Comunicación diseñó una estrategia que se llama ENTICONFIO y las Organizaciones de la sociedad civil han aprovechado esa estrategia para conocer los Webinar y han liderado en este espacio articulando con el Ministerio de las Tecnologías Informáticas de Comunicación para informarse de las rutas de denuncia frente a situaciones de bullying, estigma y discriminación.

Y a nivel académico en las Secretarías de Educación, el Ministerio de Educación Nacional ha definido estrategias para que en las instituciones educativas se conformen los Comités de convivencia, donde los padres de familia y los mismos jóvenes pueden denunciar situaciones de vulneración de derechos incluyendo el estigma y la discriminación.

“... todavía hay mucho por hacer, porque nosotros que hacemos acompañamiento también a escuelas para hacer estas actividades de promoción y prevención en TBC y VIH embarazos tempranos, consumo de sustancias psicoactivas, nosotros hacemos actividades de promoción y prevención de todas esas líneas y nos hemos encontrado con escuelas que nos han dicho, mira acompañarnos con tu trabajadora social, con tu psicóloga porque aquí se nos presentó un caso de discriminación por un chico que manifiesta una identidad sexual diferente y ya se han presentado cosas, porque no nos hacen un acompañamiento para fortalecer la estrategia que hacemos, hay denuncias en la policía, hay mecanismos de denuncia y mecanismos no solo presenciales sino virtuales.”

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

Es preciso tener en cuenta que existe un marco normativo que promueve la participación comunitaria, en este sentido, los entrevistados proponen que para mejorar la participación de las poblaciones clave se requiere una sociedad civil fortalecida en sus capacidades, con presupuesto para sustentar sus acciones de manera permanente, lograr convenios o contratos que financien las estrategias comunitarias a nivel nacional y con énfasis en aquellas zonas donde se identifique mayor prevalencia de la TB y la coinfección TB/VIH.

“...por ejemplo en Antioquia está la Liga antituberculosis, pero ha perdido su capacidad de acción y acompañamiento, precisamente por las necesidades financieras insatisfechas, siendo muy difícil conseguir recursos para financiar a las organizaciones en las acciones de la sociedad civil con especificidad en TB, porque quienes pueden ser los posibles financiadores sería el Gobierno a través de contratos en las clínicas del primer nivel de atención a quienes les cubre las acciones de prevención y promoción y a través de los hospitales también se contrata todo el plan de intervenciones colectivas, entonces no lo contrata con la sociedad civil, lo contrata con la red de prestadores; la industria farmacéutica ningún interés porque no le da réditos comerciales, las agencias internacionales lo enfocan por poblaciones pero no por TB.”

“...desde las organizaciones comunitarias y de sociedad civil que puedan hacer una vigilancia, he visto muchos comunicados sobre la falta de tratamiento, pero propiamente el abordaje de la coinfección no se ve como un tema de agenda...”

Cambios para cumplir los derechos de la población clave

Se requiere poner en vigencia y operativizar lo que está normado; con respecto al abordaje del estigma y la discriminación, proponen la necesidad de elaborar una encuesta nacional con profesionales, con PVVS y TB, con

organizaciones y así obtener información actualizada, y transparente frente al tema de estigma y discriminación. A partir de ello, implementar medidas para reducir esas brechas en la atención; en el acceso a la atención, se requiere abordar la situación de la EPS subsidiada de la población con TB y VIH ya que esa brecha entorpece la atención digna y oportuna de la persona en salud, que debería de atenderse de manera pronta.

“...hemos hecho en el observatorio que una persona que ya está diagnosticada, que la diagnosticamos nosotros como sociedad civil, la mandamos para la EPS, que desde el tiempo que la mandamos de la EPS hasta que reciba la atención y la atención es tomarse la “pepa”, medicamento antirretroviral puede pasar hasta tres meses, ósea tres meses que se han perdido, de una persona que necesita la medicación para la semana siguiente, ósea, que la tramitología que obstaculiza la atención digna y oportuna, por eso lo digo, no es garante que tengas el carnet o el documento ETPV.”

La Resolución 521 que se otorgó en contexto del COVID-19 para las personas para las personas con VIH y enfermedades de alto costo facilitó que las y los pacientes se llevaran los medicamentos a las casas. Sin embargo, las mismas trabajadoras de la salud no conocían la resolución. En tal sentido se requiere poner énfasis en la difusión y el conocimiento de los prestadores de salud sobre las normativas y resoluciones actuales.

Consideran importante realizar cambios educacionales y comportamentales asociados a las culturas, a la interrelación de los individuos, que permita reducir niveles de estigma y discriminación, ya que el marco normativo es absolutamente garantista para todo, para la identidad, para el acceso a la salud, para la inclusión social, para la inclusión laboral.

“...necesitamos mucha mayor educación, para reducir estos niveles de estigma y discriminación, esto en el ejercicio del ciudadano; también en la estructural del Estado creo debemos mejorar las condiciones asociadas a la carga laboral de los funcionarios de los entes territoriales para tener mejores intervenciones, los referentes de salud que incluye a las diferentes patologías (VIH, TB, leishmaniasis, etc.) hace imposible que se tengan mejores condiciones estructurales planeadas, verificables, con mejores resultados.

Se incide en mejorar el involucramiento de las organizaciones, mayor participación e inclusión de las organizaciones de base o líderes comunitarios que pueda acompañar a sus pares en todo el camino de la TB, teniendo en cuenta que la población con diagnóstico de TB o coinfección TB/VIH se encuentran en problemas de autoestima y autoexclusión.

“...se requeriría una articulación con las organizaciones existentes y con las nuevas que vengan, frente a que una persona pueda ser atendida en el sistema pero que también el sistema pero que también el sistema comunitario paralelo a ese sistema de atención frente a temas como información, educación, gerencia, la terapia, no abandono del tratamiento, acompañamiento en el tratamiento mira que, digamos que la falta de éxito en algunos procesos de tratamientos de tuberculosis en la falta de acompañamiento a las poblaciones claves”.

“Por ejemplo una chica trans que está ejerciendo el trabajo sexual y que a la hora de tomarse el tratamiento para la tuberculosis, fijo le salió un cliente y se va a ir a tomar el medicamento y antes de salir se le olvido que tenía que continuar con su terapia por lo menos en una hora cercana mientras si tiene un líder comunitario este va a estar, ya pues pana, usted acaba de salir del rato, venga que se le olvido tomar la rifampicina, es un ejemplo digamos casuístico, pero pasa entonces ahí vemos algunas fallas que pueden suplirse, con un adecuado funcionamiento del sistema y con una adecuada articulación”.

7.3.1.2. Población clave 2: Migrantes

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

La migración es un fenómeno social que implica grandes retos en materia de salud pública para los países receptores de población extranjera, es un determinante clave debido a que aumenta el grado de vulnerabilidad; el estatus legal o regular del migrante en las sociedades de destino condiciona de manera importante sus capacidades para tener acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales.

Respecto a la pobreza multidimensional de personas que pertenecen a hogares donde al menos un miembro es migrante y reporta ser de Venezuela, el índice nacional para 2020 se ubica en 44,2 %, 3,1 puntos porcentuales más respecto a 2019 (41,1 %). Esta proporción de población en situación de pobreza multidimensional llegó a 41,5 % en cabeceras y a 61,3 % en centros poblados y rural disperso¹⁵; estos datos son importantes en la medida que nos brinda un panorama de la situación que atraviesan las personas migrantes.

El Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV)¹⁶, es un instrumento de caracterización de la población en condición irregular con vocación de permanencia para la definición de política pública, permite contar con una descripción general de esta población. Esta población entra en proceso de regularización mediante el Decreto 1288 de 2018, que amplía las condiciones del Permiso Especial de Permanencia (PEP). En el 2018 se elaboró el Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio¹⁷, en el cual se definieron la gestión en salud, pública, el fortalecimiento a las atenciones en salud, el financiamiento y seguimiento; básicamente teniendo en cuenta la priorización de las condiciones o situaciones de estas personas.

Vemos que existe un marco legal de protección a la población migrante, aun así, los entrevistados refieren que si bien la Constitución obliga a que el

¹⁵ DANE (2021). Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020. 02 de septiembre, 2021. Bogotá DC - Colombia.

Disponible en:

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2020/cp_pobreza_multidimensional_20.pdf

¹⁶ Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos. Gobierno de Colombia. Disponible en:

http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx

¹⁷ MINSALUD. (2019). Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio. 2018. Colombia. Disponible en:

<https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

Estado debe brindar protección a toda la población que se encuentre de manera transitoria o permanente en el país, no se consideran del todo las condiciones de ingreso y las condiciones de permanencia en el país. El decreto 064-2020 indica que la persona migrante residente en Colombia que esté regularizado debe ser atendido a través del sistema de salud y debe de ser vinculado a través de un régimen Subsidiado, este trámite es engorroso y muchos migrantes irregulares sólo tienen atención en los servicios de urgencias.

“Desde el año pasado el gobierno colombiano, sacó un estatuto temporal de protección al migrante que busca, precisamente, regularizar a un número importante de migrantes para que puedan acceder, entre otros derechos, al sistema general de seguridad social en salud, pero es un proceso que va lento, es un proceso que es muy engorroso, es muy burocrático, pues en camino a la regularización muchas personas o con VIH o tuberculosis se van muriendo, es decir, así de sencillo, porque solamente la respuesta al migrante irregular es de atención de urgencias”

De acuerdo con las entrevistas, el obtener la cédula en Colombia no garantiza el acceso al derecho en salud para la población migrante, generalmente de todas maneras debe hacerse el trámite con la cédula colombiana o el documento ETPV, para que asignen una EPS, generalmente subsidiada de sus trabajos.

“...así accedas, insisto, no todos van a acceder, porque hubo una fecha límite de corte para acceder al ETPV y los que ya accedieron, sobre todo a inscribirse, apenas muy lentamente están accediendo a esa identificación. Ha sido muy lenta la entrega del documento de identificación, demasiado lenta, van como el 20 - 25%, de los tres millones, dos millones y medio de personas que accedieron, exactamente dos millones trescientas mil personas, el tener el carnet o la cedula colombiana por estatuto, no te garantiza a ti a acceder, en temas de salud, aquí puntualmente hablando, a una atención digna y oportuna, a que me refiero...”

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

En el marco institucional hay barreras administrativas y legales sobre cómo tener un estatus migratorio definido. La población migrante es un poco compleja porque la posibilidad de responder a sus necesidades depende mucho de ese estatus migratorio, ya que si es irregular el acceso a salud es limitado, lo que impacta en el diagnóstico oportuno, tratamiento y recuperación. Esta misma situación ocurre en el acceso al trabajo, por lo cual sus capacidades de ingreso se ven afectadas.

“...cuando de los departamentos nos llaman nos dicen es que tengo migrante que tiene VIH o Hepatitis o TB o cualquier cosa siempre la primera pregunta es : Es Regular ? o es Irregular , si es regular listo , entonces proceda a ayudarlo a orientarlo para que se haga el SISBEN y pueda acceder a los diferentes beneficios que se acceden con la certificación del SISVEN , pero si es irregular pues ayudarlo a tratar de regularizarse primero , entonces que primero se regularice su estatus migratorio para que a partir de allí proceder a como Estado responder a sus necesidades entonces en la población migrante esa es la principal

barrera y allí es donde ha entrado en juego la cooperación internacional que busca como suplir esa brecha que hay de oferta de servicios mientras las personas hacen su proceso migratorio”

El proceso de regularización de la población migrante demanda tiempo y trámites administrativos, que requieren asesoría para realizarlos, ya que muchos de ellos no tienen las habilidades para diligenciar los formatos en línea, algunas organizaciones han prestado asesoría para lograr regularizar su situación migratoria; esta situación es una de las barreras de acceso a los diferentes servicios de protección social incluyendo salud.

“las oleadas que están llegando de migrantes son personas sin educación, son personas pobres, que finalmente migraron y se les dificulta diligenciar, primero que para iniciar el proceso de regularización debo de llenar un formato en línea, no pueden hacerlo, tenemos gente que los acompaña a llenar su formato en línea, luego lo citan a tomar medidas biométricas, al mes o a los dos meses, luego tienen que hacer otra cosa, tiene que ir a diferentes instancias y generar esa ruta y cumplirlo para muchas personas y hay muchas personas en desventaja y eso tienen que ver también con la vulnerabilidad, entonces hay que acompañarlos y lo mismo sucede en la vulneración de derechos”

“trabajamos con población Migrante se hace un abordaje migrante ahora con todo el tema de la regularización nuestra organización apoyo mucho al tema de registro acá en Colombia se definió un documento primero un permiso especial de permanencia y luego un estatuto temporal de protección a venezolanos que definió también un permiso especial temporal por 10 años entonces nuestra organización hizo un acompañamiento a estas poblaciones para ayudarles a regularizar y a tener documentos legales que les permitieran acceder a los diferentes programas de protección social en salud”

“La ideal es que estos trámites deberían demorar no más de 40 o 45 días, en una condición ideal, pero en la realidad hemos tenido casos de personas que 7, 8, 9 meses después todavía no se ha regularizado a pesar de que aparentemente ha ido surtiendo los trámites respectivos para estar en condición regular en el país entonces es difícil que acceda a los servicios de salud”

El Estado debe responder a las necesidades de la población migrante, los aspectos administrativos de regularización de su estatus migratorio es la principal barrera de acceso a la atención en salud poniendo en grave riesgo su vida; y es donde la cooperación internacional oferta de servicios mientras las personas están en proceso de legalización migratoria. Por otro lado, aun estando en el régimen Contributivo se requiere realizar copagos que muchos migrantes no tienen la capacidad económica para solventar.

“...el tratamiento por norma en el país se entrega vamos a decirlo entre comillas Gratuito , digo entre comillas porque sabemos que hay unos costos que rodean el acceso de estas personas a tratamiento, pero la medicación como tal se entrega de manera gratuita, indistintamente que condición tenga la persona , pero si yo no le he hecho un diagnóstico previo como decido que hay que darle tratamiento, entonces la población migrante como no mientras no esté regular en el país no este con su documentación legal es difícil que acceda a diagnósticos porque ellos pueden acceder a atenciones por urgencias pero hay pruebas diagnósticas

que no se las van a hacer con urgencia sino que le hacen un manejo rápido para resolver la principal condición por la que solicita el servicio, pero el resto la persona lo tiene que pagar, mientras regulariza su condición en el país”

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

En migrantes se ha incrementado el diagnóstico de TB porque hace dos años empezó a operar un estatuto con recursos económicos y cooperantes para fortalecer el diagnóstico de TB y todo este ajuste en el sistema de información permitió obtener datos desagregados y seguimiento del tratamiento. De alguna manera con base a estos resultados se estructuran los lineamientos para las intervenciones por población.

“Vemos que tenemos un sistema de monitoreo bastante complejo por las EPS en su operación si bien el Ministerio tienen algo positivo, lo que saque el Ministerio debe ser cumplido, pero el desempeño en algunos es muy bajo”.

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

Existen experiencias de estrategias de apoyo social desde la base comunitaria, procesos de fortalecimiento a redes que incorporan asociaciones de migrantes para ampliar la provisión de servicios y oportunidades, facilitando también la perpetuación de la cultura y costumbres de los lugares de origen y promoviendo la participación política y cívica de los migrantes y sus comunidades y la capacidad para abogar por sus derechos. En este sentido, la consolidación de redes y asociaciones de migrantes pueden ser fundamentales para crear resiliencia especialmente para población migrante irregular.

Los informantes clave manifestaron que se espera que el MCP involucre a la población migrante.

“con ese Mecanismo Coordinador País, yo espero, que con esta nueva elección sea mucho más amplio, con organización de base comunitaria, con representantes de cada población que incluya población migrante, que no se les hubiese ocurrido, ... digamos que hay una falta de participación”.

Desde la sociedad civil se han impulsado proyectos de apoyo para la población migrante, con el financiamiento de ONG y cooperantes.

“bueno en migrantes el abordaje, fundamentalmente hemos trabajado mucho con AHF y con AIDSFORAID quienes son los quienes atienden en VIH a las personas Migrantes, entonces con ellos por ejemplo siempre se busca hacer el link de cuando en las entidades territoriales tienes personas con VIH con TBC que son migrantes pues se pueda hacer como esta relación con las organizaciones internacionales que están trabajando en el tema, de manera que la población migrante pueda acceder a los servicios que requiere”

Las organizaciones con trabajo de migrantes brindan apoyo a la población, sin embargo, no forman a la población para hacer abogacía y ser parte de estos comités o veedurías que impulsan su participación social y exigen

sus derechos.

“...Deberíamos estar llamados a la construcción de las políticas públicas, ... y yo le decía cuando trabajaba en COREI es culpa de las mismas organizaciones que trabajan con migrantes... nos encargamos de darle atención a las personas de darles medicamentos y conseguirle todo pero no hacemos como la formación en abogacía que se debería hacer y digamos formar líderes de las poblaciones migrantes que estén en los escenarios de los migrantes de toma de decisiones para exigir sus derechos entonces por más que yo quiera exigir los derechos...”

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

Con los migrantes hay dos percepciones generales, una percepción de acogida a la población migrante con políticas y marcos normativos muy claros y definidos de garantías de derechos especialmente en derechos laborales, derechos en salud, derechos a la educación, inversión de recursos del Estado para subsidiar muchas de necesidades y requerimientos de la población migrante; pero también hay una percepción social que permiten un discurso social asociada al incremento de la criminalidad y delitos, que permiten construir un discurso social, por un lado de rechazo y también de prevención.

Frente al estigma y discriminación existe apoyo y la población más vulnerable las conoce, el mecanismo más efectivo es la Acción de Tutela que es un sistema de restitución de derechos a nivel judicial, con medida muy rápidas.

“Existe una medida provisional que es fallo inmediato para evitar un daño mayor e irremediable con un fallo no mayor a 10 días hábiles, siempre que se logre evidenciar un nivel de estigma y discriminación, se emite una sentencia que protege individuo y sanciona a quien tiene comportamientos estigmatizantes; existe el tema legal relacionado al derecho a la dignidad y a la igualdad a nivel constitucional y todas las leyes incluyendo las salud, laborales, penales, comerciales, a nadie se le puede negar la compra de una casa porque sea una persona viviendo con VIH, o porque sea migrante, o por otra condición, si esto sucede existe el mecanismo de restitución del derecho esto es en todos los ámbitos la estructura estatal los protege, pero una cosa es la estructura y otros los hechos...”

Identifican que, un aspecto que no favorece a la población migrante es aquellos migrantes que generan caos y cometen delictivos, reforzando el rechazo y la discriminación.

“llega un momento que, al presentarse, aunque no uno no se puede decir que el incremento en la inseguridad es debido a los migrantes por su puesto mucho de los casos de inseguridad que se empiezan a publicar en las noticias en los periódicos, son justamente aquellos que son perpetrados justamente por personas migrantes y todo eso empieza a generar como el rechazo y la xenofobia...”

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

Refieren los entrevistados que no se ha propuesto desde la propia comunidad de migrantes alguna iniciativa que facilite la incorporación de los

migrantes con TB. Se requiere motivarlos para lograr representatividad ante los entes gubernamentales y abogar por el cumplimiento de sus derechos, ya que el marco normativo propicia la participación social y comunitaria a través de la sociedad civil.

“...es culpa de las mismas organizaciones, que trabajan con migrantes porque digamos nos encargamos del tema asistencial ósea nos encargamos de darle atención a las personas de darles medicamentos y conseguirle todo, pero no hacemos como la formación en abogacía que se debería hacer y digamos formar líderes de las poblaciones migrantes que estén en los escenarios de los migrantes de toma de decisiones para exigir sus derechos entonces por más que yo quiera exigir los derechos...”

“las organizaciones con trabajo de migrantes no se encargan de hacer o formar parte de estos comités ni de formar veedurías ni de impulsar la participación de las personas.”

Cambios para cumplir los derechos de la población clave

Se requiere mejorar las condiciones migratorias y para ello se requiere participar en los procesos de cómo obtener la cédula. En Colombia, antes se manejaba un carné de la EPS, para atenderse en el sistema de salud y en el sistema general de seguridad social. Considerando que este proceso demora mucho, es una brecha desde la participación de la población migrante, la cual no es involucrada para visibilizar las condiciones en las que viven.

“Se requiere agilizar estos trámites... Ahora población migrante, así accedas, insisto, no todos van a acceder, porque hubo una fecha límite de corte para acceder al ETPV y los que ya accedieron, sobre todo a inscribirse, apenas muy lentamente están accediendo a esa identificación.”

Colombia es uno de los países que ha incorporado una política migratoria exitosa y de acogida, el punto es lograr que esta política se operativice y se midan los logros para evidenciar con los propios migrantes la efectividad y sobre todo con aquellos que tienen alguna patología como la TB.

“la política pública de migrantes es totalmente exitosa porque hoy en día en Colombia no hay ningún migrante venezolano que no tenga derecho a la educación, salud, inclusión laboral, subsidio para garantizar la integridad física vital mínima por lo menos, esto es una política muy sólida, por ejemplo los nacidos en Colombia de padres venezolanos tienen automáticamente la nacional colombiana, eso no lo tienen ningún otro país; con el tema de VIH la cobertura Universal los servicios gratuitos de acceso a la salud, el acceso a todas las tecnologías en salud, a los programas especiales, protección reforzada”.

A nivel sectorial se debe fortalecer el conocimiento de las normas en los trabajadores de salud no solamente lo programático sino del abordaje integral y derechos de la población migrante.

7.3.1.3. Población clave 3: Habitante de Calle

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

La habitanza en calle es considerada un fenómeno social urbano multicausal, producto de condiciones estructurales de desigualdad material y simbólica, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida en calle, lo cual determina un estilo de interacción con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos. En Colombia las entidades territoriales con mayor número de habitantes de calle Bogotá, Cali y Medellín¹⁸

Colombia cuenta con la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020 – 2030 ¹⁹ cuyo objetivo general es: Garantizar la protección, restablecimiento de los derechos e inclusión social de las personas habitantes de la calle, mediante acciones intersectoriales que prevengan la vida en la calle, permitan su superación, y mitiguen y reduzcan el daño ocasionado por esta opción de vida; se establecen tres ejes: Prevención, Atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social, . Articulación y Coordinación interinstitucional e intersectorial social. En el 2021 se formuló los Lineamientos para la Atención Integral en Salud de la Población en Situación de Calle²⁰, con 5 líneas de acción: Inclusión social del habitante de la calle y participación familiar y comunitaria, Aseguramiento en salud y gestión del riesgo colectivo, Gestión del riesgo en salud para habitantes de la calle, Gestión del conocimiento en salud del habitante de la calle.

Estudios previos daban cuenta de una serie de situaciones propias de los habitantes de calle, que afecta el control de la TB, por ejemplo, en el estudio de Correa M. se encuentra que la mayoría de los habitantes de la calle no padecen de tuberculosis por primera vez, por lo cual reconocen de manera más o menos rápida, los síntomas, y acuden al servicio de salud. Sin embargo, no perduran en el tratamiento, lo que significa que no logran curarse, desarrollando cierta resistencia al medicamento.²¹

Frente a población Habitante de Calle, existe experiencia de trabajo interdisciplinario e interinstitucional principalmente donde se abordan casos especiales de personas que tienen coinfección TB/VIH que son habitantes de calle o personas que consumen sustancias psicoactivas, en la cual se desarrollan

¹⁸ MINSALUD (2020). Boletines poblacionales: Personas Habitantes de Calle. Corte a diciembre 2019. Bogotá DC. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-habitante-calle.pdf>

¹⁹ MINSALUD (2020). Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020 – 2030. Bogotá. Julio 2020. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-social-habitantes-calle2020-2030.pdf>

²⁰ MINSALUD (2021). Lineamientos para la Atención Integral en Salud de la Población en Situación de Calle. Bogotá, agosto 2021. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamiento-atencion-integral-salud-poblacion-situacion-calle.pdf>

²¹ Correa M. et al (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. En: Revista Eleuthera. Vol. 6. enero – junio 2012. pp. 101 – 126. Disponible en: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera6_8.pdf

estrategias integrales y apoyo para abordar a esta población.

“...buscamos estrategias inter institucionales para apoyar el tratamiento entonces se busca el apoyo por ejemplo de la secretaria de Integración Social para que puedan proveer albergues algunas para que se puedan proveer por ejemplo Kits de Aseo buscamos el apoyo desde los psicólogos de la secretaria de salud y también las aseguradoras para garantizar de que estas personas pueden acceder a los servicios que necesitan entonces esto es un ejercicio en donde hemos tenido una aproximación muy cercana a las necesidades habitantes de calle, ...abordamos casos con solo TBC o solo VIH , pero siempre es ese marco de la TBC el VIH y la coinfección TBC+VIH ...con la referente Nacional en el desarrollo de la Política Nacional en salud para habitantes de calle” .

En los Centros Dia se brinda atención social, autocuidado, alimentación, y además el componente de salud de resocialización. Los habitantes de calle deben tener una certificación mediante la cual se afilia a EPS con el régimen Subsidiado. Estos Centro Dia son favorables para realizar en tratamiento directamente observado para quienes reciben tratamiento por TB; es muy cierto que la constante movilidad de esta población afecta la adherencia al tratamiento.

“no es una población que está dispuesta a ceñirse a un tratamiento muy riguroso, como es el tratamiento supervisado para TB, es más complejo, existen los espacios para la intervención, existen estructuras como el modelo de Medellín, se replica en muchas ciudades, son los Centros Dia que han sido replicados donde son lugares específicos para que los habitantes de calle donde tienen duchas para asearse, tienen alimentación, pueden dormir bajo resguardo, pero es un centro de paso donde se ha visto gran impacto en salud pública, VIH, TB, reducción del daño del consumo de sustancias, pero es la población más compleja”

Si bien estas iniciativas son importantes, su implementación depende de las autoridades y sus prioridades, por lo que no son permanentes, lo cual no lo hace sostenible o tiene fallas en la administración cambiante que no permite dar continuidad a estos procesos ya implementados.

“...pero hay un problema y es que muchas de estas políticas no son permanentes, muchas de estas cosas son por contratos y a veces se acaba el año y no que se acabó..., Bogotá que es la que yo pensaría que tiene la mejor política de atención frente a Habitantes de Calle , que hay hogares comunitarios, pero desafortunadamente cuando se da estos cambios de administración no todos tienen la misma prioridad al manejo de temas sociales como la atención a Habitantes de Calle”

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

Es evidente que existe un marco legal que protege los derechos de los habitantes de calle, aun así, se perciben barreras de acceso que obstaculizan la atención debido al desconocimiento por parte de los prestadores de las necesidades propias de esta población, cobertura y oportunidad de los servicios

de salud lo cual repercute directamente en el cuidado de la salud²². Estas barreras de acceso definitivamente se relacionan con la atención en TB.

Otras barreras de acceso percibidas por los propios habitantes de calle son los servicios no siempre permanecen abiertos, no tener como pagar los tratamientos médicos y afirman no acceder a los servicios por que no confían, no creen ni les gustan los médicos; sienten temor de ser arrestados por las autoridades, en los sitios de atención son muy desatentos con el personal consumidor de drogas, y finalmente no saber dónde acudir a la hora de acceder a servicios de salud²³

Como se ha referido la implementación de las estrategias como los Centro Dia depende de los gobiernos locales o departamentales, donde se han implementado programas de acompañamiento a pacientes con TB, teniendo en cuenta las características propias de esta población como la alta movilidad; estos esfuerzos son insuficientes para lograr un abordaje efectivo de la TB en esta población.

“Sé que hay conciencia en las autoridades sanitarias que esto debe ser atendido y se invierten recursos en el programa de TB, se tiene esfuerzos para apoyar equipos de vayan a la residencia de los pacientes, que hagan el seguimiento, hay programa de acompañamiento a los habitantes de calle, hay Centros Día para que reciban tratamiento, hay esfuerzos, pero insuficientes.”

“Considero que hay algunas ciudades que han avanzado mucho en política pública de poder ofrecer alternativas a personas habitantes en calle, pero no es por parejo, son pocas las ciudades que pudiera decir hay una verdadera política y unas verdaderas estructuras puestas que están establecidas para ayudar a los habitantes de calle”

“cuando yo fui a Medellín el referente me decía que tenían un sitio en particular donde habitantes de calle le identificaban TBC lo llevaban y allá podían permanecer sus 6 meses de tratamiento con atención integral, pero tenían cupos limitados y entonces a veces no daban abasto para todas las personas que tenían diagnóstico de TB.”

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

El sistema de información nacional ha realizado ajustes en el sistema de información lo que permitió obtener datos desagregados, incluye a los habitantes de calle, existiendo un 4.0% del total de casos de TB; en la caracterización de casos de TB por entidad territorial se observó una proporción mayor al 6% en Quindío, Buenaventura, Caldas, Risaralda y Santiago de Cali.

Se evidencia que existen barreras de acceso al diagnóstico en esta población, lo cual también impacta en el monitoreo de casos en todo el camino de la TB.

²² Castro-Cely Y. Kuznair-Perez NC, Poveda-González DY. Percepción del habitante de calle sobre los cuidados de enfermería. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2020; 17 (2): 35-46. ISSN 1794-5232 / ISSN E-2665-1262. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1247918/percepcion-del-habitante-de-calle-sobre-cuidados-enf.pdf>

²³ Berbesi DY, et al. (2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. Revista CES Salud Pública 2014; 5(2): 147-153. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3076

“Con las poblaciones indígenas, así como con los habitantes de calle que tenemos aun barreras de acceso al diagnóstico de manera diferencial por las poblaciones”.

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

En la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030, establece la línea estratégica Participación para la inclusión social y la construcción de redes de sostenibilidad, con acciones orientadoras entre las cuales está el Empoderamiento de la población habitante de la calle como sujetos de derechos y deberes, y Promoción, construcción y fortalecimiento de redes compuestas por habitantes de la calle, ciudadanía, tercer sector, gobierno y empresa privada, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida. Si bien existe un marco legal que propicia la participación social, no hay evidencia de que se involucre a la población habitantes de calle en la respuesta a la TB.

Como se ha mencionado anteriormente, no se percibe una participación activa de la población de habitantes de calle debido a sus propias características.

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

Las personas habitantes de calle se encuentran en condición de exclusión social, segregación espacial y estigma y discriminación, en el Eje 2 de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030, Atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social, se considera la Sensibilización de los niveles directivo, técnico y operativo de las entidades e instituciones a cargo de los servicios sociales (vivienda, educación, interior, justicia, recreación y todos aquellos relacionados con la protección social) y de salud para reducir el estigma y discriminación hacia la población y garantizar el reconocimiento de sus derechos ciudadanos, así como para la aplicación de los enfoques diferencial e interseccional en la atención, con el fin de facilitar el acceso y disminuir las barreras para la atención en los servicios. Transformación de los imaginarios que refuerzan el estigma y la discriminación hacia la población, y generan barreras para el acceso a los bienes sociales y los servicios, en las diferentes instancias de las entidades nacionales y territoriales con competencias para la inclusión social de la población habitante de la calle.

En las entrevistas no se mencionan redes de apoyo que posibiliten la canalización de denuncias con respecto a situaciones de estigma y discriminación en habitantes de calle.

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

Teniendo en cuenta que existe un marco legal para habitantes de calle lo que sugiere es poder vincular a las poblaciones en la atención propias de sus comunidades, es decir, con mayor involucramiento a través de las organizaciones de base comunitaria donde convergen habitantes de calle, a fin de que recojan sus inquietudes y demandas.

Cambios para cumplir los derechos de la población clave

Es necesario propiciar que la Política Pública y Lineamientos para la Atención Integral de habitantes de calle sea implementada en todos los Entes Territoriales, que sean permanentes, consolidadas y de gran impacto, teniendo en cuenta que los habitantes de calle tienen serias vulnerabilidades, para lo cual se requiere destinar presupuesto a fin de materializar los planes dirigidos a esta población, que además, incluya procesos de sensibilización del personal de salud en la erradicación del estigma y la discriminación.

“Con la población habitante de calle hay toda una política pública de habitantes de calle que se origina en el gobierno nacional y debe ser implementada a nivel territorial, en todos los municipios del país deben haber los Consejos, que se lleve a cabo podemos decir que NO, pero está el marco normativo y requiere real implementación en los territorios, que implica que debe haber el cuidado de los habitantes de calle, del acceso a los servicios de salud, de las garantías de la nutrición, de la reducción y mitigación del daño frente al consumo de sustancias psicoactivas, la atención en salud mental, etc. Vemos que hay toda una política pública al respecto...”

“...insistimos no hay acciones de prevención o de reducción del riesgo, de las personas, que están habitando la calle, que tienen todas las vulnerabilidades, puedan justamente reducir el riesgo a sufrir alguna violencia u obtener alguna infección de transmisión sexual o tener una tuberculosis, entonces el tema preventivo, insisto, se lo delegan a la empresa privada o tercerizada que es el sector de EPS, pero en las alcaldías y en las gobernaciones, deben de haber políticas públicas para habitabilidad en calle no existe, existen insisto, personas con buenas intenciones pero no es suficiente...”

7.3.1.4. Población clave 4: Pobres Urbanos

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

Los pobres urbanos son identificados en las grandes urbes producto de diferentes factores como las migraciones asociadas a la movilidad económica, a la violencia y el conflicto interno del país de más de 50 años, migraciones por el tema del narcótico, todo ello ha generado mucha pobreza y de alguna manera son incluidos en los subsidios del Estado.

Según los resultados del Índice de Pobreza Multidimensional y de la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, para el año 2020 en Colombia el porcentaje de personas en condición de pobreza multidimensional fue de 18.1%, 0,6 puntos porcentuales más que la cifra del 2019; es importante señalar que uno de los indicadores que registró las mayores reducciones en las privaciones de los hogares en Colombia en 2020 con respecto al año anterior fue barreras de acceso a servicios de salud, 2.2% en 2020²⁴

²⁴ DANE (2021). Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020. 02 de septiembre, 2021. Bogotá DC - Colombia.

Disponible en:

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2020/cp_pobreza_multidimensional_20.pdf

Para el aseguramiento existe el sistema de clasificación económica SISBEN, para afiliarse a un sistema de salud, dependiendo de la evaluación pueden ser incluidos en el régimen Subsidiado y también aplica para ser beneficiarios de los diferentes programas sociales, al respecto refieren que hay casos en que este sistema de clasificación no responde a las características socioeconómicas reales de la población.

“Con respecto a la pobreza urbana, tenemos un sistema de clasificación económica que es el Departamento Administrativo de Estadística que permite hacer una clasificación de las personas y las familias de acuerdo a sus condiciones de vivienda, alimentación, ingresos económicos, en base a ello se definen las poblaciones en pobreza y en extrema pobreza, con ello se permite el sistema de afiliación al sistema de salud que en Colombia tenemos el régimen subsidiado donde está la población sin capacidad de pago, y el régimen contributivo donde están las personas que tiene trabajos donde aportan para salud, para pensiones”.

“...muchas vivimos del rebusque, pagar arriendo, comida atender un medicamento y ahora además esta, hay un nuevo fenómeno de una nueva encuesta que se hace del SISBEN para ver si tienes derecho o no a tener salud subsidiado ¿no? Entonces ahora se está aumentando la agente más empobrecida, ósea la gente está negando ser pobre según la encuesta porque le colocan pobreza moderada si una gente dice yo trabajo solo porque voy a vender helados al semáforo o voy a vender unas frutas al semáforo ya creen que eso es un trabajo entonces hay unas cosas que yo no entiendo”.

Si bien existen programas de protección social, estos no están disponibles de manera integral teniendo en cuenta los determinantes sociales que afectan a las personas afectadas por TB, por ejemplo, la seguridad alimentaria, mejoramiento de viviendas, etc.

“... lo ideal sería que la persona no solo tuviera acceso al tratamiento y a las pruebas diagnósticas y al tratamiento, sino que incluso pueda tener acceso a otros programas de protección social, como son vivienda, sabemos que es una enfermedad que está muy cercana al tema de pobreza, verdad, acceso a vivienda, educación, un programa de seguridad alimentaria que de pronto les permita ser más tolerante a estos tratamientos que además generan otros eventos adversos otras condiciones de salud.”

Además, se han implementado elementos de inclusión turística que les permite un ingreso económico, así como un proceso de integración.

“...se crean en estas zonas con elementos de inclusión turística, tenemos las famosas escaleras eléctricas de la comuna 13, grafiti tour de la comuna 13, la gastronomía de la comuna que es el barrio popular que es una zona de gran vulnerabilidad, creo que el estado trata de integrarlos de una manera más positiva posible a la comunidad.”

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

Los entrevistados concuerdan que el nivel de aseguramiento en Colombia es alto, el problema radica en las limitadas acciones para incentivar la demanda para la búsqueda de atención oportuna en las personas con síntomas

de TB.

“El aseguramiento en las zonas urbanas de Colombia es alto, pero no necesariamente se garantiza la cobertura de los servicios de salud, con un problema como la TB que no es inducir demanda para que se busque atención en los servicios de salud, sino ser más proactivo de acercamiento a las poblaciones más vulnerables hay barreras en la cobertura; aseguramiento hay, pero, las barreras para acceder son grandes...”

Una limitante identificada por los propios funcionarios es que búsqueda activa de casos no está contemplada en el marco normativo de manera resolutive, esto es muy importante ya que en las poblaciones pobres urbanas se concentra un nivel alto de sintomáticos respiratorios que muchas veces no asocian los síntomas que presentan con la TB. En los resultados de la investigación realizada en el 2010 por Gaviria M. y col²⁵, las personas referían que antes de ir a un servicio de salud acudieron al tratamiento sintomático sin prescripción médica, uso de remedios caseros, automedicación o consulta al farmacéutico; estas prácticas pudieron dilatar la consulta temprana a los servicios de salud; por tanto, al persistir y agravarse los síntomas recién acudieron al establecimiento de salud donde el diagnóstico fue TB.

“...lo que para las personas significa que pueden ser atendidos en cualquier hospital de cualquier municipio del país, tenemos una capacidad resolutive de atención temprana de la tuberculosis, tal vez lo que no tenemos es la búsqueda activa que no lo da el marco normativo de manera resolutive, directa y funcional, no tenemos este elemento, otra dificultad es que los entes territoriales no tienen, como hace algunos años, no tienen un referente exclusivo para TB...”

“En la investigación con poblaciones pobres urbanas se detectó que los niños estaban muy expuestos de desarrollar TB y las visitas de los programas de salud pública era a través de actividades educativas cuando se inicia el tratamiento del paciente, ver el cumplimiento del tratamiento y buscando sintomáticos respiratorios en el momento de la visita, los casos se empezaban a presentar en el 1er y 2do año después de presentarse el caso índice en la casa.”

Las personas en condición de pobreza urbana tienen una serie de carencias entre ellas las económicas, debido a que el sistema de aseguramiento implica realizar copagos, esto impacta en sus recursos económicos; otro aspecto es la ubicación geográfica de sus viviendas distante de los establecimientos de salud se convierte en una barrera para el acceso a la salud, por lo tanto, se requiere de un enfoque político especial en las intervenciones desde una mirada integral y de DDHH.

“Con el estudio de costo efectividad se demostró que en el sistema de salud colombiano más del 48% de costos proviene del bolsillo de los pacientes por sus acompañantes, por sus desplazamientos; todo este abanico es amplio e impacta en la prevención, implementación y objetivos que se buscan en el tratamiento.”

²⁵ Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. (2010). Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(2): 83-92. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n2/83-92/es>

“Creo que otra de las barreras son las barreras geográficas en el sentido de que se supone que el medicamento y la atención tendría que ser ahí muy accesible a la población y de hecho con los programas que se supone que deben llegar hasta los mismos pacientes. Pero, a veces, hay unas barreras geográficas que dificulta. No es lo mismo que yo vivo acá, en el territorio en el que vivo; a que, viva en una zona rural”

Se reconoce que se han incorporado cambios en la política pública de TB desde iniciativas de la Academia, una de ellas son las visitas que se realizan cada 6 meses cuando se tiene un caso índice; estas iniciativas requieren ser aplicadas a nivel nacional; eso implica un acercamiento importante a la población pobre urbana.

“Sobre la accesibilidad, se responde parcialmente porque se ha logrado incidir en la política pública desde la universidad, actualmente las personas que conviven con los pacientes con TB están considerados como prioridad en los sistemas de vigilancia epidemiológica, ya se apoya el visitarlos a los 6 meses cuando se considera que el caso índice haya terminado tratamiento en su casa, así como al año para ver si niños u otras personas en ese trascurso de tiempo, eso también fue un logro en las reforma de la política pública en salud el acercarse al pobre marginal desde la secretaria de salud, desde la gobernanza de salud territorial y esa evidencia fue positiva desde Medellín, y se incorporó en la normatividad para el país”

En cuanto a la reducción de riesgos existe una gran limitante debido a que el sistema de salud responde al modelo de aseguramiento, debilitando la atención primaria en salud, por tanto, los diagnósticos se realizan en el ámbito hospitalario y no en el primer nivel de atención; esto se traduce en un diagnóstico tardío en la población pobre urbana.

“Las acciones en la reducción de riesgos son limitadas porque el modelo centrado en el aseguramiento se preocupa más en la enfermedad y ha debilitado la estrategia de atención primaria en salud, en las ciudades se traduce en que los pobres urbanos se diagnostican en el ámbito hospitalario, ósea no se diagnostica en el primer nivel de atención, lo que implica que hay un diagnóstico tardío muchas veces por el mismo modelo y por esta debilidad en la estrategia de atención primaria en salud. Se que hay conciencia en las autoridades sanitarias que esto debe ser atendido y se invierten recursos en el programa de TB...”

Por otro lado, existieron iniciativas de trabajo articulado entre la sociedad civil y el Estado, que permitieron brindar apoyo y acompañamiento a las personas afectadas por TB en sus necesidades básicas, y adquisición de hábitos saludables; estos proyectos concluyeron por falta de financiamiento.

“...la sociedad civil a través de las ligas anti tuberculosis en todo el tema de alimentación y otros determinantes sociales asociados que eran de alguna manera financiados por recursos de Estado y de cooperantes los cuales se fueron perdiendo o diluyendo y no se tiene la capacidad financiera para poder garantizar este acompañamiento que está asociado a la alimentación y otros hábitos de vida, ya que las enfermeras tomaban la presión, revisa tus signos vitales, entrega los medicamentos; la sociedad civil apoyaba en los asuntos de ventilación de las habitaciones, te enseña a abrir las ventanas, a sacar los tendidos de las camas al sol, te enseña sobre la alimentación.”

En el marco de la pandemia se implementó el programa Ingreso Solidario²⁶, un apoyo económico destinado a tres millones de hogares en condición de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad económica, que no son beneficiarios de otros programas sociales. Esto, teniendo en cuenta las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de los hogares que se encontraban por fuera de otros programas de subsidios estatales ya existentes.

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

Siendo la tuberculosis un tema interés de salud pública es de obligatoria notificación, para ello está el SIVILIGA a través del Instituto Nacional de Salud que lleva los registros de los diagnósticos, la evolución terapéutica, incluye el tema de pérdida de adherencia a los tratamientos en virtud del riesgo de generar TB multirresistente.

En Colombia hay una integración muy importante entre la Academia y las autoridades sanitarias de los sistemas de vigilancia para incorporar en la política pública la prevención y control de la TB los hallazgos de las investigaciones de más de 30 años. Dentro del a caracterización el sistema de monitoreo de diagnóstico tuvo reajustes desagregados y con diferentes poblaciones.

“Dentro de la caracterización que tenemos en el Programa de TB, antes del 2016 teníamos solamente consolidados relacionados al número de TB pulmonar, extrapulmonares, recaídas, no se reflejaba lo que ocurría con el país. Se hizo un ajuste en el sistema de información con información nominal, donde todos los departamentos deben reportar nombre, cédula, condición de egreso, tener información discriminada por grupos de edad, incluyendo poblaciones con variables, a fin de tener una trazabilidad de quien para hacer cruces con el sistema de información de vigilancia y tener los datos y hacer el monitoreo.

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

En los Lineamientos Técnicos y Operativos del Programa Nacional de Tuberculosis, se considera la Participación social, movilización social y empoderamiento de las personas afectadas por TB.

La estrategia del Estado de incorporar a los gestores comunitarios en la respuesta a la TB ha logrado identificar sintomatológicos, hacer seguimiento, sensibilizar a la comunidad, pero lamentablemente se percibe como algo voluntario y no se le considera como un trabajo remunerado.

“en un tiempo los gestores comunitarios era una figura muy fortalecida, pero fue entrando como en desuso, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de pobreza y pobreza extrema, el hambre no da como para un trabajo voluntario, las personas deben buscar su sustento, como para apoyar en el seguimiento de las personas con TB u otras situaciones de salud pública, aquí se trabaja desde las organizaciones de la sociedad civil que los puede vincular a los servicios de salud pero no desde el

²⁶ Prosperidad Social. Gobierno de Colombia. Disponible en: <https://prosperidadsocial.gov.co/>

voluntariado,... debería ser una figura que recibiera un pago porque es una actividad laboral, porque además va a demandar parte de su tiempo es bueno que reciba un salario digno para hacer este acompañamiento con gusto sin desatender sus necesidades básicas...”

Las organizaciones tienen sus gestores comunitarios y los capacitan regularmente, pero existe el asunto de la financiación que no es permanente, quizás no existe habilidades para obtener recursos o autofinanciarse, produciéndose una discontinuidad de los procesos.

Organizaciones como la liga anti TBC colombiana, el Observatorio de TB, la institución Albergue y la Universidad de los Andes están en permanente ejercicio de capacitación y de desarrollo de capacidades de las organizaciones de la sociedad civil. Otro espacio es ASUDEUS, Asociaciones de Usuarios donde pueden participar personas que hacen parte de grupos organizados de la sociedad civil y recibir acompañamiento técnico por parte del ente territorial. Por ello es necesario identificar estas organizaciones y que pueden acceder a todos estos procesos de formación complementaria o procesos de formación continua que mejore su capacidad de respuesta.

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

Los canales de denuncias frente a situaciones de estigma o discriminación está la Defensoría del Pueblo, la Procuraría, la Fiscalía, la Policía Nacional, lamentablemente no hay confianza en todas estas entidades debido a que existe el temor a la revictimización.

“...la credibilidad es baja, existe el temor de ser revictimizado en estas instituciones, no hay confianza, la confianza se ha minado en estas instituciones, sobre todo con la fiscalía y la policía nacional, se revictimiza a la persona que va a pedir apoyo o a hacer una denuncia, puede ser la única institución que definitivamente vemos, como garante y que produce confianza y la confianza es fundamental a la hora de algún hecho o violación de derecho es la Defensoría del Pueblo...”

“...frente al estigma y la discriminación se desconocen las rutas para canalizar estos hechos, y si bien hemos encontrado caso por ejemplo de una paciente estudiante de educación superior ... que estaba concluyendo su tratamiento por TB sensible y el profesor se burla de ella en plena clase, con un comentario: tú no tienes que decir nada porque tienes TB, ella no pudo decir nada; frente a ello nos preguntamos ¿Qué podemos hacer?, ¿Cuáles son esas herramientas legales para devolverle la dignidad a esta mujer? Y para hacerle conocer a este profesor que la TB es una condición común, que le puede dar a cualquier persona, incluso a él mismo...”

La Superintendencia Nacional de Salud tiene una plataforma donde se cargan las PQRS (peticiones, reclamos, quejas, sugerencias, recomendaciones) sin embargo los entrevistados refieren que no hay celeridad en los procesos.

“...se lo digo también por testimonio particular porque como hacemos acompañamiento a las comunidades ante casos que las personas nos comentan de que han tenido algunas situación de estigma o han sido

discriminados y no los han atendido oportunamente o no les han hecho bien el proceso de atención nosotros lo hemos denunciado por esa plataforma de la Superintendencia nacional de salud y la respuesta por lo menos a la comunicación inicial es de 24 a 72 horas y la respuesta al seguimiento al caso a la institución es como dice la norma 15 días hábiles.”

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

Se requiere trabajar intensamente con la comunidad para concientizarlos acerca de sus derechos, así como incidir con las y los funcionarios para sensibilizarlos y lograr un cambio de actitudes en el respeto de los derechos de las personas.

“...hablar con las comunidades cuáles son sus necesidades y sus quejas mirar otra vez la constitución y hacer que se cumpla, yo pienso que con este cambio que aquí están... dicen que aquí está muy bien escrita la Constitución no son cambios, son actitudes de que la gente debe tomar una responsabilidad, de tener un dote o doliente que es ya y que haga cumplir esas cosas, que nosotros inmediatamente disparemos o coloquemos un Twitter se activen todas las alarmas, yo no creo que es cambiar y pues desde el espacio que yo estoy también es un espacio político sin necesidad de estar en esas grandes esferas de allá el gobierno”.

Seguir impulsando el trabajo que se realiza desde la sociedad civil con la conformación del Observatorio Social de TB, que ha logrado incorporar en el Programa Nacional indicadores relacionados a la captación de casos nuevos, seguimiento, acompañamiento del DOT comunitario. Esto permite la visibilizar las acciones realizadas a nivel comunitario y motiva la participación de la población clave.

“el Observatorio Social de TBC ha aportado información importante de echo recientemente hicimos un aporte al programa nacional , en ajustar los indicadores que veníamos haciendo seguimiento ,toda la estrategia que SES ha permitido que se ejecute, las Organizaciones comunitarias vamos a reportar en una ficha nacional reconocida por el Programa Nacional de TBC el reporte de casos nuevos, casos de seguimientos, cuando estemos haciendo acompañamiento para el DOT comunitario que es la vigilancia directamente observada en el tratamiento y esta normado en el país del abordaje comunitario, que era una de las cosas que nosotros desde la sociedad civil veníamos reclamando que reportábamos casos a los prestadores a los diferentes programas y esos casos terminaban siendo invisible, porque los programas territoriales los reportaban al programa nacional como de ellos y resulta que son identificados por el acompañamiento de la sociedad civil , entonces con esto se permite visibilizar más el ejercicio que hace la sociedad civil”

Principales cosas que afectarían los cambios propuestos

Los constantes cambios en la administración del Estado, así como la priorización de los temas de salud en los gobiernos locales como departamentales.

La disposición actitudinal de los proveedores de salud para incorporar lo

estipulado en el marco normativo y además lograr establecer una relación comprensiva con las personas afectadas respondiendo a sus necesidades.

7.3.2. Entorno legislativo y político general, derechos humanos y TB

7.3.2.1. Acceso a la justicia del ciudadano promedio

Hay una percepción que los procesos para acceder a la justicia existen, pero no se confía en ellos debido a la poca celeridad en los procesos y la desconfianza en que la normativa se cumpla.

“La institucionalidad, creo que en general, que no tiene credibilidad. En muchas ocasiones por muchos asuntos: acá la policía, la Fiscalía, muchas instancias gubernamentales, a veces de pronto no tiene la credibilidad que deberían de tener; y, la gente no se siente segura... acá es fácil escuchar personas que te digan: “es que, yo para que voy a ir si igual no me van a parar bolas”; o, “yo para que voy a denunciar si nada va a pasar con eso” Muchas veces la gente hace ese tipo de denuncias, pero no prosperan, no llegan a ninguna parte.”

Por otro lado el acceso a justicia pasa por un tema de desconocimiento de las rutas de atención en salud, el o la ciudadana piensa que toda condición de salud debe ser atendida por el especialista, se desconoce el primer nivel de complejidad, donde hay una referencia y contrarreferencia, donde los servicios se saturan por urgencias más que por las consultas programadas independientemente que sean priorizadas, además no confía en el sistema porque no le ha respondido eficientemente a sus requerimientos de salud.

Se percibe que en el tema de salud existen intereses económicos que se superponen al interés de la salud de la ciudadanía, además catalogado como corrupción.

“...en el tema de salud, ha habido demasiada corrupción, muchos intereses económicos que a veces han primado por encima de otros intereses... Obviamente, siento que eso también dificulta que la norma se cumpla, no es solamente quien desarrolla la norma, quien la escribe, quien debe ser garante de que esa norma se cumpla.”

Para el acceso a la justicia de las personas que son víctimas de estigma y discriminación existe normativas e incluso está considerada como un delito que tienen penas privativas de la libertad, el problema es el desconocimiento de esta ley en la misma población afectada y quienes la conoce tienen temor frente a las represalias o el verse expuestos a la sanción pública al exponer su caso se vulnera la confidencialidad del diagnóstico.

“...digamos que nosotros ya tenemos en Colombia una ley antidiscriminación, que no recuerdo en este momento el número de la norma, pero ya tenemos una ley que prohíbe en Colombia discriminar es

un delito que da cárcel entre 8 y 20 años de prisión, el tema es que las poblaciones no conocen bien la norma y el desconocimiento de la misma pues hay vulneración de los derechos como el no ser discriminado y pues por eso la gente no denuncia. Otro tema que va mucho más haya es el tema de miedo a denunciar: ¿si yo denuncio entonces salgo por noticias? ¿si yo denuncio entonces me entrevistan eso se vuelven público y ven mi diagnostico? Todo ese tipo de cosas también con lleva a que la gente sufra la discriminación en un ámbito oculto”.

El desconocimiento de la persona afectada sobre sus derechos, en el acceso a justicia, es referido desde la condición de cada población vulnerable, por ello es importante la labor que realizan las organizaciones de base comunitarias, quienes ofrecen ese apoyo legal a las personas que se acercan a la Fundación y los ayudan en estos procesos para hacer las denuncias y toda la orientación legal.

“...si hay alguna no sé hasta dónde llega el conocimiento de los individuos, pero si hay organizaciones que tiene ese conocimiento y están más cerca a las comunidades y que si pueden ofrecer ese apoyo a la comunidad, ahora la Sociedad Civil de VIH pue en general es una sociedad mucho más empoderada que la sociedad civil de otros eventos...”

“...que el problema de la sociedad civil de TBC es que muchas veces inicia a partir de personas que tuvieron la TBC, pero como la TBC cura pues muchas veces las personas simplemente sobre pasan esa etapa y ya salen, entonces no es tanto como el VIH en donde al ser una enfermedad que es de por vida hasta ahora las personas permanecen, siguen necesitando esos apoyos ...”

7.3.2.2. Leyes o políticas que protegen o discriminan a las personas afectadas por TB

En el Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la Tuberculosis, 2016-2025²⁷, los 6 principios son Protección a los DDHH, la Salud como un derecho, Equidad, Enfoque diferencial, Participación social, Rectoría y corresponsabilidad. En la Resolución 00227 del 2020, se establece los Lineamientos Técnicos y Operativos del Programa Nacional de Tuberculosis, en los primeros 7 capítulos se centra la atención clínica de la TB y es en el Capítulo 8 en el que se incorpora los enfoques y estrategias transversales del Programa Nacional de TB, considerando los diferentes enfoques y se hace referencia a la Participación social, movilización social y empoderamiento de las personas afectadas por TB. Vemos que existe todo un marco legal de atención y protección de las personas afectadas por TB; en las siguientes líneas veremos la percepción de los actores.

De alguna manera la forma como están organizados los servicios de atención dificulta el acceso a la salud, esto se convierte en una forma de discriminación ya que la población debe trabajar para su sustento diario y los

²⁷ MINSALUD (2016). Plan Estratégico: Hacia el Fin de la Tuberculosis. Colombia 2016-2025. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>

servicios no están disponibles en cuanto a los horarios y la capacidad de atención.

“Encontramos una saturación de los servicios en los cuales la población que vive del trabajo informal que si no trabaja no come, se queda 4 o 5 horas esperando ser atendidos, por eso debemos volver a la búsqueda de los pacientes a nivel domiciliario, todo lleva al mismo camino...”

Accesibilidad

El sistema de salud colombiano funciona bajo dos regímenes de aseguramiento, el Subsidiado mediante el cual las personas que por sus condiciones no tienen recursos y no tienen capacidad de pago, pueden acceder a un servicio de salud con cualquier Entidad Promotora de Salud (EPS), dependiendo de los tipos los usuarios tienen que realizar copagos tanto por servicios médicos como por tratamiento u otros servicios de radiología o laboratorio; y el Contributivo aquellas personas que tienen una vinculación laboral. Si las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) no presta un servicio que está incluido en el POS es el Fondo virtual de Solidaridad y Garantía (FOSIGA) quien debe asumir el costo de este servicio; también está la Población Pobre No Asegurada (PPNA) están en el grupo de Vinculados que son personas que aún no son parte del sistema de salud pero que el Estado tiene el deber de brindarles el derecho a la salud, cuando no se tiene un asegurador.

El Sistema de Selección de Potenciales Beneficiarios de Programa Sociales (SISBEN), permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos, el grupo sirve para que las entidades definan, entre otros criterios quienes pueden acceder a programas sociales. Si una persona acude a una EPS y no tiene existe el grupo de Vinculados que son personas que aún no son parte del sistema de salud pero que el Estado tiene el deber de brindarles el derecho a la salud y también es obligación de los Entes Territoriales afiliarlos al régimen que corresponda.

Con la Resolución 00227 se crean las condiciones para que todos y todas tengan acceso a la atención de TB, los entrevistados reconocen este aspecto, pero consideran que la operativización aún no es óptima; además señalan que falta difusión de los tipos de aseguramiento, que además del Contributivo y el Subsidiado existe el Vinculado, a través del cual, las personas que aún no están en los dos primeros regímenes pueden gestionar su incorporación, esto limita la accesibilidad.

“La nueva resolución 227 del 2020, es muy buena que busca precisamente favorecer a las personas en la amplitud de sus derechos considerando el enfoque de género, enfoque diferencial, es un momento muy bueno para las personas afectada por TB de nuestro país, con la pretensión de la cobertura universal lo cual es fundamental que se garantice el derecho de acceder de manera amplia y equitativa; desde luego el sistema de salud ya tiene otros matices, la legislación es buena pero el problema es la operacionalización de lo que está normado”

“La forma como opera el sistema de salud depende de los regímenes de aseguramiento, tenemos un régimen subsidiado, contributivo y un vinculado donde están las personas que aún no se han afiliado al sistema, por ejemplo, si un migrante tiene algún síntoma respiratorio puede acceder a realizarse el diagnóstico, el asunto es cómo se divulga esta información. Nosotros desde la Liga antituberculosa de Antioquia si nos llega una persona con esos síntomas la podemos derivar, pero no es generalizada esta información ni la persona que lo requiere ni a veces el propio personal, lo cual limita la accesibilidad.”

El sistema de salud está completamente basado en el cumplimiento de indicadores y en la atención masiva de las personas. La atención se brinda por programas, no se visibiliza integración con otras áreas, por ello se requiere trasladarse a otro establecimiento de salud si la persona con VIH tiene además la coinfección con TB; esto se convierte en un problema de accesibilidad.

“yo soy afiliado a una APS y la APS contrata conmigo la atención en VIH con un hospital o una clínica privada para que me atiendan lo del VIH, pero si yo tengo tuberculosis la tuberculosis me la tiene que atender en una parte y el VIH en otra, muchas veces no hay integración entre las dos y esto se termina convirtiendo en una barrera de acceso para las personas, y porque las personas muchas veces que están afectadas por tuberculosis”.

Disponibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención médica

Existen diferentes circunstancias que afectan la disponibilidad de la atención, entre las que se menciona barreras burocráticas, barreras geográficas, falta de calidez en el trato; estas situaciones trascienden en las personas afectadas quienes perciben que en el sistema de salud aún falta mejorar para hacerlos más aceptables y con calidad.

“Pero sabemos que a veces se presentan dificultades, a veces hay trámites administrativos burocráticos que dificultan; y, una persona con una condición de salud que puede ser delicada; a veces, lo que menos tienes en la cabeza para resolver son esas trabas administrativas y burocráticas... se dan por desconocimiento o por ineptitud de quién presta el servicio Entonces creo que todo eso que te menciono se constituyen barreras para la atención”

“Creo que otra de las barreras son las barreras geográficas en el sentido de que se supone que el medicamento y la atención tendría que ser ahí muy accesible a la población y de hecho con los programas que se supone que deben llegar hasta los mismos pacientes. Pero, a veces, hay unas barreras geográficas que dificulta el acceso... precisamente por eso, porque las personas necesitan desplazarse y en muchas ocasiones no cuentan con el recurso para hacerlo. Entonces, la situación socioeconómica de muchas de nuestras poblaciones obviamente también dificulta.”

“te mencionaba la falta de trato humanizado y la falta de trato con calidez. Más allá de recibir un medicamento, todo lo que rodea el asunto de la adherencia y que muchas veces sabemos que hay falencias, pues como en esos otros asuntos que pueden influir en la adherencia”

Cuando se habla de la disponibilidad es necesario abordar el tema de la salud mental como parte de la atención integral, lo cual consideran que no se implementa de manera efectiva para apoyar a las personas frente al diagnóstico de la TB y en el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento.

“Además, siento que está el tema de salud mental, que a veces queda tan de lado y como un diagnóstico de lo que sea, termina afectando anímicamente; y, qué tipo de acompañamiento se hace para que ese proceso de adherencia realmente sea efectivo... Accedo a mi tratamiento, pero mi atención y mi bienestar va mucho más allá de tomar mis medicamentos diariamente.”

“Con respecto a la calidad de la atención, entramos en un punto crítico porque debemos retornar a la educación de los propios servidores, en que aún no se ve a la persona afectada de la mirada social, no van más allá del cuerpo enfermo”.

Discriminación o estigma

Es evidente que existen situaciones de estigma y discriminación en los diferentes ámbitos de vida de las personas afectadas por TB, como se refiere en las entrevistas, estas situaciones se dan también en los servicios de atención con la falta de un trato humanizado; frente a estas situaciones las personas afectadas no han logrado el empoderamiento necesario para formular sus denuncias frente a la vulneración de sus derechos; se requiere motivar a la población para crear una mayor participación ciudadana y movilización social.

“En muchos casos siento que la atención termina siendo muy demorada, no solamente por las barreras que el mismo sistema pone sino también porque pues muchas personas han vivido situaciones de discriminación y no quieren seguir viéndose enfrentadas a esas situaciones, lo que lleva entonces a que muchas veces la gente no consulté a tiempo aun presentando síntomas ... Creo que muchas veces no se acercan porque van a ser señaladas, van a ser estigmatizadas. Van a ser discriminadas, pero adicionalmente, siento que también hay un asunto del sistema en el trato, en la falta de trato humanizado y con calidez a estas poblaciones”

“Precisamente estas situaciones de estigma las tratan de vivir de manera individual y no hacen movilización social y empoderamiento para acceder a estos derechos vulnerados, entonces en los servicios el estigma y la discriminación a los pacientes hace que el círculo no se rompa y que la real participación y empoderamiento de los pacientes no se visibilice porque no hay esfuerzos ni en los servicios de salud y no se vence este estigma y marginación para que los pacientes se apropien del derecho a la salud, como derecho al reclamo, derecho a estar organizados; allí hay actividades que frente a la problemática, por ejemplo, una paciencia con drogo resistencia es una líder del Programa que participa de las actividades del Programa del control de la TB pero estas son experiencias que no se generalizan, son experiencias puntuales que requerirían de una posibilidad de movilización de mayor empoderamiento de los pacientes.

Pérdida de vivienda o empleo

Dentro de las políticas de sociales no se considera situaciones de pérdida de vivienda o empleo, encontramos El Subsidio de emergencia al Desempleo, enmarcado en la ley 1636 de 2013 y el Decreto 770 de 2020, estipula para aquellos trabajadores dependientes o independientes que estén cesantes el pago de una cuota monetaria en las mismas condiciones del último vínculo laboral; este subsidio no fue mencionado por los entrevistados; pero como vemos aplica a trabajadores dependientes o independientes, no se considera situaciones de salud como la TB.

Tampoco se considera la necesidad de mejorar las condiciones de las viviendas para reducir el nivel de contagio de la TB; es evidente que las condiciones de vivienda, entre ellas, hacinamiento, poca ventilación, se convierte en un factor de riesgo para el contagio, dado que en este tipo de viviendas carecen de las medidas preventivas; en tal sentido la TB se agrava en estos espacios cerrados, donde se concentra el bacilo y se puede propagar de la enfermedad.

Trato no consensuado, privacidad, libertad

De conformidad con lo establecido en el numeral 5º del artículo 7º del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), la Supersalud se permite informar los derechos de sus usuarios y los canales de comunicación puestos a su disposición para garantizar el efectivo ejercicio de sus derechos, incluye entre los derechos el trato no consensuado, privacidad, libertad, los cuales son de aplicación universal.

Información

Se considera imprescindible que las entidades que participen en el flujo, consolidación y reporte de la información al PNPCTB son responsables del cumplimiento de protección de datos, garantizando la privacidad, confidencialidad, seguridad y veracidad de la información suministrada y de los datos a los cuales tengan acceso, de acuerdo con lo estipulado en la Resolución 00227 del 2020.

Desarrollo de leyes, casos, resultados y precedentes

El Plan de Monitoreo y evaluación ²⁸ del Programa Nacional de Tuberculosis establece entre sus objetivos Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión del PNPCT, a través del resultado de los indicadores establecidos para el Programa, Fortalecer el sistema de información del PNPCT en términos de calidad y oportunidad, para la generación de la evidencia necesaria en la toma de decisiones; Orientar el análisis integral de la información desde los enfoques de derechos, de ciclo de vida, de género, poblacional, étnico y el modelo de determinantes sociales de salud establecidos en el PDSP, Orientar la

²⁸ MINSALUD (2017). Plan de Monitoreo y Evaluación. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Bogotá DC. Colombia. Mayo, 2017. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-monitoreo-evaluacion-tuberculosis.pdf>

gestión del conocimiento generado en el PNPCT, y su divulgación hacia los diferentes niveles de participación social, para la formulación de planes, programas y proyectos para la prevención y control de la TB. Esto implica que con los instrumentos e insumos de información se toman decisiones en cuanto a resultados e impactos de sus planes, programas y proyectos; con la evaluación de resultados se genera el mejoramiento continuo de las políticas sectoriales.

Detención o la cuarentena de las personas con TB

Al respecto, se menciona que en el Art. 361 del Código penal está contemplada la detención de las personas que teniendo una condición de salud que implique poner en riesgo a la comunidad se le aplica penas privativas de la libertad, a excepción de VIH y Hepatitis. Este artículo pudiera ser aplicado a las personas con TB.

“...en el Art. 361 del Código penal sabiendo que tiene una condición de salud de interés en salud pública y ponga en riesgo a la comunidad tiene penas entre 4 y 12 años de prisión y las multas, es decir, eso deriva en criterios clínicos y médicos para evitar la transmisión de enfermedades, se acaba de quitar la condición de VIH y Hepatitis, pero continua con las otras enfermedades...”

En la atención a las personas privadas de la libertad se establece que las personas con TB en criterio de aislamiento, debe mantenerse en el sitio de aislamiento hasta que se cumplan los criterios de mejora clínica y se demuestre la negativización bacteriológica.

7.3.2.3. Políticas o sistemas para rastrear o responder a las violaciones de los DDHH.

En Colombia existe la Defensoría del Pueblo, que es la institución nacional de derechos humanos que está en capacidad de recibir las quejas y brindar orientaciones sobre las posibles soluciones especialmente, en cuanto a protección, defensa, promoción, divulgación y ejercicio de los derechos humanos. La finalidad del ente Defensorial es la protección de los derechos humanos y de las libertades de todas las personas frente a actos, amenazas o acciones ilegales, injustas, irrazonables, negligentes o arbitrarias de cualquier autoridad o de los particulares; se instituye, entonces, como el organismo tutelar de los derechos y garantías de los habitantes del territorio nacional como de los colombianos residentes en el exterior. (Línea Gratuita Nacional: 018000 914814).

“Frente a la violación de los DDHH y específicamente en salud, es importante que las y los usuarios puedan interponer sus quejas por la prestación de servicios ante la IPS donde se presta de forma directa el servicio y donde se tiene contratado el personal para resolver estas situaciones”

Si se requiere realizar una queja por inconformidad relacionada con la prestación del servicio de salud se realiza una demanda ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD), a través de una demanda

jurisdiccional se busca garantizar los derechos de los usuarios o actores del Sistema General Seguridad Social en Salud- SGSSS.

Los entrevistados reconocen la existencia de diferentes entidades del Estado ante las cuales se puede interponer denuncias frente a la vulneración de derechos.

“Si hay espacios donde se pueden hacer las denuncias, la verdad no conozco muy bien de todos los procesos legales ,pero los hay, hay unas instancias ante las cuales está por ejemplo la Defensoría del Pueblo , Las Personerías , que es usualmente las personas pueden ir y presentar como este tipo de quejas las Comisarias de Familia , y pues ya en frente a contravenciones directamente frente a la ley está la Fiscalía , están otra ya otras instancias , hay una serie de instancias en ese sentido”

“sabiendo hacer la abogacía funciona, si funciona porque hay casos digamos que han sido exitosos de que las personas, lo que pasa ahí es que la persona afectada o las organizaciones tengan sus aliados para que sepan dónde ir, la Personería Municipal, la Personería Distrital, existe la Superintendencia Nacional de Salud, existe el mecanismo de Acción de Tutela, ósea las herramientas las hay”

Las personas entrevistadas mencionan a la Superintendencia Nacional de Salud como uno de los entes a través de los cuales pueden interponer denuncias ante las violaciones de derechos humanos y sobre todo relacionado a salud. La percepción es que esta entidad estatal no logra dar solución a los casos presentados, ya que no existen sanciones ejemplares.

“...en términos generales la Superintendencia Nacional de Salud es la que debería controlar, monitorear y sancionar a las entidades que presten mal servicios, pero en el accionar, saliéndose del papel y de la norma, la Superintendencia se ha quedado corta, porque son muchas EPS, muchas clínicas que se llaman IPS...”

“La única forma de poder revisarlo podría ser dentro de los mismos programas los indicadores de gestión y de permanencia de las personas dentro de cada uno de los programas, otra forma sería el sistema de quejas e inconformidades de la superintendencia nacional de salud, pero no creo que sean tan específicos...”

“...la superintendencia en salud, lo que hace es comunicarse con la EPS y la EPS dice ya estamos actuando y la superintendencia se queda con esa información que ya está actuando, no existen sanciones ejemplares, para que de verdad se sienta que hay un poder estatal observando y sancionando a quien infrinja la norma...”

Por otro lado, esta labor es percibida como parte de la sociedad civil como el Observatorio de TB, quien pueden identificar casos que requieren apoyo, representación para realizar una queja ante la vulnerabilidad de un derecho.

“existen observatorios, son de la sociedad civil, pero le Estado no tiene ese papel de seguimiento, ni mucho menos de sanción...”

“...nosotros hemos documentado una queja que haga FUNDAVIR por una mala atención en una persona que vive con VIH, con otras comorbilidades, incluyendo la tuberculosis...”

7.3.2.4. Participación e inclusión de las personas afectadas de TB en la respuesta a la TB

Mediante Resolución 2063 del 2017 se expidió la Política de Participación Social en Salud²⁹ que tiene como objetivo la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema de salud en conjunto; El objetivo de esta iniciativa dentro del Modelo Integral de Atención en Salud se reglamenta como un proceso de retroalimentación dinámico y constante, con el fin de mejorar su desempeño en los resultados en salud, implementando planes que incorporen cambios de procesos respecto a la participación social, mecanismos de incentivos financieros y mecanismos de difusión e información. busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente y, por ende, a la realización del derecho humano de la participación que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia con el derecho a la salud.

La participación social está considerada en el Plan Estratégico Hacia el Fin de la Tuberculosis *“La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de 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”*³⁰. También está considerada en la Resolución 00227 del 2020, estableciendo que el Programa Nacional de Tuberculosis es responsable de promover la participación y movilización social de la comunidad y de las personas afectadas, estableciendo acciones para su cumplimiento.

Se cuenta con un marco normativo que establece la participación de la sociedad civil e instituciones de lucha contra la Tuberculosis, los cuales constituyen mecanismos de participación ciudadana las mesas de trabajo, mesa de diálogo, reuniones o talleres informativos, de capacitación, entre otros, organizados con el fin de recoger propuestas y entablar diálogo con la sociedad civil y las instituciones vinculadas al trabajo con la tuberculosis dentro de la conformación de las mesas multisectoriales distrital y regional. De acuerdo a los entrevistados no se está logrando una real participación comunitaria de acuerdo a lo estipulado con injerencia en las políticas relacionadas a la TB.

“La idea de una participación comunitaria que involucra a todos y tengan un plan de manera real para detener el problema localmente; donde el ciudadano no es un objeto, es un sujeto que participa de las decisiones. Eso es una estrategia que debe desarrollarse dentro del fortalecimiento del primer nivel de atención, pero la participación comunitaria está teniendo una lógica colaborativa del ciudadano con el Estado en las cosas

²⁹ MINSALUD (2019). Política de Participación Social en Salud - PPSS. Resolución 2063 de 2017. Bogotá, DC. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>

³⁰ MINSALUD (2016). Plan Estratégico: Hacia el Fin de la Tuberculosis. Colombia 2016-2025. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>

que el Estado no puede hacer, como ir a buscar a las personas con problemas con TB a las comunidades, captarlas, hacerles seguimiento de sus medicamentos, pero más en un marco de apoyo...”

Se hace referencia a la necesidad de potenciar el MIPA Mayor Involucramiento de las Poblaciones Afectadas, como un proceso dinamizador de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la comunidad, como en la planificación de estrategias nacionales y locales que conlleven al bienestar tomando en cuenta sus necesidades sentidas.

“Digamos que acá hace falta tener mayor involucramiento de las poblaciones y poder tener en cuenta las necesidades, y además de tener en cuenta sus necesidades, Poder vincular a las poblaciones en la atención propias de sus comunidades, es decir, que haya mayor involucramiento de la sociedad organizada, es decir, de organizaciones de base comunitaria donde convergen habitantes de calle, personas viviendo con VIH, jóvenes viviendo con VIH, personas migrantes, de acuerdo, digamos que, en este orden de ideas, más allá que haya una mesa de participación para la construcción de estas propuestas, es importante que las poblaciones se involucren.

“es siempre lo que pedimos es involucrar o incluir a las poblaciones, hay una frase, recuerdo en Naciones Unidas un consenso que hubo con el tema de VIH, el principio MIPA, que dice, mayor involucramiento de las personas afectadas; el principio MIPA siempre esté incluido en cualquier toma de decisiones, porque es justo y necesario serlo”.

Los entrevistados reconocen que la participación comunitaria está considerada en nuestra norma nacional, producto de la inclusión del ENGAGE TB se ha conformado el Observatorio Social de TB que tiene como eje la participación de las organizaciones comunitarias de afectados por TB incluyendo la participación social en el Capítulo 8 de la Resolución 00227 del 2020.

“La participación comunitaria está considerada en nuestra norma nacional, con respecto al Observatorio Social de TB se tiene como eje la participación de las organizaciones comunitarias de afectados por TB, teniendo en cuenta la normativa, a partir del 2020 incluimos la estrategia ENGAGE TB, aquí se estableció todo lo de las competencias...”

Se identifica la existencia de una Política de Participación Social a nivel nacional, para desarrollar las normativas se considera la participación de representantes de la comunidad de afectados, tanto en el proceso de desarrollo, como en el proceso de consulta pública antes de emitir el acto normativo.

“hay una Política de Participación Social a Nivel Nacional y el mecanismo la estructura por ejemplo para desarrollar ciertas políticas exige que haya esa participación social también, entonces la metodología de muchos de construcción de estos documentos mucha de estas, de la metodología de estos documentos incluyen la necesidad digamos que la obligatoriedad de que haya participación por parte de la comunidad”

“frente a el desarrollo políticas y de normativas también, la Resolución te dice los pasos que hay que seguir para emitir un acto normativo incluye que haya por ejemplo unos procesos de consulta pública donde cuando ya tienes un borrador se somete a las comunidades se somete en general a

los diferentes actores... para que las personas puedan enviar sus comentarios y preguntas y demás y todo eso se pueda tener presente al momento de construir un acto normativo.”

“ Para la elaboración de la norma se tuvo tenemos un comité asesor del Programa Nacional y hay una representación de personas afectadas por TB, allí se logró su participación, adicionalmente antes de la expedición entran a una consulta pública, y se publican en la página del Ministerio para su socialización, tuvimos en esta norma más de 400 comentarios donde gran parte de estos hablaban de estos enfoques, a partir de estos comentarios se construyó la inclusión lo referente a las organizaciones sociales, la Carta de Derechos. De alguna manera se ha tenido un proceso de construcción y aportes de la sociedad civil.”

“Hay normativas frente a desplazados, frente a migrantes, pero no se consolida como una práctica social que empodere a los pacientes, se debe lograr este proceso de participación activa de la población con TB y en este caso de los pobres urbanos en la respuesta a la TB, para que el fortalecimiento de la atención primaria en salud, que se traduzca en acciones concretas”.

Asimismo, desde el género es una limitante para la participación, debido a que muchas mujeres tienen temor de ser visibilizadas, esto va cambiando progresivamente, se requiere mayor empoderamiento de las mujeres

“...en lo que yo trabajo de VIH muy poca porque a las mujeres les da vergüenza, les da miedo enfrentarse en ese espacio ser visible y ahora hay un fenómeno grande que yo pienso que esas nuevas generaciones que están naciendo estamos enfocándolas, llevándolas porque mientras son madres solteras, mientras son mujeres empobrecidas no te va a quedar tiempo de estar leyendo, de estar yendo a unos, a unas diplomados, que se hacen diplomados sobre derechos de mujeres y todo eso y ahora las mujeres feministas se están creando muchas escuelas de políticas públicas donde las mujeres desde su mínimo capacidad de estudio puedan entender esa política pública y puedan entender esos roles de las mujeres como tal”

Se han desarrollado actividades de fortalecimiento de capacidades a diferentes actores sociales y comunitarios con el apoyo de Socios en Salud, a la fecha han logrado contratar un número reducido de agentes comunitarios para que realicen acciones con su comunidad.

“se incluye las actividades de información y comunicación para la salud; se hace la identificación de las zonas o barrios con mayor incidencia de TB, conformación de actores sociales y comunitarios, incluyendo a las PAT en talleres, este año se han realizado 6 talleres presenciales con las organizaciones conformadas a través de la asistencia técnica brindada por SES, tuvimos la posibilidad de contratar a 12 agentes comunitarios 2 para cada ciudad grande...”

Otro avance, es la inclusión de la búsqueda activa de personas con síntomas presuntivos derivados por un agente comunitario, este es un reconocimiento del trabajo que se realiza desde los actores sociales o comunitarios, formalizando las experiencias comunitarias.

“En el sistema de información dejamos esta variable de identificación de personas con síntomas presuntivos por la comunidad, está en el sistema como la búsqueda activa derivado por un agente comunitario...”

7.3.2.5. Cambios legales o de política para garantizar los derechos de las PAT

La articulación multisectorial e intersectorial en el abordaje de la TB implica establecer compromisos conjuntos que aborden los determinantes sociales que influyen en todo el camino de la TB, las cuales están relacionadas a las condiciones de vida; implica ver la tuberculosis más allá del abordaje de la salud.

“La TB son responsabilidades intersectoriales, por un lado, si se logra controlar la TB es porque el desempeño de los sistemas de salud funciona, y desempeñan adecuadamente sea que afecte a los grupos más vulnerables, o a la población en general atendiendo sus necesidades; un sistema que no logre llevar a la curación del paciente es porque no logra una calidad y eficiencia en la atención, ya que requiere un prolongado contacto con el sistema de salud. Además, existen otros sectores que deben comprometerse en la lucha contra la TB; imagínese a un paciente en tratamiento de TB que, en medio de un escenario de hambre, como se puede asegurar la adherencia. Si no se piensa en lo estructural desde una mirada de protección social integral no se podrá resolver esta situación de la TB”.

“La tuberculosis debe posicionarse en todos los escenarios, no solamente en lo territorial del sector salud sino intersectorial. La TB es un problema social, con un componente de salud, se requiere que se amplíen los programas de protección social para las personas afectadas por TB según su caracterización socioeconómica, las cuales deben tener criterios más sensibles y flexibles, de modo que las visitas de reclasificación sean más rápidas, con políticas públicas más comprometidas y que den respuesta a los determinantes que tienen las personas afectadas por TB y sus familias.”

Con relación a la atención en salud se requiere que todos los proveedores de salud estén capacitados y apliquen las normativas establecidas para lograr un abordaje integral, con una mirada en los DDHH.

“A nivel sectorial fortalecer el conocimiento de las normas en los trabajadores de salud no solamente lo programático sino del abordaje integral, si bien hacemos un esfuerzo desde el Ministerio de elaborar y socializarlas, en si no llegamos a todos los trabajadores, por ello obvian muchos aspectos de la atención integral y actualizada ciñéndose a los protocolos establecidos, así como incidir en el cumplimiento de los derechos de las personas afectadas por TB”.

Fortalecer el sistema de salud en el enfoque centrado en la persona con TB a fin de abordar todo el camino de la TB, con un acompañamiento en la lógica de la oferta y no en la demanda, con la búsqueda activa de casos en la comunidad.

“Se requiere ver el cuidado y atención de la persona con TB centrado en el paciente, ya que el acceso a los servicios se ve limitado no se logra romper el ciclo de transmisión de la TB”.

“Necesidad de hacer un acompañamiento más cercano desde la lógica de la oferta y no de la demanda y se debe acercar a los pacientes y a sus familias, no esperar que vengan pasivamente a los servicios de salud, es decir transformar los programas hacer una búsqueda más activa en la población, que una búsqueda pasiva a través de los sintomático respiratorios como habitualmente se realiza en los servicios de salud”

Dar énfasis al abordaje teniendo en cuenta los diferentes enfoques, entre ellos el enfoque diferencial que permitirá responder a las necesidades sentidas de las poblaciones clave y vulnerables; el enfoque de género con el cual desmitificar y respetar la diversidad sexual y diversidad de género.

“Generar los enfoques y estrategias diferenciales porque en la medida que conozco las características de las personas afectadas por TB, por ejemplo, si se trabaja con poblaciones indígenas se requiere ir a las comunidades, hacer diálogos de saberes como parte del abordaje comunitario. Si se trabaja con habitantes de calle o población LGTB en los centros de tolerancia se podrá focalizar mejor los recursos limitados”

Se requiere definir entre las políticas de protección social el apoyo alimentario a todas las personas afectadas por TB, teniendo en cuenta que para que el tratamiento por tuberculosis sea exitoso, debe estar acompañado de una alimentación balanceada se cuenta con diferentes estudios realizados en Colombia, uno de ellos concluyó que en los pacientes con bajo peso, se encontró un riesgo significativamente mayor de muerte por TB³¹; por lo que se requiere formular estrategias integrales a fin de disminuir la mortalidad por este evento incluyendo la mejora del cubrimiento de sus requerimientos nutricionales.

“Por el lado del apoyo alimentario que es tan importante, aquí es inexistente, todos los que trabajamos con las personas afectadas por TB encontramos grave problemas de seguridad alimentaria, nosotros cuando encontramos familias con necesidades, recaudamos fondos, para adquirir paquetes de alimentos para de alguna manera cubrir estas necesidades, pero no hay ninguna política que indique que las personas con TB requieren estos esfuerzos por cubrir estas necesidades”.

“hay muchas personas que realmente, desean el tratamiento para tuberculosis o no lo continúan por el hecho de que no tienen que comer y uno que ha sido afectado por la tuberculosis sabe que el tratamiento para tuberculosis al menos las primeras fases es un tratamiento muy duro y requiere que yo tenga una buena alimentación y unas garantías mínimas, no solamente tomarme las pastillas, sino tener como un paquete de servicio de protección del estado entre ello incluya la alimentación y otras cosas que me garantice la adherencia al tratamiento”

Seguir impulsando y reconociendo la labor que realiza la sociedad civil,

³¹ Salas-Romero, Soraya, Lorduy-Gómez, Jaime, & Simancas-Salemi, Ana Belen. (2021). Asociación del estado nutricional y factores clínicos con muerte relacionada con tuberculosis en Colombia. Revista Chilena de Infectología, 2021; 38 (2): 161-168. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182021000200161

en especial desde su labor en identificar condiciones de vulnerabilidad e incidencia en las políticas públicas.

“...la respuesta debería como integrada, los dos trabajar conjuntamente y en la búsqueda activa de personas sintomáticas respiratorias se debería hacer esto, ósea creo que allí falta mucho también lo de, bueno en el sistema de salud colombiano pasa esto y es que la persona tiene que estar enferma para que lo atienda no hay como, entre comillas está, en la letra muerta que el sistema de salud debería hacer acciones preventivas en salud, pero no se hacen y esas deberían hacerse...”

Difundir e la población afectada por TB sobre la Carta de Derechos que los ampara frente a situaciones que van en contra de su integridad física y emocional.

“primero enseñarle la Carta de Derechos, hacer una tarea masiva decirles que no solo están como derechos que los pueden exigir sino lo que le decía hace un momento que recuperen la confianza en la institucionalidad para exigirle para saber que cuando reclamen alguien les va responder, pero cambios no , yo creo que lo que hay es implementar lo que hay”

Es necesario que las organizaciones formen a las personas afectadas por TB en incidencia política, que se impulse la participación comunitaria haciendo vigilancia de los procesos de atención que están descritos en los marcos normativos.

“una de las cosas de empezar a formar en las personas afectadas por tuberculosis, formarlos en incidencia política y participación en veeduría. Porque uno también tendría que estar haciéndole vigilancia a los programas nacionales y locales de tuberculosis”.

Las poblaciones vulnerables viven en unas condiciones de hacinamiento terribles, las personas de los sectores LGTB, las mujeres trans, y es en estos sitios donde ellos viven debería hacerse trámites o hacer búsqueda activa de personas con síntomas respiratorios y no esperar que la persona se enferme para ser atendida.

7.3.2.6. Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos.

Consideran importante la voluntad y compromiso en todos los niveles del gobierno, en las entidades de control que garanticen el estricto cumplimiento de los derechos de las personas; trabajar más en la prevención con una mirada de calidad de vida.

“Las voluntades políticas de los gobiernos, definitivamente el acceder a los derechos, tiene que ver con un compromiso formal, desde el presidente de la República, pasando por el Ministerio, los organismos de control: Procuraduría, Fiscalía, Defensoría, también las Personerías municipales y alcaldes y alcaldesas, gobernadores, los consejos, las asambleas y el Congreso de la República, son los tomadores de decisiones tanto en lo local como en lo nacional que mayoritariamente, insisto en temas de derechos humanos...el sistema está centrado en la atención y no la prevención, porque es más rentable atender ya la enfermedad que prevenirla, y si hay mayor atención, hay mayor facturación, mayores

ganancias, y si hay mayores ganancias, los socios de las clínicas de las EPS, van a tener mayores recursos al final del año... insisto, la atención que la prevención, y no solamente hablemos de números, sino obviamente de la calidad y cantidad de vida”

“Un entorno desfavorable puede ser la falta de voluntad política y ahí es donde se tiene que incidir mucho, lo cual debe ser un tarea y exigencia al Observatorio de Tuberculosis al Programa Nacional de tuberculosis”.

Para lograr que las políticas en salud tengan impacto, se requiere fortalecer la continuidad de los programas, así como incidir en la atención primaria.

“Gubernamentalmente los programas deben tener continuidad con el tiempo para seguir fortaleciendo la atención primaria teniendo en cuenta la situación que tenemos de la TB”

“tenemos más fallas es en los temas de prevención, porque a nivel de las comunidades dependen de los recursos que colocan las mismas entidades territoriales y allí las prioridades nos son la TBC... cada autoridad territorial tiene la autonomía para definir sus prioridades, digamos que en salud y entonces a veces allí quedan unos hay unos departamentos donde se trabaja menos que en otros y por supuesto pues la gente, realmente lo que hace la diferencia en que un programa funcione es, quien toma las riendas del programa”

Asignación de recursos en todos los niveles que aseguren los programas de prevención desde la “contratación social” que sustenten el trabajo de prevención que las organizaciones sociales realizan, así como los mismos gestores comunitarios.

“en temas de atención de salud que exista los suficientes recursos asignados para que estas acciones puedan tener un mayor impacto, la contratación social, también es importante, que la sociedad civil no sea llamada solamente a las horas de las mesas, sino que también manejemos suficientes recursos, porque históricamente hemos aportado al tema de prevención en cualquier patología, al tema de atención también que no nos compete y la sociedad civil es clave para que estas políticas o estas acciones tengan mayor impacto, porque somos el puente natural entre las poblaciones claves y el estado colombiano, que hayan suficientes recursos económicos, para que estas organizaciones no cierren sus puertas, como estamos viendo, sino que se puedan robustecer y que lo que hay al principio es el gana gana, gana la sociedad civil y gana el estado colombiano”.

“... la contratación social a través de los diferentes proyectos, planes, programas, campañas que se estén financiando con recursos del Fondo Mundial, esa es la recomendación que yo creo que comparte la visión de otras organizaciones en nuestro país, que es que están dejando por fuera de la inclusión de los recursos de Fondo Mundial por diversas razones porque ahora ya lo hacen a través del sistema y al sistema no le gusta contratar a organizaciones de base”.

Se requiere incluir la estrategia de pares en el camino de la TB, identificación de sintomáticos respiratorios, seguimiento de tratamiento, apoyo en la adherencia, identificación de abandonos, sabiendo que es una estrategia que funciona en diferentes países y que requiere ser incorporada en Colombia.

“creo que esto ayudaría mucho, a que ya hay unos departamentos que ya lo están haciendo como Antioquia que tiene gestores comunitarios, que contratan a personas afectadas por tuberculosis para hacer lo que hacen allá en Perú que es búsqueda activa de personas con sintomatología respiratoria, hacerle seguimiento a las personas afectadas por tuberculosis para que se tomen el tratamiento, hacer un seguimiento más de pares, eso debería funcionar muy bien..., pero falta como que se involucrara más a las personas afectadas en la respuesta, eso haría mucha falta porque por ejemplo hay unos casos muy específicos que es en el caso de personas que están afectadas por tuberculosis pero que no van a los centros de salud entonces esos medicamentos, la adherencia de esas personas se pierde”

Además de existir política pública esto requiere un cambio de las actitudes de quienes ejercen la práctica médica, la necesidad de establecer esta relación horizontal desde la empatía y el respeto, de la forma como se genera esta relación entre el personal de salud y las personas que requieren de ellos. Ayudaría que en el marco legal se dé la aplicabilidad universal de estas políticas, mayor cohesión de los directamente involucrados para crear espacios de intercambio y compromiso, mayor abogacía.

“...pero creo que sigue haciendo falta el tema de los programas de protección social y yo lo mencionaba dentro del observatorio que a pesar de que si esta sobre el papel esos programas de protección social sigue siendo muy como letra muerta, como que bueno si existe pero como hacemos para que los programas de protección social se den, por ejemplo, yo me acuerdo la primera vez que yo estuve afectado por tuberculosis a mí me daban una canasta básica de alimentación, en la segunda vez ni siquiera me lo ofrecieron, porque piensan de acuerdo al nivel de afiliación de salud”

Finalmente, un entorno para seguir fortaleciendo el empoderamiento de la población y el respeto a la dignidad, y que las políticas sean de protección social que incluyan a la salud tengan una mirada más integral frente a la TB.

“un sistema que no logre llevar a la curación del paciente es porque no logra una calidad y eficiencia en la atención, ya que requiere un prolongado contacto con el sistema de salud. Además, existen otros sectores que deben comprometerse en la lucha contra la TB; imagínese a un paciente en tratamiento de TB que, en medio de un escenario de hambre, como se puede asegurar la adherencia. Si no se piensa en lo estructural desde una mirada de protección social integral no se podrá resolver esta situación de la TB.”

Ante la incidencia de casos, la población migrante es vulnerable a la TB y VIH, hay que prestarle mucha atención, por el aumento de infecciones de transmisión sexual.

7.3.3. Entorno legislativo y de políticas: igualdad y equidad de género.

7.3.3.1. Leyes o políticas que impactan la igualdad de género.

En el marco normativo se establece el Enfoque diferencial, este principio reconoce que “hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”³²

Existe el Pacto por la Equidad, por el cual se debe garantizar la igualdad de oportunidades para la inclusión social (el acceso eficiente y con calidad a servicios de salud, cuidado infantil, educación y formación de capital humano, seguridad alimentaria, vivienda y hábitat) y las oportunidades para la inclusión productiva (acceso a mercados de trabajo e ingresos dignos)³³.

En Colombia se tiene un marco normativo y un Pacto por la Equidad de la Mujer en el Plan Nacional de Desarrollo, los entrevistados refieren la necesidad de implementar una ley que penalice la violencia basada en género, Se reconoce la existencia de la Ley 00227 específicamente en el capítulo 8 sobre los enfoques, entre los cuales, se encuentra le enfoque de género.

“... falta una ley de identidad de género en este país, una ley que salvaguarde o elimine o regule o penalice o castigue el tema de la violencia basada en género, eso no lo tiene nuestro país, digamos que nuestras políticas públicas y nuestras normas dicen que le enfoque diferencial y el enfoque de género supera el enfoque de derechos humanos, pero eso es un saludo a la bandera porque no le dice a la institucionalidad o a la regencia de un programa como ejecutarlo...”

Como se aprecia el enfoque y perspectiva de género está presente en las normativas y en el sistema de vigilancia epidemiológica, el tema crucial es que en la práctica de la atención no se trasluce la identificación y abordaje de las reales necesidades de la población bajo el enfoque de género.

“Pues el enfoque de género está escrito, el enfoque de género en las normas aparece y los datos epidemiológicos se analizan también con perspectiva de género, y, de hecho, nos dicen que tanto el VIH como la tuberculosis es la mayor afectación en los hombres, pero, digamos que ya en la atención, ya en la prevención, como que eso se diluye un poquito. Aquí hace falta asistencia técnica a las instituciones para que sepan que el enfoque de género... entonces hay que ponerle la lupa del género, no como una sombrilla que nos cubra todo, sino como esta perspectiva de género o estos roles de género vulneran a cada población de manera específica, no es lo mismo ser gay que ser trans, si lo miramos con el lente

³² MINSALUD (2016). Plan Estratégico: Hacia el Fin de la Tuberculosis. Colombia 2016-2025. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>

³³ Plan Nacional de Desarrollo "Pacto por Colombia, pacto por la equidad" 2018 - 2022

del género, no es lo mismo ser un niño que una niña o niño... hay intentos, pero falta apoyo técnico, falta sensibilización y falta capacitación sobre todo en personal de salud”

A través de las entrevistas hay un acuerdo en relación con que en Colombia persisten las inequidades de género; las condiciones demográficas y socioculturales de Colombia la hacen un país multicultural y de ideología cultural diversa como para inicialmente contextualizar los roles de hombres y mujeres en esta sociedad. La cultura machista que excluye fuertemente a la mujer en diferentes ámbitos, ello puede impactar en la invisibilización de la mujer en la prevalencia de TB, ya que la carga en las actividades del hogar limita el acceso a los servicios frente a la presencia de síntomas.

“La exclusión general afecta doblemente a la exclusión de las mujeres, un país muy inequitativo con exclusión social en general margina a un gran sector de la población en condiciones de pobreza, las estadísticas de hambre son aproximadamente el 40% de la población..., la marginación de la mujer se duplica no es solo la social sino la de género por ser una sociedad machista, racista, excluyente en que la condición de la mujer se ve muy afectada. la mujer asume la carga de vinculación al mercado laboral, entonces se perpetua en las mujeres un mayor riesgo que no queda visible en la prevalencia de la enfermedad en los registros de vigilancia epidemiológica. Por ejemplo, si tienes más acceso a los servicios de salud de los hombres, entonces figura que es una problemática de salud que afecta más a los hombres.”

“La región central es otra, los Llanos, es otra, la Amazonia; por tanto es una nación construida por culturas sumamente diversas, que hace muy difícil la aplicabilidad de las políticas; la zona central es muy matriarcal, significa muy machista es una formación donde la dominación de las madres sobre la definición de los roles en el hogar genera esos machismos masculinos y machismos femeninos, por ejemplo donde el hombre no puede entrar a la cocina, son las niñas de la casa quienes arreglan la casa y eso es culturalmente aceptado en el centro, en la costa Caribe por ejemplo, la mujer no tiene el mismo rol que en la zona central, el hombre es todo en la casa, es quien toma la decisión, puede tener múltiples mujeres y 20 hijos fuera de la unión marital, es el abastecedor del hogar”.

El impacto personal de la población diversa a partir de la autodeterminación del género las expone a la exclusión social y violencia de género, con el correlato de situaciones de vida y conductas de riesgo que afectan directamente la salud integral.

“A partir de la autodeterminación del género, conlleva a exclusión, principalmente familiar, a expulsión del grupo familiar, por ser travesti, por transexual transgénero, por homosexual por bisexual. Esta expulsión se convierte en una condición de riesgo muy alto para la marginalidad, por lo que entran en trabajo sexual, habitante de calle, condiciones de vulneración asociadas a la criminalidad ya que son los grupos criminales quienes los absorben para que puedan cubrir sus necesidades. Finalmente, esto conlleva a prácticas de riesgo que pueden terminar en muchas afectaciones en salud: salud mental, ITS, VIH y por ende también en problemas de salud de enfermedades respiratorias como la TB.”

“porque cuando hablamos de violencia basada en género no solamente debemos referirnos a las mujeres sino también a la población transgénero

en nuestro país, entonces digamos lo que te mencionaba hace un rato"

7.3.3.2. Sistemas para gestionar casos de género.

Colombia ha avanzado en su capacidad para generar, analizar y difundir información con perspectiva de género, el sistema de vigilancia epidemiológica considera las variables de género, no se tiene información si se utiliza esta información para una gestión efectiva de los casos de género en TB.

"Los sistemas de vigilancia epidemiológica tienen como las variables, para ver temas de género, pero no van mucho más allá, hay observatorio de género, hay mucho marco normativo, insisto, en temas de igualdad de género, de violencia contra las mujeres, de discriminación a poblaciones LGTB, Afro indígena, pero algo específico en tuberculosis no conozco.

"...pocas veces entramos en los análisis específicos de hasta dónde llega la afectación de las mujeres o de los hombres en ciertos eventos en salud... el verdadero cambio o el cambio principal termina requiriendo es a la hora de la implementación y de las circunstancias sociales que rodean a cada una de estas personas"

En el caso del sistema de información de casos de VIH se puede dar la diferenciación por población clave y también por diferenciación de género, lo cual permite una mejor focalización de las estrategias, esto no se da realmente en TB

"...en VIH si la hay nosotros tenemos nuestro propio sistema de información a través de alto costo y allí podemos hacer la diferenciación por población clave y también podemos hacer la diferenciación de si son personas hombres, mujer o Trans por ejemplo allí si tenemos esas particularidades desafortunadamente esa diferenciación no la hay con otros sistemas de información, no he escuchado que en TBC que el programa de TB tenga por ejemplo esa diferenciación si es Trans"

De acuerdo con estudios de investigación realizados en Colombia, en el cual se realizó seguimiento a convivientes de personas con TB, se encontró mayor prevalencia de TB en mujeres que en hombres (Villa L. 2015), esto implica la necesidad de promover más estudios que puedan dar la significación estadística de esta situación.

"Si bien en los sistemas de vigilancia epidemiológica muestra que la carga de TB afecta más a los hombres que las mujeres, pero cuando seguimos por dos años a las personas que conviven con PAT encontramos que fue ligeramente más alta en mujeres que hombres, es cierto que los hombres generalmente están ausentes en los hogares y como estábamos viendo la transmisión intradomiciliaria tuvimos estos hallazgos importantes, no tuvo la significación estadística para confirmar cuantitativamente la hipótesis de la investigación".

7.3.3.3. Enfoque de género en las leyes o políticas relacionadas a TB.

La normativa en TB establece los enfoques de género y diferencial, que no es aplicada por muchos prestadores de salud, más aún cuando se atiende a la población trans, quienes son vulnerados sus derechos a la identidad de género, repercutiendo desfavorablemente en la atención.

“Tenemos la nueva normativa que tiene grandes aciertos entre los que toma en cuenta los enfoque diferenciales incluyendo el de género, si vamos a la práctica es una sociedad muy inmadura, por ejemplo con las personas transgénero, siguen siendo motivo de burla... y no era respetada su identidad en el hospital por el médico, quien lo llamaba por su nombre que figuraba en su documento, vemos que hay una negación de la construcción del género, para ellos lo que importa es la bioquímica, la biología, la patología, aunque la legislación diga que toda la atención debe estar basado en el trato digno, diferencial, con enfoque de género. Se sigue con el conservadurismo, la falta de apertura, de esta manera se afecta directamente a las personas afectadas por TB”

“...la persona de la ventanilla que llama al paciente por su historia médica de una persona trans que se idéntica como Luisa y tiene corporalidad femenina y la sigue llamando como Pedro porque así dice su documento de identidad; esa persona se va a sentir violentada e inhibida en el acceso a la atención”

Como ya se mencionó existe el Lineamiento de Atención en los Servicios de Salud que consideran el Enfoque diferencial, el Enfoque de Género, se requiere poner énfasis en las variables de género que afectan el acceso a la atención dependiendo de sus vulnerabilidades.

“eso es otra cosa que debería tratarse porque es muy distinto, no se una persona cisgénero, una mujer trans, personas de poblaciones LGTB que puedan acceder al tratamiento, ósea porque son más vulnerables tiene más barreras, deberían de hacer como que se tuviera en cuenta esas variables de género, esas deberían de tenerse en cuenta porque debería considerarse que hay personas que por la doble discriminación se les hace más difícil acceder al tratamiento”

7.3.3.4. Sistema o proceso para apoyar la equidad/igualdad de genero

Se menciona mecanismos como la Defensoría, el Observatorio de DDHH, entre otros, a través de los cuales se puede lograr apoyo frente a la vulneración de derechos relacionados a la equidad e igualdad de género.

“Existe la defensoría, tiene un sistema que ayuda a visibilizar los casos, la gente los conoce y tiene empatía, y existen plataformas de la sociedad civil de organizaciones tanto LGTBI como de mujeres que tienen manera de hacer seguimiento y tienen observatorio de los derechos humanos y también tienen abogados y abogadas para tratar de darle solución legal a la posible vulneración de derechos, tanto de mujeres como de población LGTBI, si existe acompañamiento pero de la defensoría del pueblo, de las otras organizaciones depende, también el municipio de cada ciudad es diferente, la procuraduría, insistimos, ha trabajado el tema de derechos y la fiscalía, realmente es muy lenta, el sistema de investigación de la fiscalía es muy lento y con mujeres en temas de feminicidio y trans feminicidio, también en las comunidades es muy alto acá en Colombia”.

Si bien es cierto que se han implementado una serie de marcos normativos relacionados a la equidad de género en el marco de convenciones, existen espacios en los diferentes niveles de gobierno el problema radica en la

aplicación de estas normas y mucho menos frente a la violación de derechos de las mujeres trans.

“Sí existen muchas normas relacionadas con mujeres, con equidad de género, por ejemplo, precisamente, pero volvemos a lo mismo, hay un asunto social y cultural. Es una sociedad patriarcal completamente. Hay unas brechas, por supuesto que existen; y, de hecho, existen Secretarías y en los departamentos, en las alcaldías, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Equidad de Género; o sea, se han desarrollado políticas públicas y todo. Pero si volvemos a lo mismo, pues hay cosas que están en el papel, pero en lo cotidiano nos seguimos enfrentando a situaciones de discriminación y unas brechas de género inmensas.

“...hay limitaciones, incluso hay mujeres trans que no son atendidas les cierran las puertas o no son atendidas como debería ser...”

Existe referentes legales como el Código Fucsia, que establece la Atención integral a las víctimas de violencia sexual en el marco de los DDHH, cuyo objetivo es contribuir al efectivo acceso de las víctimas de delitos sexuales a una atención integral a los servicios de salud, justicia y protección, asumiéndolo como un evento prioritario de urgencia en Salud, para así contribuir a la restitución de sus derechos, entre ello se establece las rutas de atención, así como la no revictimización de la víctima, ello implica que hay una intención positiva para hacer frente a las situación de violencia.

“por ejemplo, el tema del Código Fucsia que es el tema de violencia de agresión sexual y violencia de género que considera que los prestadores de servicios a no victimizar a la víctima, lo cual ya es un logro, es un lenguaje de no revictimizar a la víctima que ha permitido mitigar esta situación, pero aún falta mucho; si hay intencionalidad positiva, hay un discurso positivo en el tema de salud.”

7.3.3.5. Cambios legales o de política para garantizar los derechos de género de las PATB

Mas que cambios normativos se propone abordar los imaginarios sociales que tienen los funcionarios y proveedores de salud en cuanto a la perspectiva de género y el respeto a los derechos de todos y todas sin distinción, lo cual favorecería la atención y cuidado de las personas afectadas por TB, así como tener indicadores más sensibles para hacer el seguimiento y evaluación de su cumplimiento.

“más que, un cambio en la norma, es un cambio en la implementación, y la asistencia técnica al personal de salud, fortalecer al equipo de salud, de construir esos imaginarios que tienen en relación con el género, y generar como indicadores que también permitan dar cuenta de eso, del género en la respuesta, creo que eso también nos falta, que haya indicadores mucho más sensibles, que nos permitan como identificar si se están implementando con perspectiva de género la atención, la prevención y demás”

“También se requieren mayores esfuerzos para que la información producida sea utilizada en acciones de política pública. Asimismo, para que haya una mayor difusión de información estadística, con el objeto de

incluir desagregaciones y cruces de variables más allá de los que se realizan por sexo, que den cuenta de la interrelación de la dimensión de género con otras características e identidades”

Además, teniendo en cuenta las vulnerabilidades de las personas trans, es necesario poner énfasis en esta población; entre los aspectos relevantes son el abordaje del estigma y discriminación, el no reconocimiento de su identidad de género e identidad sexual en los servicios de atención, es decir brindar una atención con enfoque de género y enfoque diferencial, como lo dicta el marco normativo ya que son grandes barreras en el acceso a los servicios de salud, diagnóstico oportuno y en todo el camino de la TB.

“...realmente donde tendría que poner un poco mucho más preciso es en las mujeres Trans o pues por lo menos si lo vemos y lo percibimos mucho en VIH tienen más alta prevalencia que los HSH, tienen una alta mortalidad, tiene alto índice de coinfección por TBC porque llegan muchas veces a estadios muy tardíos ósea definitivamente esa es una población que necesita tener un enfoque mucho más particular porque tiene muchas más vulnerabilidades”

“...el sistema todavía no termina por reconocer que hay una condición de identidad que no tiene por qué limitar la atención en salud ni tienen porque ponerle barreras ni generar estigma y discriminación... porque vemos prestadores que por ejemplo una persona Trans le sigue llamando por el nombre de la cedula , ni siquiera se toman por delicadeza por preguntarle , perdón como quieres que te llame ? , como te identificas ? que esta normado porque incluso en Colombia eso esta normado , de que deberíamos hacer una atención inclusiva y diferencial ,entonces todo eso genera barreras pareciera que no , pero genera barreras para recibir un diagnóstico temprano y para luego recibir tratamiento.

Se requiere abrir mesas de diálogo con las personas afectadas teniendo en cuenta el género y la identidad de género, para fortalecer las políticas con enfoque y transversalización de género y así reconocer sus necesidades.

“...abrir mesas de diálogo con las personas afectadas, ya que son ellas y ellos quienes están viviendo estas experiencias a partir de los cuales se puede concertar mejores formas de prestar esos servicios de salud, es fundamental hablar de sus expectativas, de sus experiencias y cómo es que se atiende adecuadamente. Si yo tengo un par que me está acompañando en este proceso mejor a sentir mejorar ya que conoce mi realidad...”

“creo que para mejorar este aspecto se requiere y es muy importante poder tener en el marco de la respuesta unas estrategias que conlleven a generar las condiciones y las mesas de trabajo para la construcción de una política o una propuesta, para la construcción de esa propuesta de la identidad de género y de prevención de la violencia basada en la violencia en género, esa ley no existe”

“creo que tendría que construirse conjuntamente con las poblaciones. Decirle a usted, que es afectada por tuberculosis, que vulnerabilidades tiene que necesidades tiene frente al tratamiento, pero eso se pudiera hacer agentes comunitarios que estuvieran en campo haciendo eso para identificar todo ese tipo de variables que pueden afectaren acceso a los servicios de salud”

7.3.3.6. Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos.

Un entorno social igualitario que respete a la diversidad sexual y diversidad de género, capaz de responder a sus necesidades; desterrar la cultura machista que persiste en muchas zonas del país, y se trasluce en los propios establecimientos de salud.

“...en personas transgénero, pues la discriminación asociada a su identidad de género, que tiene que ver también con cosas de género, que son personas que no cumplen con ese estándar, con ese status quo de una sociedad que es machista, que es antropocéntrica, entonces y como que entre menos hable con esas personas mejor, todavía el personal de salud tiene que como muchas cositas en su cabeza que no han sido, y eso tiene que ver también con el tipo de formación que le dan al personal de salud”.

“Esos sistemas de creencias, creería sabes, que hasta la religión termina teniendo un lugar ahí. Con la dificultad que a veces las religiones terminan influyendo en asuntos que tienen que ver con la atención; y, además con las creencias religiosas que también dificultan y suponen una barrera en muchos sentidos”.

Trabajar con los proveedores de salud los estereotipos de género, a través de procesos de sensibilización sobre el respeto a la dignidad humana, respeto a las diferencias de género e identidad sexual, y sus implicancias en la salud; creando un ambiente propicio de calidad que no genere barreras en la atención, garantizando los derechos de todos y todas.

“No existe sistemas de capacitación en el sistema de salud para poder garantizar los derechos de las poblaciones de las diferentes naturalezas, cuando hablamos del proveedor de salud debemos tener en cuenta que el sistema de salud es una estructura, por ejemplo desde el portero de una unidad de salud debería estar capacitado y entrenado para garantizar los derechos de las poblaciones de cualquier naturaleza, no debe tener rechazo ni animadversión por una persona con TB, pero si además es homosexual o transexual, tiene que tener respeto y tratar con el mismo criterio de respeto por la dignidad de todos y todas más allá del género, lamentablemente esto no sucede.. una persona trans que se idéntica como Luisa y tiene corporalidad femenina y la sigue llamando como Pedro porque así dice su documento de identidad; esa persona se va a sentir violentada e inhibida en el acceso a la atención no respetan la condición de la identidad sexual, y la sigue viendo como una identidad sexual patológica”.

“...los trabajadores de la salud no tienen este chip incorporado, hace falta mucha capacitación y entrenamiento a nivel del personal de la salud, entonces yo creería que teniendo los documentos disponibles ya listos lo que si se necesita es un fuerte componente de entrenamiento del personal de la salud para la implementación efectiva del enfoque de género”.

8. CONCLUSIONES

A través de la evaluación cualitativa realizada se presenta las conclusiones sistematizadas de acuerdo con los objetivos específicos del presente estudio:

8.1. Sobre poblaciones clave

En general existen diferentes circunstancias que afectan la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención, entre las que ya se han mencionado barreras burocráticas, económicas, geográficas, estigma, falta de calidez en el trato; estas situaciones trascienden en las personas afectadas por TB, quienes perciben que en el sistema de salud aún falta mejorar para hacerlos más aceptables y con calidad. A esto se le añade el abordaje de la salud emocional y psicológica como parte de la atención integral que no se implementa de manera efectiva en todas las IPS para apoyar a las personas frente al impacto del diagnóstico de la TB y en el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento.

POBLACIÓN CLAVE TB/VIH

- 1.- En relación con la población clave TB/VIH, existen dificultades en el proceso de inscripción para el aseguramiento, debiendo efectuar una serie de trámites administrativos previos a la designación de una IPS.
- 2.- No se brinda información precisa, lo que lleva a realizar consultas en establecimientos particulares en los cuales no se realiza el diagnóstico de la TB oportuno por lo cual el tratamiento es indebido, o se requiere adquirir medicamentos en farmacias, esto complica su estado de salud llegando a cuadros severos, por lo que terminan ingresando a los servicios de urgencias.
- 3.- El desafío para quienes ya están en el sistema es la demora en las citas para evaluación médica, la falta de medicamentos en algunas IPS. Estas dificultades se enlazan con el desafío financiero, ya que requieren retornar en reiteradas oportunidades para lograr la atención y tratamiento; estas circunstancias llevan cambiar de entidad prestadora para lograr algún tipo de apoyo.
- 4.- Es preciso señalar que se identifica la barrera geográfica, en el sentido que las IPS designadas están alejadas de sus domicilios, por lo que llegar a ellas implica tiempo y gastos adicionales.
- 5.- Existen en algunos funcionarios y funcionarias prejuicios acerca de orientaciones sexuales o identidad de género, las expresiones estigmatizantes y discriminatorias son percibidas al ingreso de los servicios

de salud (personal de recepción o triaje), sobre todo, contra las mujeres trans, estas situaciones son factores de alejamiento del sistema sanitario, y afectación a su autoestima; en este sentido también se identifica que hay personal de salud poco sensible que no brindan un trato cálido y humanizado.

6.- Entre los facilitadores se destaca el apoyo del Estado en la incorporación de los Lineamiento de la Atención integral para las personas con TB, que establece importantes avances tanto en la prestación del servicio como en la inclusión de la participación comunitaria.

7.- Otro facilitador muy importante es el apoyo familiar, así como las redes generadas por el activismo en VIH, que les permite hacer frente a esta circunstancia de salud o frente a la vulneración de derechos.

8.- La gratuidad de la atención incluyendo los medicamentos es un facilitador importante, al respecto refieren que el Estado debe fortalecer la protección social, incluyendo la seguridad alimentaria a fin de fortalecer su estado nutricional.

POBLACIÓN CLAVE MIGRANTE:

1.- Con respecto a la población clave migrante, generalmente hacen un paralelo con las dificultades que debían afrontar en su país de origen por lo cual sienten que el sistema en Colombia les ha brindado las facilidades que no tenían antes, es preciso tener en cuenta que el Estado colombiano ha establecido facilidades para el aseguramiento para esta población.

2.- En cuanto a las barreras identifican situaciones de estigma mostradas en algunos servicios de salud, como maltrato o expresiones ofensivas, es importante señalar que entre las responsabilidades de las IPS es brindar un servicio a todos y todas de calidad y sin discriminación.

3.- No se identifica procesos de participación u organizaciones (aunque existan) que les puedan brindar apoyo y orientación a esta población frente a estas situaciones de vulneración de derechos como situaciones de discriminación.

4.- Un elemento interesante que mencionar en la población clave es que se sienten que no son poseedores de derechos y que no merecen recibir atención.

POBLACIÓN HABITANTES DE CALLE:

1.- La población habitante de calle es consciente de su estado de calle y de consumo de sustancias psicoactivas, estas condiciones son determinantes en el deterioro de su salud.

2.- Los mecanismos de apoyo permanentes vienen del Estado (Ej. Política

Pública Social para Habitantes de Calle), u otras entidades benéficas (ONG, fundaciones, entidades religiosas, voluntarios), quienes a través de sus acciones proveen de alojamiento, alimentación, elementos de aseo.

3.- La atención en cuanto a salud existen brigadas móviles que proporcionan atención en salud, suministran los medicamentos y les hacen el acompañamiento para asegurar el DOT de TB, aun así, se encuentra altos niveles de abandono debido a la gran movilidad de estas personas.

4.- Los habitantes de calle consideran que no existen barreras en todo el camino de la TB, en cuanto al trato recibido consideran que el personal de salud muestra aceptación, constancia y amabilidad, es en la sociedad donde perciben discriminación, pero ellos mismos consideran como normal por su situación de calle.

5.- Así como la población migrante este es un grupo que de igual forma se sienten como no poseedores de derechos.

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA

1.- En cuanto a la población en situación de pobreza han sido incluida en alguna IPS consideran que el principal desafío se centra en la demora en el diagnóstico, esto debido a la sobrecarga de pacientes que concurren al establecimiento de salud.

2.- La demora en el diagnóstico conlleva al deterioro de su salud en la medida que también se está retrasando el tratamiento oportuno.

3.- El económico es otro desafío expresado, su propia situación de pobreza limita sus posibilidades de desplazarse constantemente al establecimiento de salud, ya que por su estado de salud deben evitar esfuerzos físicos.

4.- El deterioro de salud conlleva a tener que abandonar sus actividades laborales, las cuales generalmente son informales, esto implica un gran impacto para su economía.

5.- Consideran la necesidad de ampliar el apoyo con alimentos que les permitiría recuperar su ya limitada nutrición.

6.- Los principales facilitadores identificados en el camino de la TB es su red familiar, quienes proveen de apoyo emocional, motivación para concluir con el tratamiento y en algunos casos apoyo económico.

7.- Se valora el seguimiento que realiza el personal de salud para asegurar la toma de la medicación que además es gratuita y en algunos casos la dispensación domiciliaria.

8.2. Sobre Género

1.- Con respecto a las mujeres: El rol de la mujer todavía se percibe como ligado principalmente al hogar, desde un rol de protección hacia la familia. Sin embargo, el rol actual que viene desarrollando la mujer va evolucionando, producto del reconocimiento de la igualdad y equidad de género que conlleva al respeto de la opinión de las mujeres y su participación en la sociedad.

Se ha identificado que, en el camino de la cascada al tratamiento de TB, existe demora en el acceso a la atención de los servicios de salud, principalmente por desconocimiento real de los síntomas o minimización de estos como una gripe común, y seguido de la automedicación.

Las principales condiciones de vulnerabilidad identificadas asociadas al género, recaen en la sensibilidad emocional, la autopercepción física que afecta su autoestima y que conlleva episodios de depresión; además, un agravante en esta vulnerabilidad son las situaciones de coinfección por VIH o ser habitante de calle por las condiciones de exposición al riesgo por el contacto directo con otras personas.

2.- Con respecto a los varones: El rol del hombre, se percibe como el de “cabeza de hogar” y proveedor de la familia; además los hombres refieren que son ellos quienes deben proteger a la familia.

En el camino de la cascada de tratamiento, se identifica también, como en el caso de las mujeres, la demora en el acceso a la atención de los servicios de salud ya sea por no contar con una EPS, demora en los diagnósticos o en el traslado a diferentes lugares para el acceso al tratamiento. En el caso de no tener aseguramiento deben abonar una cantidad de dinero para ser atendidos mientras realizan los trámites de aseguramiento.

La vulnerabilidad TB/VIH también es algo que afecta a los varones, que debido al debilitado estado inmunológico producto del VIH fueron expuestos a la TB, esto ligado a otras condiciones de vida como el trabajo sexual, pobreza extrema, habitar en calle, consumo de sustancias psicoactivas, así como la exposición con otras personas que tienen la TB.

3.- Con respecto a las personas transgénero: La mirada hacia las mujeres trans ha evolucionado, pasando de la discriminación desde la propia familia y que actualmente son más comprendidas, aunque todavía hay expresiones de discriminación en la sociedad.

A pesar de que todavía experimentan situaciones de estigma ya sea por la identidad u orientación sexual, esto no ha sido impedimento en el camino hacia el tratamiento de la TB.

Siendo la mayor prevalencia e incidencia de VIH en las mujeres trans,

para ellas mismas su vulnerabilidad ante la tuberculosis es mayor ya que se encuentran expuestas, tanto al VIH como a la TB, debido a las diferentes situaciones de riesgo a las que se exponen.

El impacto personal de la población diversa a partir de la autodeterminación del género las expone a la exclusión social y violencia de género, con el correlato de situaciones de vida y conductas de riesgo que afectan directamente la salud integral.

4.- Se evidencia que aún persisten en Colombia inequidades de género relacionadas a condiciones demográficas y socioculturales siendo un país multicultural y de ideología cultural diversa que contextualizan los roles de hombres y mujeres; la cultura machista excluye a la mujer en diferentes ámbitos, invisibilizando a la mujer en la prevalencia de TB.

5.- Si bien no se percibe diferencias significativas entre varones-mujeres sobre los momentos de la cascada de tratamiento, pero una barrera que dificulta el proceso de tratamiento en las mujeres principalmente es la vulnerabilidad emocional que presentan durante el diagnóstico y tratamiento y se convierte en una barrera porque desencadena inestabilidad, baja autoestima por su aspecto físico, y hasta depresión.

6.- En los lineamientos de TB se establece el enfoque diferencial, lo cual no es aplicada por muchos prestadores de salud, más aún cuando se atiende a la población trans, quienes son vulnerados sus derechos a la identidad de género, repercutiendo desfavorablemente en la atención.

7.- Si bien se establecen lineamientos en la aplicación del enfoque de género en el cual se incorpora la caracterización de las poblaciones según orientación de género, en el seguimiento de las aseguradoras y EPS, participación de las mujeres de la población LGTBI en acciones de movilización social, con una atención incluyente en los servicios, con abordaje sicosocial, el tema de la violencia; de acuerdo con el análisis realizado estos aspectos aún no han sido realmente integrados.

8.- Para apoyar y gestionar situaciones de vulneración de derechos inequidad de género se identifican mecanismos como la Defensoría, el Observatorio de DDHH, entre otros, a través de los cuales se puede lograr la restitución de derechos.

9.- Frente a situaciones de violencia sexual y de género existe el Código Fucsia, a través del cual se determina la Atención integral a las víctimas de violencia sexual en el marco de los DDHH; un aspecto relevante es que muchas personas que han visto vulnerados sus derechos no conocen las rutas para tramitar sus denuncias o, como se ha mencionado anteriormente, no confían en la resolución del caso por falta de celeridad o también tienen temor a la revictimización.

10.- Con respecto a la participación social, concuerdan que hay

representación de mujeres afectadas por TB, pero esta participación es mínima, lo mismo ocurre con la representatividad de mujeres trans con TB.

8.3. Sobre el Contexto Legal relacionado a la TB

1.- Se cuenta con un marco jurídico normativo que protege la salud integral de las personas con VIH, las personas migrantes, los habitantes de calle, las personas en condiciones de pobreza y extrema pobreza, así como otras poblaciones que por sus condiciones socioeconómicas son particularmente vulnerables para contraer la TB.

2.- Muchas de las poblaciones claves están incluidas en el régimen subsidiado, contributivo o vinculado que les garantizaría el derecho a la salud, sin embargo, el proceso de incorporación requiere de una serie de trámites administrativos engorrosos, extensos tiempos de espera para lograr ser beneficiario de la EPS y luego asignación de la IPS correspondiente; estas barreras implican un grave perjuicio físico, emocional y económico de los usuarios, con el consiguiente deterioro de la salud por las complicaciones propias del avance del evento de salud, debiendo ingresar por el servicio de urgencias cuando la TB ya progresó.

3.- El sistema de clasificación económica SISBEN, que se realiza para la afiliación y lograr ser incluidos en el régimen subsidiado, así como para ser beneficiarios de los diferentes programas sociales, muchas veces no responde a las características socioeconómicas reales de la población; dependiendo del nivel se encuentran casos que siendo personas afectadas por TB han debido realizar copagos, que son los aportes monetarios correspondientes a una parte del servicio demandado cubierto por el plan básico de salud, aunque en la teoría el diagnóstico de TB se han dado casos que lo han tenido que realizar por exámenes complementarios requeridos y que muchos, por ejemplo, migrantes no tienen la capacidad económica para solventar.

4.- En los entes territoriales no tienen, como hace algunos años, un referente exclusivo para TB, el referente de la salud pública en los entes territoriales para TB es también para otros eventos de salud como malaria, dengue, VIH, ITS, fiebre amarilla, ahora para COVID; entonces de alguna manera esta carga laboral no permite hacer unos buenos planes de seguimiento a los planes de intervención en TB manera específica.

5.- Si bien existen iniciativas muy importantes, de trabajo intersectorial e interinstitucional, por ejemplo, con habitantes de calle, su implementación depende de las autoridades y sus prioridades, careciendo de continuidad y permanencia; lo cual no lo hace sostenible o tiene fallas por la administración cambiante que no permite dar continuidad a estos procesos ya implementados.

6.- Existen programas de protección social, sin embargo, estos no están disponibles de manera integral teniendo en cuenta los determinantes sociales que afectan a las personas afectadas por TB, por ejemplo, la seguridad alimentaria, mejoramiento de viviendas, asistencia laboral, que fomenten la adherencia al tratamiento tal como lo señala la Resolución 00227.

7.- Una limitante identificada por los propios funcionarios es que búsqueda activa de casos institucional y comunitaria, no se está realizando de manera efectiva según lo establecido en la Resolución 00227, esto es muy importante ya que, por ejemplo, en las poblaciones pobres urbanas se concentra un nivel alto de sintomáticos respiratorios que muchas veces no asocian los síntomas que presentan con la TB, llegando a los servicios de salud cuando la TB ya causó graves estragos en su salud.

8.- La reducción de riesgos tiene restricciones y a que el sistema de salud responde al modelo de aseguramiento, resquebrajando la atención primaria en salud, en consecuencia, los diagnósticos se realizan en el ámbito hospitalario y no en el primer nivel de atención; esto implica un diagnóstico tardío de la TB según refieren los entrevistados.

9.- En relación con el acceso a la justicia existen diferentes entes gubernamentales como la Defensoría del Pueblo, la Procuraría, la Fiscalía, la Policía Nacional, Superintendencia Nacional de Salud, entre otras, sin embargo, no se confía en ellas ni que la normativa se cumpla, hay poca celeridad en los procesos, así como desconocimiento de las rutas de acceso para interponer las demandas ante la violación de sus derechos.

10.- Para el acceso a la justicia de las personas que son víctimas de estigma y discriminación existe el marco legal que incluso lo tipifica como delito con penas privativas de la libertad; sin embargo, existe desconocimiento por parte de la misma población afectada, y quienes si la conocen tienen temor frente a las represalias o el verse expuestos a la sanción pública ante la vulneración de la confidencialidad, por ejemplo, en casos ocurridos con las personas con diagnóstico de VIH.

11.- Se cuenta con un marco normativo que establece la participación de la sociedad civil e instituciones de lucha contra la Tuberculosis, los cuales constituyen mecanismos de participación ciudadana que se establece a través de mesas de trabajo, mesas de diálogo, reuniones o talleres informativos, capacitación, entre otros, con la finalidad de recoger propuestas y entablar diálogo con la sociedad civil y las instituciones vinculadas al trabajo con la tuberculosis; a través del este estudio se identifica que aún no se está logrando una real participación comunitaria de acuerdo a lo estipulado, con injerencia en las políticas relacionadas a la TB.

12.- Actualmente se están dando los primeros pasos con la participación de

la sociedad civil organizada en el Observatorio Social de TB que es una iniciativa propuesta desde el Proyecto Observa TB, en la implementación del ENGAGE TB e incorporada por el Programa Nacional de TB para promover y motivar a las personas afectadas por TB en los procesos y acciones de vigilancia e incidencia, por tanto, se requieren motivar mayor representatividad y compromiso de las PAT.

9. RECOMENDACIONES

9.1. Sobre Poblaciones clave

1.- Se requiere implementar medidas para reducir las brechas en la atención en todo el camino de la TB, facilitando el ingreso pronto al aseguramiento de todas las poblaciones clave y vulnerables, acelerando los trámites administrativos y reevaluando SISBEN que a la fecha tiene serias dificultades en la clasificación, afectando el acceso oportuno a la salud.

2.- Operativizar y poner en vigencia en todos los Entes Territoriales las diferentes normativas que protegen la salud integral de las poblaciones clave y vulnerables afectadas por TB, que sean permanentes, consolidadas y generen el impacto propuesto, teniendo en cuenta sus necesidades.

3.- Se requiere destinar presupuesto a fin de materializar los planes propuestos; así como poner énfasis en la difusión y el conocimiento de los prestadores de salud sobre las normativas y resoluciones actuales que promuevan un servicio de calidad, faciliten la accesibilidad, horarios adecuados a las necesidades de las diferentes poblaciones clave, disponibilidad y oportunidad.

4.- Comprometer a las EPS, que son los que manejan los recursos, para fortalecer las actividades de información y comunicación que se requiere para la prevención y control de la tuberculosis.

5.- Para las acciones de información y comunicación se pueden utilizar herramientas digitales, teniendo en cuenta que los medios virtuales son actualmente muy utilizados por la población, para difundir mensajes de prevención, identificación de síntomas, rutas de acceso, canalización de denuncias, etc.

6.- Se requiere trabajar intensamente con la comunidad para concientizarlos acerca de sus derechos; se hace referencia a la necesidad de potenciar el MIPA (Mayor Involucramiento de las Poblaciones Afectadas), como un proceso dinamizador de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la comunidad, como en la planificación de estrategias nacionales y locales que conlleven al bienestar tomando en cuenta sus necesidades sentidas.

7.- Desde el Estado, la sociedad civil organizada, la academia y otros

cooperantes, se requiere promover la participación activa de la comunidad afectada por TB, en especial de las poblaciones clave y vulnerables con el involucramiento de las organizaciones y líderes comunitarios.

8.- La participación activa de la comunidad implica incluirlos en espacios de formación tanto para el acompañamiento de sus pares en todo el camino de la TB, que se realiza con la estrategia de pares, y da excelentes resultados en el apoyo a la adherencia, identificación de abandonos, apoyo emocional, teniendo evidencias de su efectividad en otros eventos de salud como en VIH.

10.- Otro aspecto a ser desarrollado en la comunidad afectada es en acciones de abogacía, este proceso permitiría establecer la vigilancia comunitaria que den cuenta de las dificultades que encuentren en el sistema y apoyen a las autoridades con esta información para la gestión de mejoras.

11.- Siendo el estigma y la discriminación un claro ejemplo de vulneración de derechos, se necesita difundir los diferentes canales de denuncias.

12.- Frente a las denuncias de vulneración de derechos es necesario promover que desde las entidades den solución con celeridad a los reclamos que se presenten, ya no hay confianza en lograr una respuesta efectiva y temor ante posibles represalias; para ello se debe fortalecer la vigilancia social comunitaria, que sería un medio efectivo para canalizar denuncias.

9.2. Género

1.- Fortalecer una red de soporte psicológico y de seguimiento durante el diagnóstico y tratamiento para el abordaje en las mujeres (en especial las que son madres), sobre todo quienes presentan vulnerabilidad emocional y así reducir la posibilidad de que las pacientes padezcan de depresión.

2.- Incentivar el desarrollo de intervenciones orientadas a poblaciones vulnerables como habitantes de calle mujeres, y articular acciones que reduzcan las condiciones de exposición a las mujeres que se encuentran en esta condición.

3.- En el caso del abordaje a las mujeres trans, considerar vincular con la red de soporte familiar y social e identificar mejores condiciones desde el acceso a la atención en salud y el proceso de tratamiento basado en el ejercicio de derechos, y reconocimiento de la identidad de género, desde el conocimiento y puesta en práctica del equipo de profesionales de salud que brindan atención integral en la respuesta a la TB.

4.- Se requiere promover y/o fortalecer la investigación para identificar el impacto de la vulnerabilidad según género (indicadores de género), en cada momento de la cascada de tratamiento, en hombres, mujeres y mujeres

trans de acuerdo con los roles, condiciones socioeconómicas y culturales en las que se desenvuelven para implementar acciones y medidas que reduzcan la vulnerabilidad en relación con el tratamiento de la TB.

5.- Implementar acciones enfocadas en la prevención de TB, enfatizando en la identificación de síntomas como brecha percibida, para garantizar un diagnóstico e inicio de tratamiento oportuno, con estrategias basadas en las condiciones de hombres, mujeres y mujeres trans.

6.- Se requiere que en sistema de información de casos se aprecie la diferenciación por población clave que aún no han sido incluidas y también por diferenciación de género, incluyendo indicadores más sensibles para realizar el monitoreo y evaluación de su cumplimiento, lo cual permite una mejor focalización de las estrategias, lo que aún no se da realmente en TB.

7.- Específicamente para garantizar los derechos de género de las PAT se requiere realizar un abordaje de los imaginarios sociales que tienen los funcionarios y proveedores de salud en cuanto a la perspectiva de género y el respeto a los derechos de todos y todas sin distinción, lo cual favorecería la atención y cuidado de las personas afectadas por TB, en especial de las mujeres trans.

8.- A fin de fortalecer las políticas con enfoque y transversalización de género, es imprescindible establecer mesas de diálogo con las personas afectadas teniendo en cuenta el género y la identidad de género, para así recoger sus necesidades y establecer estrategias focalizadas en base a evidencias.

9.3. Sobre Contexto Legal relacionado a la TB

1.- Teniendo en cuenta que la tuberculosis es un problema de salud pública que involucra una serie de factores y determinantes sociales, se requiere la articulación multisectorial e intersectorial en el abordaje de la TB con esfuerzos conjuntos que aborden los determinantes sociales que influyen en todo el camino de la TB, implica tener una mirada más allá del abordaje de la salud; para ello es importante la voluntad y compromiso en todos los niveles del gobierno, en las entidades de control que garanticen el estricto cumplimiento de los derechos de las personas afectadas por TB.

2.- Se requiere que las políticas de protección social que incluyan a la salud tengan una mirada más integral frente a la TB, por ello, teniendo en cuenta que para que el tratamiento por tuberculosis sea exitoso, debe estar acompañado de una alimentación balanceada que eviten mayores riesgos, se requiere proveer de complementos nutricionales, tal como se contempla en otros países como en el Perú. Definitivamente en el Reglamento 00227 considera, además, otros apoyos sociales como los laborales.

3.- Para lograr que las políticas públicas establecidas tengan impacto, se requiere fortalecer la continuidad de los programas, que el marco legal sea de la aplicabilidad universal, así como incidir en la atención primaria, y trabajar más en la prevención con una mirada de calidad de vida.

4.- Fortalecer el sistema de salud en el enfoque centrado en la persona con TB a fin de abordar todo el camino de la TB, con un acompañamiento en la lógica de la oferta y no en la demanda, con la búsqueda activa de casos en la comunidad.

5.- Es necesario que todos los proveedores de salud estén capacitados y apliquen las normativas establecidas para lograr un abordaje integral, con una mirada de DDHH, esto implica un cambio de las actitudes de quienes ejercen la práctica médica, estableciendo una relación horizontal desde la empatía y el respeto.

6.- Dar énfasis en el enfoque diferencial que permitirá responder a las necesidades sentidas de las poblaciones clave y vulnerables, así como el enfoque de género a fin de desmitificar y respetar la diversidad sexual y diversidad de género.

7.- En el marco de la participación comunitaria, se requiere seguir impulsando y reconociendo la labor que realiza la sociedad civil en la identificación de condiciones de vulnerabilidad y defensa de los DDHH.

8.- Se requiere la asignación de recursos en todos los niveles que aseguren los programas de prevención desde la “contratación social” que sustenten el trabajo de prevención que las organizaciones sociales realizan, así como los mismos gestores comunitarios.

9.- Poner énfasis en la promoción de los espacios de vigilancia e incidencia en las políticas públicas desde la sociedad civil.

10.- Promover acciones de comunicación que promuevan el empoderamiento de los derechos humanos en especial en aquellas poblaciones vulnerables que no se creen sujetos de derechos.

10.- Es necesario un entorno para seguir fortaleciendo el empoderamiento de la población afectada por TB y el respeto a la dignidad, lo que implica difundir la Carta de Derechos que los ampara frente a situaciones que van en contra de su integridad física y emocional y reflejen la justicia social en salud.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía Mayor de Bogotá DC (2019). Boletín: Habitantes de Calle y Redes de apoyo. 2019 No. 6. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin_6_observatorio_poblacional_diferencial_y_de_familias_ok.pdf
- Berbesi DY, et al. (2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. Revista CES Salud Pública 2014; 5(2): 147-153. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3076
- Carvajal R, Hoyos PA, Varela MT, Angulo ES, Duarte C. (2018). Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la Costa Pacífica colombiana. Hacia Promoción de la Salud. 2018; 23 (1): 13-25. DOI:10.17151/hpsal.2018.23.1.2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n1/0121-7577-hpsal-23-01-00013.pdf>
- Castro-Cely Y. Kuznair-Perez NC, Poveda-González DY. Percepción del habitante de calle sobre los cuidados de enfermería. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2020; 17 (2): 35-46. ISSN 1794-5232 / ISSN E-2665-1262. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1247918/percepcion-del-habitante-de-calle-sobre-cuidados-enf.pdf>
- Correa M. et al (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. En: Revista Eleuthera. Vol. 6. enero – junio 2012. pp. 101 – 126. Disponible en: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera6_8.pdf
- DANE (2021). Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020. 02 de septiembre, 2021. Bogotá DC - Colombia. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2020/cp_pobreza_multidimensional_20.pdf
- DANE. (2021). Censo Habitantes de la calle 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/caracterizacion-CHC-2021.pdf>

- Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. (2010). Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(2): 83-92. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n2/83-92/es>
- Gobierno de Caldas (2021). Informe Semestral. Tuberculosis en Caldas, Año 2021. Disponible en: [Informe semestre 01 2021 TB DTSC.pdf](Informe%20semestre%2001%202021%20TB%20DTSC.pdf) (saluddecaldas.gov.co)
- MINSALUD (2016). Plan Estratégico: Hacia el Fin de la Tuberculosis. Colombia 2016-2025. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>
- MINSALUD (2017). Plan de Monitoreo y Evaluación. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Bogotá DC. Colombia. Mayo, 2017. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-monitoreo-evaluacion-tuberculosis.pdf>
- MINSALUD (2019). Política de Participación Social en Salud - PPSS. Resolución 2063 de 2017. Bogotá, DC. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>
- MINSALUD (2020). Boletines poblacionales: Personas Habitantes de Calle. Corte a diciembre 2019. Bogotá DC. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-habitante-calle.pdf>
- MINSALUD (2020). Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020 – 2030. Bogotá. Julio 2020. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-social-habitantes-calle2020-2030.pdf>
- MINSALUD (2021). Lineamientos para la Atención Integral en Salud de la Población en Situación de Calle. Bogotá, agosto 2021. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamiento-atencion-integral-salud-poblacion-situacion-calle.pdf>

- MINSALUD. (2019). Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio. 2018. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- MINSALUD. (2021). Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Informe de Evento Tuberculosis año 2021. Bogotá DC. Colombia Noviembre, 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamiento-tuberculosis-2020.pdf>
- MINSALUD. Resolución 227 de 2020. Lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – PNPCT. Disponible en: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20N.o.%20227%20de%202020.pdf
- OIM. (2015). Informe técnico: “Situación de los migrantes extranjeros en el Perú y su acceso a servicios sociales, servicios de salud y de educación”. Documento de trabajo. Diciembre, 2015. Disponible en: https://repository.iom.int/bitstream/handle/20.500.11788/1485/PER-OIM_004.pdf
- OMS. (2014). ENGAGE-TB: Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las ONG y otras OSC. Manual de aplicación. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2013.10>
- OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- OPS. (2018). Tuberculosis en las Américas 2018. Washington, D.C.: OPS, 2018 OPS/CDE/18-036. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036_spa
- Prosperidad Social. Gobierno de Colombia. Disponible en: <https://prosperidadsocial.gov.co/>

- Registro Administrativo de Migrantes venezolanos. Gobierno de Colombia. Disponible en:
http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx

- Salas-Romero, Soraya, Lorduy-Gómez, Jaime, & Simancas-Salemi, Ana Belen. (2021). Asociación del estado nutricional y factores clínicos con muerte relacionada con tuberculosis en Colombia. *Revista Chilena de Infectología*, 2021; 38 (2): 161-168. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182021000200161

- Stop TB Partnership Affected Community & Civil Society Delegations. (2020). Una brecha mortal: Los compromisos contra la tuberculosis frente a la realidad de la tuberculosis. Noviembre 2020. Disponible en:
https://pro.stoptb.org/sites/default/files/20262_DeadlyDivideReport_S P_v04_RC_002.pdf

- STOP TB PARTNERSHIP. UNOPS. (2020). Género y TB Paquete de inversiones, Comunidad, Derechos y Género. Disponible en:
https://stoptb.org/assets/documents/communities/CRG_Investment_P ackage Gender and TB_06.07.2020_ES.pdf

- The Global Found (2019). Informe técnico Tuberculosis, género y derechos humanos. Ginebra, Suiza. Noviembre 2019. Disponible en:
https://www.theglobalfund.org/media/6522/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_es.pdf?u=637153280550000000

11. ANEXOS

Anexo 1: Relación de centros de salud que participaron en el estudio.

CIUDAD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
CALI- ESE ORIENTE	Centro de salud Charco Azul
	Centro de salud Potrero Grande
CALI. ESE CENTRO	Centro de salud del barrio Obrero
MEDELLIN	Savia Salud
	Hospital La María
	Unidad Hospitalaria Santa Cruz Centro Médico EPS Sanitas
	Hospital Pablo Tobón Uribe
BOGOTA	Capital Salud
	Nueva EPS

INSTITUCION/ORGANIZACIÓN	LUGAR DE APLICACIÓN
CALI	Fundación Samaritanos de la calle
	Hogar de paso del barrio Sucre
MEDELLIN	Refugio para habitantes de calle con enfermedades infecciosas
BOGOTA	AID FOR AID

Anexo 2: Resumen de normas legales relacionadas a TB.

En Colombia en el año 2020, el Instituto Nacional de salud reporta a periodo XIII, un total de 11.390 casos, una incidencia de tuberculosis general 20,88 por 100.000 habitantes, en 2020 la prevalencia fue de 20,88 por 100.000 habitantes; el 82,26% de los casos de tuberculosis fueron de tuberculosis pulmonar y el 16.68% de tuberculosis extrapulmonar³⁴

En relación al entorno legal de la TB en Colombia tiene un enfoque basado en los derechos humanos y es sensible a las cuestiones de género para hacer frente a la tuberculosis y a otros problemas de salud implicando la integración de normas y principios relacionados (como la no discriminación, la transparencia y la rendición de cuentas) en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas, así como capacitar a los grupos vulnerables y las

³⁴ Gobierno de Caldas (2021). Informe Semestral. Tuberculosis en Caldas, Año 2021. Disponible en: [Informe semestral 01 2021 TB DTSC.pdf \(saluddecaldas.gov.co\)](https://saluddecaldas.gov.co/01_2021_TB_DTSC.pdf)

poblaciones clave, creando los programas necesarios para atender a sus vulnerabilidades y necesidades, garantizando su participación en la toma de decisiones que sus derechos. Una medida importante para garantizar los derechos humanos puede ser adaptar los programas existentes para asegurar la inclusión de las personas marginadas³⁵.

En la Declaración de los Derechos de las Personas Afectadas por la Tuberculosis (Declaración Internacional):

Reconociendo que la promoción y protección de los derechos humanos de las personas afectadas por la tuberculosis es un imperativo legal, ético y moral, así como de una importancia crucial para la efectividad de la respuesta a la epidemia y el alivio del sufrimiento de las personas y comunidades afectadas;

Reconociendo que las personas afectadas por la tuberculosis han sido y continúan siendo objeto de violaciones de derechos humanos, incluso a través de la propia respuesta a la tuberculosis, y que estas violaciones impiden la eliminación de la tuberculosis, aumentan el sufrimiento causado por la enfermedad y quebrantan la confianza que tienen las personas afectadas por la tuberculosis en los sistemas de salud.

Enfatizando que las personas afectadas por la tuberculosis, con su experiencia y conocimiento de primera mano, deben, en virtud del derecho y de las buenas prácticas, involucrarse en todas las etapas de la planificación, implementación, control, revisión y evaluación de los programas de tuberculosis a nivel mundial, regional, nacional, y local.

Teniendo en cuenta que un enfoque puramente médico o de salud pública no es suficiente para luchar contra la tuberculosis, y que un enfoque basado en los derechos y centrado en las personas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la atención y el apoyo, como un componente integral de la cobertura universal de salud, es esencial para erradicar la tuberculosis; y

Afirmando que la legislación internacional y regional en materia de derechos humanos comanda y proporciona el contenido de esta Declaración, la cual aplica sus prescripciones y aclara las obligaciones legales de los Estados en el contexto de la epidemia de tuberculosis.

Los tratados internacionales de derechos humanos en el marco de Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos son numerosos y abarcan diversas materias, en este sentido el Estado colombiano ha suscrito los siguientes convenios y tratados que la legislación internacional y regional en materia de derechos humanos comanda y proporciona el contenido de la Declaración de los Derechos de las Personas Afectadas por la Tuberculosis, la cual aplica sus prescripciones y aclara las obligaciones legales de los Estados en

³⁵ The Global Fund (2019). Informe técnico Tuberculosis, género y derechos humanos. Ginebra, Suiza. Noviembre 2019. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/6522/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_es.pdf?u=637153280550000000

el contexto de la epidemia de tuberculosis.

Tratados ratificados por Colombia

Tratado	Entrada en vigor	Ley aprobatoria
Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas	Adoptada en Nueva York el 20 de diciembre de 2006.	Ley 1418 de 2010
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	Aprobado el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, abierto a la firma el 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas de la Convención y 44 del Protocolo Facultativo, así como una ratificación de la Convención.	Ley 1346 de 2009
Segundo Protocolo de la Convención de LaHaya de 1954 para la protección de los bienes culturales en caso de conflicto Armado	Aprobado por la Conferencia Diplomática de La Haya, el 26 de marzo de 1999	Ley 1130 de 2007
Convención Interamericana contra el Terrorismo”,	Suscrita en la ciudad de Bridgetown, Barbados, el tres (3) de junio de dos mil dos (2002), en el trigésimo segundo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.	Ley 1108 de 2006
Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	Adoptado por la Asamblea General en su Resolución A/54/4 de 6 de octubre de 1999. Entró en vigor: 22 de diciembre de 2000	Ley 984 de 2005
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Participación de Niños en los Conflictos Armados	Aprobado por la Asamblea General el 25 de mayo de 2000 mediante Resolución A/RES/54/263. Entró en vigor: 12 de febrero de 2002	Ley 833 de 2003
Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, en especial de Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia Organizada Transnacional.	Adoptada por la Asamblea General el 15 de noviembre de 2000.	Ley 800 de 2003
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía	Aprobado por la Asamblea General el 25 de mayo de 2000 mediante Resolución A/RES/54/263. Entró en vigor: 18 de enero de 2002	Ley 765 de 2002

Tratado	Entrada en vigor	Ley aprobatoria
Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	Adoptada por la Asamblea General, en su 29º Periodo ordinario de sesiones, en la ciudad de Guatemala, el 8 de junio de 1999. Entró en vigor: 14 de septiembre de 2001	Ley 762 de 2002
Estatuto de Roma de la Corte Penal internacional, Roma, 17 de julio de 1988	Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de noviembre de 2000.	Ley 742 del 5 de junio de 2002
Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas.	Adoptada por la Asamblea General de la OEA en Belém do Pará, en Brasil el 9 de junio de 1994, 24º Periodo ordinario de sesiones. Entró en vigor: 28 de marzo de 1996.	Ley 707 de 2001
Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonales y sobre su destrucción. "Tratado de Ottawa"	Aprobada por la Conferencia Diplomática sobre la prohibición total internacional de minas terrestres antipersonales, el 18 de septiembre de 1997. Vigor: 1 de marzo de 1999	Ley 554 de 2000
Convenio OIT No. 182 Sobre las peores formas de trabajo infantil.	Adoptado en la 87ª Conferencia Internacional del Trabajo, el 17 de junio de 1999. Entró en vigor internacional el 19 de noviembre de 2000.	Ley 704 de 2000
Convenio OIT No. 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo	Adoptado por la 58ª Conferencia Internacional del Trabajo el 26 de junio de 1973. Entró en vigor: 19 de junio de 1976	Ley 515 de 1999
Convenio OIT No. 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo	Adoptado en la 58ª Conferencia Internacional del Trabajo, el 26 de junio de 1973. Entró en vigor internacional el 19 de junio de 1976.	Ley 515 de 1999
Convención sobre Prohibiciones o restricciones del Empleo de ciertas Armas Convencionales que puedan Considerarse Excesivamente Nocivas o de Efectos Indiscriminados, Ginebra (1980) * Protocolo I: Fragmentos no localizables (1980); Protocolo II: minas, armas trampa y otros artefactos (1996); * Protocolo III: Armas Incendiarias (1980); * Protocolo IV: Armas Láser Cegadoras (1995).	Adoptada el 10 de octubre de 1980 por el Comité de Desarme de las Naciones Unidas. Entró en vigor: 2 de diciembre de 1983	Ley 469 de 1999
Convención Internacional sobre la Prohibición del Desarrollo, Producción, Almacenamiento y Uso de Armas Químicas y sobre su Destrucción (1993)	Entró en vigor el 29 de abril de 1997	Ley 525 de 1999

Tratado	Entrada en vigor	Ley aprobatoria
Convención Interamericana sobre el tráfico internacional de menores	Aprobada en la Quinta Conferencia Especializada Interamericana sobre Derecho Internacional Privado. Entró en vigor internacional el 15 de agosto de 1987	Ley 470 de 1998
Enmienda al Artículo 8º. de la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1992).	Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 2106A (XX) de 21 de diciembre de 1965. Entró en vigor: 4 de enero de 1969	Ley 467 de 1998
Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar Tortura.	Aprobada por la Asamblea General de la OEA en Cartagena de Indias el 9 de dic. de 1985. Entró en vigor: 28 febrero de 1987	Ley 409 de 1997
Enmienda al párrafo 7º. Del artículo 17 y al párrafo 5º del artículo 18 de la Convención sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1992).	Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984. Entró en Vigor el 26 de junio de 1987	Ley 405 de 1997
Convención de La Haya de 1954 para la Protección de los Bienes Culturales en casos de Conflicto Armado.	La Haya, 14 de mayo de 1954	Ley 340 de 1997
Convención para prevenir y sancionar Actos de Terrorismo	Adoptado en: Washington, D.C., Estados Unidos Febrero 2 de 1971. Tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Entrada en vigor: // para cada país, en la fecha de depósito de su instrumento de ratificación conforme al artículo 12 de la Convención	Ratificación Agosto 13 de 1996 Depósito Noviembre 15 de 1996
Primer protocolo de la convención de la Haya de 1954 para la protección de los bienes culturales en caso de conflicto Armado		Ley 340 de 1996
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. "Protocolo de San Salvador"	Suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988. Entró en vigor: 16 de Noviembre. de 1999	Ley 319 de 1996
Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a Abolir la Pena de Muerte	Aprobado por la Asamblea General en su Resolución 44/128 el 15 de diciembre de 1989. Vigor el 11 julio de 1991	Ley 297 de 1996
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. "Convención de Belém do Pará"	Adoptada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994. Vigor: 5 de marzo de 1995 (Art.21).	Ley 248 de 1995

Tratado	Entrada en vigor	Ley aprobatoria
Convenio sobre Aspectos Civiles del Secuestro Internacional de Niños.	Suscrito en La Haya el 25 de octubre de 1980. Adoptada el 25 de octubre de 1980, en la Décimo Cuarta Sesión, de la Conferencia de La Haya sobre Derecho Internacional Privado	Ley 173 de 1994
Protocolo Adicional (Protocolo II) relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (1977)	Aprobado por la Conferencia Diplomática sobre la reafirmación y el desarrollo del derecho humanitario aplicable en los conflictos armados, el 8 de junio de 1977. Entró en vigor: 7 de diciembre de 1978	Ley 171 de 1994
Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus familiares	Adoptada por la Asamblea General con Resolución 45/158 del 18 de diciembre de 1990. Vigor el 1 de julio de 2003	Ley 146 de 1994
Convenio (N. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes		Ley 21 de 1991
Convención sobre los Derechos del Niño	Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entró en vigor: 2 de septiembre de 1990	Ley 12 de 1991
Convención Internacional sobre la represión y el castigo del Crimen de Apartheid	Adoptada por la Asamblea General el 30 de noviembre de 1973 Resolución 3068 (XXVIII). Entró en vigor internacional el 18 de julio de 1976 (Art.XV).	Ley 26 de 1987
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984. Entró en Vigor el 26 de junio de 1987	Ley 70 de 1986
Convención sobre las medidas que deben adoptarse para prohibir e impedir la importación, la exportación y la transferencia de propiedad ilícitas de bienes culturales	Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, en su 16.a reunión, celebrada en París, del 12 de octubre al 14 de noviembre de 1970.	Ley 63 de 1986
Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer	Adoptada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1952 mediante su Resolución 640 (VII). Vigor el 7 de julio de 1954	Ley 35 de 1986
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 34/180, de 18 de dic. De 1979. Entró en vigor: 3 de septiembre de 1981.	Ley 51 de 1981

Tratado	Entrada en vigor	Ley aprobatoria
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial	Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 2106A (XX) de 21 de diciembre de 1965. Entró en vigor: 4 de enero de 1969	Ley 22 de 1981
Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción y el Almacenamiento de Armas Bacteriológicas(Biológicas) y su Destrucción de 1972		Ley 10 de 1980
Protocolo Adicional (Protocolo I) Relativo a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados Internacionales	Aprobado por la Conferencia Diplomática sobre la reafirmación y el desarrollo del derecho humanitario aplicable en los conflictos armados, el 8 de junio de 1977. Entró en vigor: 7 de diciembre de 1978.	Comisión Especial Art. 6o. transitorio Constitución Política.
Convenio OIT No. 98 Relativo a la Aplicación de los Principios del Derecho de Sindicalización y de Negociación Colectiva	Adoptado por la 32ª Conferencia Internacional del Trabajo el 1 de julio de 1949. Entró en vigor internacional el 18 de julio de 1951. Sujeto Libertad sindical, negociación colectiva y relaciones laborales	Ley 27 de 1976
Convenio OIT No. 87 relativo a la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación	Adoptado en la 31ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo el 9 de julio de 1948. Entró en vigor internacional el 4 de julio de 1950	Ley 26 de 1976
Convención Americana sobre Derechos Humanos. "Pacto de San José"	Suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969. Entró en vigor: 18 de julio de 1978.	Ley 16 de 1972
Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados	Aprobado por la Asamblea General mediante Resolución 2198 (XXI) de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor: 4 de octubre de 1967 (Art.VIII).	Ley 65 de 1969
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) Adoptado por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.	Entró en Vigor el 23 de marzo de 1976.	Ley 74 de 1968
Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)	Adoptado por la Asamblea General en su Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en Vigor el 23 de marzo de 1976.	Ley 74 de 1968
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Adoptado por la Asamblea General en su Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en Vigor 3/01/76	Ley 74 de 1968

Tratado	Entrada en vigor	Ley aprobatoria
Convención de la OEA sobre el Asilo Territorial (1954)	Adoptada en Caracas, Venezuela el 28 de marzo de 1954. 10ª Conferencia Interamericana. Entró en Vigor el 29 de diciembre de 1954	Ley 92 de 1962
Convenio OIT No. 29 Relativo al Trabajo Forzoso u obligatorio	Adoptado en la 4ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, el 28 de junio de 1930. Entró en vigor internacional el 1 de Mayo de 1932.	Ley 23 de 1967
Convenio OIT No. 100 Relativo a la Igualdad de Remuneración entre la Mano de Obra Masculina y la mano de obra Femenina por un Trabajo de Igual Valor	Adoptado por la 34ª Conferencia Internacional del Trabajo el 29 de junio de 1951. Entró en vigor internacional el 6 de junio de 1951. Entró en vigor internacional el 23 de mayo de 1953.	Ley 54 de 1962
Convenio OIT No. 105 Relativo a la Abolición del Trabajo Forzoso.	Adoptado en la 40ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, el 25 de junio de 1957. Entró en vigor internacional el 17 de enero de 1959.	Ley 54 de 1962
Convención sobre el Estatuto de los Refugiados	Adoptada el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y los Apátridas (ONU) Resolución 429 (V) de diciembre 14 de 1950. Entró en vigor: 22 de abril de 1954	Ley 35 de 1961
Convenios de Ginebra I. Para Aliviar la Suerte que Corren los Heridos y Enfermos de las Fuerzas Armadas en Campaña II. Para aliviar la Suerte que Corren los Heridos, los Enfermos y los Náufragos de las Fuerzas Armadas en el Mar. III. Relativo al Trato Debido a los Prisioneros de Guerra. IV. Relativo a la Protección de la Población Civil.	Aprobados por la Conferencia Diplomática para elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger las víctimas de las guerras, el 12 de agosto de 1949, Entraron en vigor: 21 de octubre de 1950	Ley 5a. de 1960
Convenio OIT No. 111 relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación.	Adoptado en la 42ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, el 25 de junio de 1958. Entró en vigor internacional el 15 de junio de 1960	
Convención para la Prevención y la Sanción del Delito del Genocidio	Adoptada por la Asamblea General el 9 de diciembre de 1948 con Resolución 260 A (III). Entró en vigor el 12 de Enero de 1951 (Art.XIII)	Ley 28 de 1959
La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)		Decreto 1216 de 2016. por medio del cual se modifica el Decreto 1081 de 2015 -Decreto reglamentario único del sector de

Tratado	Entrada en vigor	Ley aprobatoria
		la Presidencia de la República, en lo que hace referencia al sistema nacional de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario y la Comisión Intersectorial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario
Convención Americana sobre los Derechos Humanos	San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969	
Convenio sobre la Protección de las Instituciones Artísticas y Científicas y de los Monumentos Históricos (Pacto Roerich).	Washington, 15 de abril de 1935	Ley 36 de 1936
Convención sobre Asilo Político	Adoptada por la 7ª Conferencia Internacional Americana, Montevideo, Uruguay, el 26 de diciembre de 1933. Entró en Vigor: 28 de marzo de 1935	Ley 15 de 1936
Convención Interamericana sobre la Nacionalidad de la Mujer	Adoptada por la 7ª Conferencia Internacional Americana, Montevideo, Uruguay, 26 de diciembre de 1933 Entró en vigor: 29 de agosto de 1934	Ley 77 de 1935

Marco normativo relacionado con la prevención y control de la tuberculosis en Colombia, año 2021.

ACTO NORMATIVO	DESCRIPCIÓN
Constitución Política Nacional	Artículo 1, estableció que Colombia es una república unitaria descentralizada y con autonomía de las entidades territoriales. Artículo 49, que estableció la atención en salud y saneamiento como un servicio público a cargo del estado.
Ley 100 de 1993	Artículo 153, estableció los principios de equidad, protección integral y descentralización administrativa.
Ley 715 del 2001	Dictó normas orgánicas en materia de recursos y competencias en el sector salud (título III) Artículo 1 al 4 Sistema General de Participaciones, 42 a 45 competencias de la nación, de los departamentos, municipios y distritos en el tema de salud. Artículo 46, desarrollo de acciones en materia de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2022. COLOMBIA

Ley 1122 de 2007	Modificó el SGSSS para el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud.
Ley 1266 de 2008	Dictó las disposiciones generales del <i>habeas data</i> y reguló el manejo de la información contenida en base de datos personales.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Reguló el derecho fundamental de la salud.
Resolución 0518 de 2015	Dictó disposiciones relacionadas con la gestión de la salud pública y la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.
Decreto 780 de 2016	Estableció el decreto único del sector salud y protección social.
Resolución 3202 de 2016	Adoptó las Rutas Integrales de Atención en Salud.
Resolución 3280 de 2018	Adoptó los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.
Ley 1955 de 2019	Estableció el Plan de Desarrollo “Pacto por Colombia pacto por la equidad”.
Resolución 2626 de 2019	Modificó la Política de Atención Integral en Salud- PAIS y se adoptó el Modelo de acción integral territorial- MAITE.
Resolución 0227 de 2020	Adoptó los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
Resolución 270 de 2021	Efectuó transferencias en el presupuesto de gastos de Funcionamiento del MSPS, para la vigencia fiscal 2021, para cofinanciar Programas Departamentales y Distritales de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Fuente: MSPS. PNPCT. Informe de evento Tuberculosis año 2021.

Anexo 3: Programa del Taller de priorización de poblaciones clave en Tuberculosis.

Jueves 23 de junio del 2022

Programa

9:00	Bienvenida al taller
	Oscar Alfredo Ramírez Koctong. Coordinador Proyecto Regional OBSERVA TB
9:10	Presentación de la “Evaluación cualitativa en poblaciones clave, barreras de género y contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de la Región LAC”
	Julio Acosta Polo. Consultor Regional - INDICE
9:30	Metodología del Taller
	Consultora
9:45	Presentación de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en Colombia”
	Oscar Andrés Cruz Martínez RN Msc. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
10:45	Trabajo grupal
	Equipo de facilitadoras
12:00	Plenaria Presentación por grupos de resultados de priorización de poblaciones clave
	10 min. por grupo
12: 45	Cierre del taller

Anexo 4: Matriz de calificación de poblaciones clave en Tuberculosis.

GRUPO 1

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto		Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Personas que viven con el VIH	1	1	0.5	1	0.5	4.0	5	9	.
Personas con silicosis	1	0.5	0	0	0.5	2.0	1	3	
Pobres de zonas rurales	0.5	0.5	1	0	1	3.0	3	6	
Trabajadores penitenciarios	1	0	0	0	0.5	1.5	1	2.5	
Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales	1	1	0.5	1	0.5	4.0	3	7	

PVV:

- 1.- Personas con VIH: Tienen mayor riesgo de exposición por contacto diverso en espacios de alta prevalencia.
- 2.- Tienen un mayor grado de inmunosupresión
- 3.- Prácticas de riesgo, asociado a situaciones como VIH.

- 3.- Son afectados por el Estigma y discriminación por su situación de vivir con VIH.
- 4.- Carencias en redes de apoyo, social, familiar social e institucional
- 5.-Cierta acceso a información y conocimiento.
- 6.- El reporte de los casos es significativo

Personas con silicosis:

- 1.- Debilidad biológica por la afectación de sus pulmones.
- 2.- Se conoce poco de esta población.

Pobres de zonas rurales

- 1.Cierto riesgo biológico por sus condiciones de pobreza y determinantes sociales asociados a desnutrición y otras condiciones de salud.
- 2.- Poco acceso a la Red de prestación de servicios de atención.
- 3.- Poco acceso al conocimiento.

Trabajadores penitenciarios

- 1.- Tienen un riesgo alto de exposición laboral, por estar en contacto de personas con altos índices de TB.
- 2.- No tienen barreras de acceso a la salud, por tener los servicios por el trabajo que desempeñan.
- 3.- Cierta nivel de estigma por tener TB.
- 4.- La contribución de los casos es baja a nivel nacional.

Población LGTBIQ

- 1.- por su mayor grado de inmunosupresión y prácticas de riesgo, asociado a situaciones como VIH.
- 2.- Estigma y discriminación. Doble estigma.
- 3.- Es importante distinguir en los riesgos que existen por ejemplo en las mujeres trans a diferencia que en las lesbianas, en las primeras el riesgo es mayor.
- 4.- Poco acceso a redes de apoyo, social, familiar social e institucional

Grupo 2

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la Priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto		Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Migrantes	1	1	1	1	0.5	4.5	(6.2%) 4	8.5	
Comunidades peri-mineras	0.5	0.5	0.5	0	0.5	2	1	3	
Comunidades peri-carcelarias	0.5	0.5	0.5	0	0.5	2	2	4	
Miembros de la familia de Personas que consumen drogas	1	0.5	0.5	0.5	0.5	3	2 (4% en consumidores)	5	
Mineros	0.5	1	0.5	0	0.5	2.5	1	3.5	
Menores	1	1	0.5	0.5	0.5	3.5	(2.7%-4%) 3	6.5	

Migrantes 8.5

- 1 hacinamiento, condiciones precarias, dificultades económicas para lograr hábitos saludables
- 2 alto porque muchos con pacientes con coinfección TB/VIH, niveles de desnutrición,
- 3 los que son irregulares es la falta de aseguramiento, no pueden acceder a los servicios, son atendidos en emergencia por gestiones de Trabajo social para acelerar su incorporación al aseguramiento
- 4 gran estigma social, barreras de acceso a salud, movilidad por cambio de residencia afecta la culminación del tratamiento siendo el 7% dentro de los casos de TB MDR y RR,
- 5 hay personas con nivel educativo entre alto y bajo, lo que determinaría un nivel de acceso a nuevos conocimientos en rango medio

MENORES DE EDAD 6.5

- 1 calificados por población vulnerable, ya que están expuestos porque son contacto cercano de adultos con TB, en Cartagena hubo alta carga en el Hospital Infantil.
- 2 la edad es clave en la inmunosupresión, situaciones de desnutrición, vacunación incompleta
- 3 el aseguramiento es gestionado por los padres, pero hay barreras geográficas debido a la ubicación de sus viviendas
- 4 cocluir con el tratamiento depende de los factores socioculturales de la propia familia
- 5 va a depender de los padres y madres o cuidadores.

COMUNIDADES PERIMINERAS

- 1 Riesgo medio ya que los mineros no son una población identificada
- 2 población de bajos estratos socioeconómicos, con desnutrición y hacinamiento, depende de otras comorbilidades
- 3 los EESS pueden estar alejados de sus viviendas
- 4 no son estigmatizados, pero si hay dificultades para el seguimiento y supervisión del tratamiento
- 5 nivel educativo bajo podrían tener limitaciones de acceso a nuevos conocimientos a asumir conductas de prevención en salud

COMUNIDADES PERICARCELARIAS

- 1 los PPI hay muchos casos posiblemente hay contacto entre los que ingresan a los PPL y están en contacto con las personas que viven alrededor
- 2 población de bajos estratos socioeconómicos, con desnutrición y hacinamiento, depende de otras comorbilidades
- 3 los EESS pueden estar disponibles, pero pueden existir barreras geográficas
- 4 no son estigmatizados, pero si hay dificultades para el seguimiento y supervisión del tratamiento
- 5 nivel educativo bajo podrían tener limitaciones de acceso a nuevos conocimientos y a asumir conductas de prevención en salud

MIEMBROS DE FAMILIAS QUE CONSUMEN DROGAS

- 1 riesgo alto porque son contactos cercanos a consumidores de sustancias, ya que cohabitan con ellos quienes no tienen mucha adherencia al tratamiento y suelen abandonar el tratamiento por lo que sus familias pueden tener mayor riesgo de exposición
- 2 depende de otras comorbilidades o condiciones individuales de riesgo inmunológico, o nivel socioeconómico
- 3 pueden ser familias que se ubican en barrios periféricos dificultando el acceso
- 4 pueden ser estigmatizadas por la comunidad que dificulta concluir con el tratamiento
- 5 nivel educativo bajo podrían tener limitaciones de acceso a nuevos conocimientos a asumir conductas de prevención en salud

MINEROS

- 1 si bien no están identificados por los datos no disponibles, pero sus condiciones de vida pueden exponerlos a otras personas con TB, jornadas extensas
- 2 sus condiciones laborales pueden exponerlos a disminución del sistema inmunológico
- 3 los mineros trabajan en la periferia y tienen barreras geográficas
- 4 los mineros no estarían expuestos a situaciones de estigma, podrán tener dificultades personales
- 5 nivel educativo bajo podrían tener limitaciones de acceso a nuevos conocimientos a asumir conductas de prevención en salud

MENORES DE EDAD

- 1 calificados por población vulnerable, ya que están expuestos porque son contacto cercano de adultos con TB, en Cartagena hubo alta carga en el Hospital Infantil.
- 2 la edad es clave en la inmunosupresión, situaciones de desnutrición, vacunación incompleta
- 3 el aseguramiento es gestionado por los padres, pero podrían haber barreras geográficas
- 4 cocluir con el tratamiento depende de los factores socioculturales de la propia familia
- 5 va a depender de los padres y madres o cuidadores.

Grupo 3

Poblaciones clave a considerer	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6 Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto			Puntuación Total (Suma de puntuacion es 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Prisioneros y detenidos	1	1	0.5	0	1	3.5	4	7.5	
Clientes de trabajadoras sexuales	0	0.5	0	0	1	1.5	1	2.5	
Familiares de mineros	0	0	0.5	0.5	1	2	1	3	
Visitantes del hospital	0.5	1	0	0	0	1.5	1	2.5	
Personas que Usan Drogas-SPA	1	0.5	0.5	1	1	4	3	7	
Personas sin Hogar/habitantes de calle	1	1	1	1	1	5	3.5	8.5	
Visitantes de Prisiones	0.5	0	0	0	0	0.5	1	1.5	

Prisioneros y detenidos:

- 1.- Hacinamiento y condiciones salubres
- 2.- Se tienen en cuenta factores como consumo de sustancias, hacinamiento y las condiciones de las cárceles
- 3.- Dada la cantidad de población, no se da a basto para el manejo médico. Demora en la atención
- 4.- Tienen un personal a cargo que garantiza su finalización de su tratamiento. Incluso después de salir de la detención continúa adherentes al tratamiento
- 5.- No se tiene control sobre alimentación en presos con diagnóstico TB

Clientes de trabajadoras sexuales:

- 1.- No se tienen registros de trabajadores con solicitud de tratamiento TB. Por anterior, sus clientes tampoco cuentan con riesgos en la exposición
- 2.- Riesgo medio, porque existe la probabilidad de que personas con alguna afección de inmunosupresión sea cliente de trabajadora sexual
- 3.- Como cualquier ciudadano, puede tener acceso a servicios de salud y los demás que requiera
- 4.- No se identifica una condición específica que le impida finalizar el tratamiento
- 5.- No se identifica una condición específica que interfiera con el cambio de hábitos y asimilación del tratamiento

Familiares de mineros:

- 1.- No se tienen registros de mineros con solicitud de tratamiento TB. Por lo anterior, sus familiares tampoco cuentan con riesgos de exposición
- 2.- No se tienen registros de mineros con solicitud de tratamiento. Por lo anterior, sus familiares tampoco cuentan con riesgos biológicos
- 3.- Riesgo medio, por barreras geográficas, transporte, principalmente.
- 4.- Se contempla a familiares que viven en zonas apartadas y a familiares que viven cerca al casco urbano
- 5.- No se identifica una condición específica que interfiera con el cambio de hábitos y asimilación del tratamiento

Visitantes del Hospital:

- 1.- Riesgo medio, porque hay una probabilidad de exposición, pero dado que no es población con alguna comorbilidad, no es un riesgo alto. Dependiendo de la frecuencia al centro de salud u hospital
- 2.- El riesgo puede llegar a ser alto, pero por la frecuencia con la que se asista al centro de salud y los motivos de consulta.
- 3.- Riesgo bajo, Tiene cobertura y acceso a la salud
- 4.- La barrera está más enfocada a la no caracterización de esta población
- 5.- No se identifica una condición específica que interfiera con el cambio de hábitos y asimilación del tratamiento

Personas que usan drogas/SPA

- 1.- El 80% que ingresa con TB tiene antecedentes de consumo de SPA
- 2.- Se tienen en cuenta los hábitos de consumo (consumo grupal, intercambio de jeringas, etc)
- 3.- Poca percepción de riesgo y consulta tardía a servicios de salud
- 4.- Estigma, falta de adherencia al tratamiento, poca red de apoyo familiar
5. Dada la baja percepción de riesgo y bajos niveles de autocuidado, aunado al hecho de tener una baja red de apoyo familiar, social, institucional, el proceso de en el cambio de hábitos genera un riesgo alto

Personas sin hogar/habitantes en condición de calle:

- 1.- Diferentes fuentes de exposición (espacios, consumo SPA, salubridad, malos hábitos de autocuidado)
- 2.- Factores de riesgos como desnutrición, comorbilidades, malos hábitos de cuidado, falta de adherencia a tratamientos.
- 3.- Desconocimiento de derechos, desconfianza en el sistema, poca percepción del riesgo
- 4.- Baja adherencia al tratamiento, baja percepción de autocuidado, poca red de apoyo social-institucional, estigma social frente a población habitante de calle, porque en general los trabajadores de la salud no aplican del enfoque diferencial con esta población y brindan las recomendaciones e indicaciones iguales para toda la población
- 5.- Dada la baja percepción de riesgo y bajos niveles de autocuidado, aunado al hecho de tener una baja red de apoyo familiar, social, institucional, el proceso de en el cambio de hábitos genera un riesgo alto

Visitantes de prisiones:

- 1.- Se relacionan con personas con exposición alta.
- 2.- No se espera que personas con algún tipo de inmunosupresión asista a la cárcel
- 3.- Como cualquier ciudadano, puede tener acceso a servicios de salud y los demás que requiera
- 4.-No se identifica una condición específica que le impida finalizar el tratamiento
- 5.-No se identifica una condición específica que interfiera con el cambio de hábitos y asimilación del tratamiento

Grupo 4

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto		Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Personas con diabetes	0.5	0.5	0	0.5	0	1.5	9.4% 4	5.5	
Trabajadores comunitarios de salud	1	0	0	0	0	1	2	3	
Personas con dependencia del alcohol	0	0.5	0	1	1	2.5	3	5.5	
Pobres urbanos	1	1	1	1	1	5	5	10	
Fumadores	0.5	1	0	0	0.5	2	3	5	
Personas en riesgo de TB zoonótica	0	0	0	0	0	0	0	0	

Personas con Diabetes

- 1.- Por el manejo que tiene sobre ciertos medicamentos.
- 2.- Falta de compensación en su metabolismo
- 3.- Porque no todas personas están afiliadas a un sistema de salud

Trabajadores comunitarios de salud

- 1.- Porque están en contacto con habitantes de calle, TS, implica el contacto con la población más vulnerable
- 2.- El relacionamiento es mucho más cercano, deben estar en espacios de permanencia, lugares oscuros, casa hechas de plástico: "cambuches"
- 3.- Es un tema más de autocuidado que biológico
4. Tienen Seguro Médico contributivo por trabajar para el Estado
- 5.- Tienen oportunidad de la cita, hay agenda y con los tiempos relacionados a la atención

Personas dependientes del alcohol

- 1.- Personas con desnutrición
- 2.- Desinhibición a la hora de establecer relaciones
- 3.- Efectos del consumo
- 4.- No siguen procedimientos médicos, por voluntad del paciente

Pobres urbanos

- 1.- Viven en hacinamiento, casas comunitarias
- 2.- Poca ventilación, la mala alimentación
- 3.- Carencias económicas
- 4.- Priorizar la búsqueda del sustento diario
- 5.- El tratamiento debe ser supervisado y no cuenta con los recursos y tiempo de traslado
6. El estigma y discriminación
7. Acceso a internet o a información

Pobreza asociada a desnutrición, la comorbilidad TB Desnutrición 14.5% Fumadores

- 3.- Daño pulmonar
- 4.- Efectos del tabaquismo

Personas en riesgo de TB zoonótica

- 1.- Vacunación al ganado y el cuidado que se tiene al respecto

GRUPO 5

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6 Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto			Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Poblaciones indígenas	1	1	1	1	1	5	3	8	
Trabajadores sexuales	1	1	0.5	0.5	0.5	2.5	2	4.5	
Trabajadores Hospitalarios	1	1	0	0	0	2	2	4	-
Personas con discapacidades físicas o mentales	0.5	0.5	0	0	1	2	1	3	
Personas desplazadas internamente	1	0.5	1	1	0	3.5	3	6.5	
Personas de edad avanzada	1	1	0	0.5	0.5	3	3	6	

Poblaciones indígenas

En las comunidades existen según la evidencia casos de desnutrición, aumento de enfermedades infecciosas como VIH.

Muchas barreras a razón de aspectos culturales , cosmovisión, profesionales de salud no unen la medicina tradicional con la occidental, demoras en las gestiones para atención.

Trabajadores sexuales

Porque aún son población clave para la infección por VIH.

La ola de migración hace que los T.S no accedan al servicio por el miedo a deportación por no tener documentos, no acceden por ausencia de marco legal, la atención en migrantes está circunscrita a urgencias.

Trabajadores hospitalarios

1.-

2.- Riesgo biológico presente permanente en trab hospitalarios en relación estres laboral que hace que no su cumplen los procedimientos de bioseguridad.

Personas con discapacidades físicas o mentales

Bajo nivel reportado

Personas desplazadas internamente

Alta exposición por el desplazamiento a diversas zonas .

Inmunosupresión por enfermedades o infecciones no tratadas dado su condición de desplazados..

Dificultad al acceso por por dificultades administrativas y esto es una barrera la atención.

Al estar en desplazamiento no permite cumplir con los tratamientos.

Personas de edad avanzada

1.- En casas de ancianato se ha informado sobre casos TB

2.- Por la presencia de enfermedades como cáncer u otras propias de la edad.

