



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis

Colombia 2025–2031

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Iniciativa
de Eliminación **3** 



Ministerio de Salud y Protección Social

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dirección de Promoción y Prevención

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y
Desatendidas

Febrero de 2026

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO RODRÍGUEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario General

TATIANA LEMUS PÉREZ

Directora de Promoción y Prevención

MARÍA VICTORIA HERRERA ROA

Subdirectora de Enfermedades Transmisibles

JULIÁN TRUJILLO TRUJILLO

*Coordinador Grupo Gestión Integrada de las Enfermedades
Emergentes, Reemergentes y Desatendidas*

Documento técnico elaborado por:

Sandra Marina Ariza Matiz

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Emergentes Reemergentes y Desatendidas

Julian Trujillo Trujillo

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Emergentes Reemergentes y Desatendidas

Documento técnico validado por:

Adriana Catherine Castillo Castañeda

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Claudia Marcela Vargas Peláez

Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Anny Patricia Rozo Morales

Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Cesar Leonardo Picón Arciniegas

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Claudia Llerena Polo

Grupo de Micobacterias (LNR) - Dirección de Redes en Salud Pública

Instituto Nacional de Salud

Claudia Marcela Castro Osorio

Grupo de Micobacterias - Dirección de Investigación en Salud Pública

Instituto Nacional de Salud

Deccy Magnolia Gonzales Ruge

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Instituto Nacional de Salud

Yamile Celis Bustos

Organización panamericana de la salud (OPS) /Organización Mundial de la Salud (OMS)

Cesar Augusto Toro García

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Lizeth Andrea Paniagua Saldarriaga
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Mónica Rondon Cotacio
Secretaria de Salud de Rionegro (Antioquia)

Lucrecia Vásquez Acevedo
Federación Nacional de Asociaciones de Personas Afectadas por Lepra-Hansen de Colombia
– (FELEHANSEN)

Diana Oviedo
Federación Nacional de Asociaciones de Personas Afectadas por Lepra-Hansen de Colombia
– (FELEHANSEN)

José Fernando Fuertes Bucheli
Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM)

Dione Benjumea Bedoya
Universidad de Antioquia – Uniremington

Tabla de contenido

Introducción	10
1. Importancia de la tuberculosis y su eliminación	12
2. Objetivos	13
a. General.....	13
b. Específicos	14
3. Alcance.....	14
4. Metodología.....	15
5. Criterios de eliminación	22
6. Diagnóstico situacional	24
a. Situación epidemiológica, determinantes sociales de la salud y factores de riesgo	24
b. Situación de los enfoques de eliminación: curso de vida, derechos humanos, género y población vulnerable.	36
c. Situación actual de las líneas de acción para la eliminación.....	40
i. Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios.	40
ii. Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia e información sanitaria	42
iii. Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud.....	43
iv. Fortalecimiento de la gobernanza, la administración y las finanzas	44
7. Hitos, seguimiento y evaluación	46
8. Actividades clave para la aceleración del alcance de las metas de eliminación.....	50
9. Roles y responsabilidades de los involucrados.....	59
10. Territorialización	61
11. Factibilidad y viabilidad.....	64
12. Estrategias Interprogramática.....	69
13. Bibliografía	71

Listado de siglas y acrónimos

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de
AVAD	Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DAC	Detección Asistida por Computadora
DTS	Direcciones Territoriales de Salud
EBS	Equipos Básicos de Salud
EPS	Entidad Promotora de Salud
ET	Enfermedades Transmisibles
FUT	Formulario Único Territorial
IA	Inteligencia Artificial
IEC	Información, Educación y Comunicación
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
LDSP	Laboratorio Departamental de Salud Pública
LNR	Laboratorio Nacional de Referencia
MCTeI	Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONGD	Organización No Gubernamental de Desarrollo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PAS	Plan de Acción en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
PNPCT	Plan Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
PTS	Plan Territorial de Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
SET	Subdirección de Enfermedades Transmisibles
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SNGR	Sistema Nacional de Gestión de Riesgo
TB	Tuberculosis
UACD	Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WASH	Agua, Saneamiento e Higiene (por su sigla en inglés)

Listado de Tablas

Tabla 1. Marco normativo del Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, Colombia 2025-2031	17
Tabla 2. Criterio de pre-eliminación y eliminación de la tuberculosis de la OMS y situación de la región de las Américas a 2022.....	23
Tabla 3. Comparativo del avance en las metas de la Estrategia Fin a la Tuberculosis a nivel global, en la Región de las Américas y Colombia, 2015 – 2023	25
Tabla 4. Número y porcentaje de casos nuevos y recaídas de tuberculosis y tasa de incidencia por 100.000 habitantes por entidad territorial 2024	27
Tabla 5. Estimaciones globales del número de casos de TB atribuibles a los factores de riesgo para 2020.....	34
Tabla 6. Número y porcentaje de casos de TB con comorbilidades asociadas. Colombia, 2019 -2024*.....	34
Tabla 7. Comportamiento de variables de sexo y edad. Colombia, 2018 - 2024.....	37
Tabla 8. Comportamiento de grupos poblacionales de riesgo. Colombia, 2018 - 2024	38
Tabla 9. Hitos epidemiológicos	46
Tabla 10. Hitos de gestión.....	47
Tabla 11. Hitos de atención en salud.....	49
Tabla 12. Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud	51
Tabla 13. Fortalecimiento de los sistemas estratégicos de información y vigilancia de salud	53
Tabla 14. Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud	55
Tabla 15. Fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y las finanzas.	57
Tabla 16. Involucrados en el Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025-2031	59
Tabla 17. Factibilidad, impacto, urgencia y prioridad de las actividades clave para acelerar el alcance de metas del Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025 -2031	64
Tabla 18. Fracción atribuible y costo-efectividad de las actividades clave para alcanzar las metas del para el Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025 -2031	67

Listado de Figuras

Figura 1. Tasa de incidencia de TB en Colombia, 2000 a 2024 preliminar. 26

Figura 2. Comportamiento de la mortalidad por tuberculosis. Colombia, 2015 – 2023. .. 30

Figura 3. Resultados de los indicadores de seguimiento de casos incidentes. Colombia, 2018 – 2023. 31

Figura 4. Resultado de los indicadores de seguimiento de casos incidentes por entidad territorial. Colombia, 2023. 32

Figura 5. Resultado de los indicadores de seguimiento de casos de TB MDR/RR. Colombia, 2011 -2022..... 33

Listado de Mapas

Mapa 1. Mapa de la incidencia de la tuberculosis por municipios en Colombia, 2024p. Fuente: MSPS Programa Nacional de Prevención y Control de la TB 2024 preliminar – Notificación al SIVIGILA. 29

Mapa 2. Territorialización del Plan nacional para acelerar el alcance de la pre-eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025-2031 63

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2014 un marco de referencia con un enfoque coherente para la eliminación de la tuberculosis (TB) en países con baja incidencia (<10 casos por 100.000 habitantes), este fue diseñado para orientar a los responsables de las políticas nacionales y a los responsables de los aspectos técnicos de la respuesta nacional a la TB para acelerar los esfuerzos hacia la eliminación de esta enfermedad. Posteriormente, se diseñó e implementó la “Estrategia Fin de la Tuberculosis”, la cual es una estrategia mundial, con objetivos claros y definidos para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis (TB) después de 2015 (1).

En concordancia con estas estrategias, la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT) con el respaldo de la Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias (ERS), desarrolló una “Hoja de Ruta para la Eliminación de la Tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe” hace parte del proyecto LATSINTB (Latinoamérica sin Tuberculosis) conjunta entre ALAT y ERS, la cual fue discutida en la VIII Reunión de países de baja incidencia de TB de las Américas (2).

Si bien la TB es una enfermedad infecciosa prevenible, tratable y curable, en la actualidad sigue representando un importante reto en la salud pública mundial que afecta a 215 países y áreas en todo el mundo, incluyendo Colombia. A nivel mundial, la carga de la enfermedad no se distribuye de manera uniforme, siendo cinco países los que concentran el 56% de los casos globales: India (26%), Indonesia (10%), China (6,8%), Filipinas (6,8%) y Pakistán (6,3%) (3). En 2023, según el reporte oficial de la OMS, 10,8 millones de personas enfermaron por tuberculosis, retomando su posición como la enfermedad infecciosa con mayor letalidad, causando aproximadamente 1,25 millones de muertes a nivel mundial. Por otra parte, en 2024 se reportó una cobertura de tratamiento del 75%, dejando una brecha significativa en el control de la transmisión y aumentando el riesgo de mortalidad en un 50% (3).

En 2023 el escenario nacional, mostró que en Colombia se registraron 20.987 casos de TB, con una tasa de incidencia de 38,25 casos por cada 100.000 habitantes; del total de casos, 20.300 fueron de TB sensible y los restantes 687 fueron de TB farmacorresistente. En este año, a pesar de contar con una cobertura de tratamiento del 92%, se presentaron 1.517 muertes por TB con una tasa de mortalidad de 2,91 por 100.000 habitantes; siendo estas tasas las más altas en el periodo pre y post pandémico. Lo anterior puso en evidencia una brecha importante en control de la transmisión y aumento del riesgo de mortalidad (4).

En 2016, el gobierno nacional de Colombia estableció el “Plan Estratégico Nacional, hacia el fin de la TB en Colombia 2016-2025”, con la visión de que el país sea declarado de baja incidencia de tuberculosis (menos de 10 casos por 100.000 habitantes) y sin costos catastróficos por tuberculosis para los pacientes y sus familias en el 2030; sin embargo,

alcanzar esta visión y las metas establecidas al comparar incidencia y mortalidad como indicadores trazadores no se ha logrado como se muestra en el diagnóstico situacional (ver numeral 6) (5).

La atención integral de la TB en Colombia está incorporada en la estrategia de gestión integrada de enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT); a través del cual, se establecen medidas programáticas, acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de casos y sus contactos en los diferentes entornos, alineando estrategias en el marco del PDSP, integradas en los lineamientos nacionales y el plan estratégico nacional.

En la actualidad, en Colombia se ha fortalecido el uso de pruebas moleculares en la Red Nacional de Laboratorios, avanzando al 72% de cobertura de diagnóstico oportuno en las personas con TB, mayor centralización en ciudades capitales y articulando la ruta de traslado de muestras. El país ha establecido también el plan de transición para retiro de la baciloscopia como método de diagnóstico; sin embargo, a la fecha se tiene una brecha de acceso a los métodos moleculares a nivel de las entidades territoriales del 26% (8/38) de acuerdo con los reportes del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud (INS).

Frente a las definiciones de eliminación (Menos de 0,1 casos por 100.000 habitantes) y pre-eliminación (Menos de 1 caso por 100.000 habitantes) propuestas por la OMS, el país integra un planteamiento de intervenciones con su análisis de factibilidad, evaluando el factor atribuible de las mismas y definiendo como pilar la unión de esfuerzos sectoriales e intersectoriales para avanzar hacia la pre-eliminación en 2031 y eliminación al 2050.

La OMS hace un llamado para acelerar el camino hacia la eliminación de la TB, siendo imprescindible fortalecer las estrategias globales y nacionales; asimismo, destaca la necesidad de mejorar el acceso al diagnóstico, tratamiento y prevención, promoción de la protección social y el desarrollo de vacunas eficaces. Actualmente, seis vacunas candidatas contra la TB están en ensayos de fase III, lo que representa una esperanza significativa para la eliminación de la enfermedad en el mediano plazo; siendo esta una acción urgente para poner fin a la epidemia global de TB para el 2030, un objetivo que ha sido adoptado por todos los estados miembros de las Naciones Unidas y la OMS (2).

El actual documento, hace parte integral del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, Colombia 2025-2031, adoptando las cuatro líneas de acción operativas de la iniciativa regional de eliminación de enfermedades transmisibles de la OPS; que son: i) fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios, ii) fortalecimiento de los sistemas estratégicos



de información y vigilancia de salud, iii) el abordaje de los determinantes sociales y ambientales de la salud, y iv) el fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y las finanzas. Con estas líneas de acción se espera poner en marcha el Plan nacional para acelerar el alcance de la pre-eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025 - 2031, promover la equidad en salud, mejorar la calidad de vida de las comunidades afectadas y reducir el ciclo de la pobreza. El Plan se armoniza con los ejes trazables de: curso de vida, los derechos humanos, la igualdad de género y la inclusión de grupos vulnerables; los siete ejes estratégicos y las tres líneas operativas del PDSP 2022-2031 adoptado mediante la Resolución 2367 de 2023, el Plan Nacional de Salud Rural adoptado mediante el Decreto 0351 de 2025 y el modelo de salud vigente en el país.

1. Importancia de la tuberculosis y su eliminación

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionada con la tuberculosis que busca poner fin a la epidemia para 2030, integra los logros históricos alcanzados en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En 2014 se adoptaron metas concretas para 2030, establecidas en la Estrategia Fin a la Tuberculosis. Entre ellas destacan la reducción de las muertes y de la incidencia de la enfermedad, así como garantizar que ninguna familia afectada tenga que enfrentar gastos catastróficos a causa de la enfermedad. Sin embargo, al comparar la situación actual de la tuberculosis con las cifras de 2015, se evidencia que aún persiste una enorme brecha entre las cifras reportadas oficialmente por los países y las perspectivas de alcanzar las metas mundiales.

El Informe Global de Tuberculosis de la OMS del 2024 describió que la TB continúa siendo la principal causa de muerte por un solo agente infeccioso en el mundo, superando incluso a la COVID-19 y causando casi el doble de muertes que el VIH/SIDA. Este panorama no solo refleja desafíos biomédicos, sino también fallas estructurales en los sistemas sociales, económicos y políticos de los países (3). La TB se asocia con problemas económicos, vulnerabilidad, marginación, estigma y discriminación, afectando de manera inequitativa a los grupos más vulnerables, entre ellos poblaciones minoritarias como comunidades indígenas, migrantes, personas privadas de libertad, habitantes de calle, personas que viven con VIH y poblaciones en situación de pobreza. Si bien la tuberculosis no es exclusiva de la pobreza, es una de las enfermedades que se caracterizan por ser parte del círculo pobreza-enfermedad.

Ortiz-Ruiz y colaboradores, en el artículo sobre la vulnerabilidad social y tuberculosis: un círculo vicioso, concluyen que existe un círculo vicioso entre condiciones de vulnerabilidad social y la TB, en el que las personas con mayores niveles de vulnerabilidad social se ven más afectadas por la enfermedad en todas las dimensiones de su existencia,

aumentando o mantenido los niveles de vulnerabilidad, lo que requiere intervenciones multisectoriales que sobrepasan los servicios de salud la enfermedad; ya que la tuberculosis no es solo una enfermedad asociada a la exclusión y la marginación en una sociedad, sino que también contribuye a aumentar la desigualdad individual y poblacional (6).

En correspondencia con lo anterior, la tuberculosis tiene un importante impacto socioeconómico en las personas afectadas, tanto por los costos directos para el sistema de salud (hospitalización, atención ambulatoria, recurso humano, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) como por los costos indirectos (para el paciente y sus familias) (7). Asimismo, es importante considerar la disminución de la productividad y las pérdidas de ingresos asociadas con la pérdida de empleo o el tiempo perdido mientras se busca o se recibe atención médica (8), lo que impone una carga económica a las personas con TB.

En Colombia, la proporción general de hogares afectados por la tuberculosis que incurrieron en gastos superiores al 20% de los ingresos anuales del hogar fue del 51,7% (IC95%: 45,4-58,0); con un 51,3% (IC95%: 44,9-57,7) en los pacientes con TB sensible a los medicamentos y un 65,0% (IC95%: 48,0-82,0) entre los farmacorresistentes. El costo promedio en dólares por caso de TB en Colombia fue de \$1.218 (95% CI 1.106-1.330), incluyendo \$860,9 (95% CI 776,1-945,7) para costos no médicos, \$339 (95%CI 257-421) para los costos indirectos y \$18,1 (95% CI 11,9-24,4) para los costos médicos. Los factores que influyeron en la probabilidad de enfrentar costos catastróficos fueron el quintil de ingresos, la pérdida del empleo, ser paciente con TB farmacorresistente y el tipo de TB (9).

La eliminación de la TB es posible con un compromiso político continuo y un enfoque integral como se describe en el resumen de los avances en la aplicación de la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 (Estrategia Fin a la Tuberculosis) EB154/10 en la 154ª reunión (6 de diciembre de 2023); para lo cual, es esencial la articulación multisectorial de la sociedad para lograr un país libre de tuberculosis. El alcance escalonado de esta meta de eliminación en el territorio nacional no solo impactará positivamente en la situación epidemiológica del país en términos de morbilidad y mortalidad; también reducirá las complicaciones y discapacidades asociadas, se reducirá la carga económica de la enfermedad al sistema de salud, aportará a la reducción de la pobreza y la reducción de las brechas e inequidades sociales que genera la TB (10) .

2. Objetivos

a. General

Establecer directrices armonizadas a las políticas nacionales e internacionales para la planeación e implementación del Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de



la tuberculosis 2025 – 2031 como respuesta a la iniciativa regional de eliminación de las enfermedades transmisibles de la OPS y el aporte a la equidad en salud.

b. Específicos

- Identificar escenarios para implementar acciones que permitan acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis
- Determinar las estrategias y actividades para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis en el marco del PDSP 2022-2031 y la iniciativa regional de eliminación de enfermedades transmisibles de la OPS.
- Definir los hitos y el marco de monitoreo y seguimiento del plan para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis.
- Avanzar anualmente en el número de entidades territoriales que implementan las actividades clave, metas del Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis de acuerdo con factibilidad, impacto, urgencia y prioridad.

3. Alcance

El presente plan ha sido diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, y liderado desde el Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles, acorde a las competencias establecidas en el marco de la norma legal vigente. El plan se armoniza con el PDSP 2022-2031 y el Plan Nacional de Salud Rural y se articula con la reforma del sistema de salud definida por Ley Estatutaria, desarrollando la iniciativa regional de eliminación de enfermedades transmisibles de la OPS 2030 (CD57/7), para aquellos eventos endémicos y con potencial de eliminación en el país, incluyendo la tuberculosis. En el documento se establecen las directrices para la planeación, la implementación, el monitoreo y el seguimiento del plan de eliminación a ser adoptadas desde el MSPS, las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal y demás actores del sistema de salud, incluyendo la articulación intersectorial con otros ministerios en el marco de la Comisión Intersectorial en Salud Pública (CISP), los actores del Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación (SNCTeI) y la sociedad civil.

El plan de eliminación contempla la armonización de las metas de resultado en salud definidas desde el PDSP 2022-2031: *i) Al 2031, Colombia mantendrá la implementación de los planes orientados a la erradicación de poliomielitis, eliminación de Sarampión y Rubeola, control y eliminación de eventos inmunoprevenibles, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétanos Neonatal, Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meníngea, Hepatitis A, B y C, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Meningococo, diarreas por Rotavirus, Tos ferina, Parotiditis e Influenza, eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B, ii) A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis y iii) A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia.*

El presente plan de eliminación orienta las nuevas metas y estrategias que aceleran a Colombia hacia fin de la tuberculosis a 2031. Este se ha diseñado como un documento estratégico para las actividades gerenciales y operativas del programa en los niveles nacional y subnacional, orientado a dar respuesta a los compromisos adquiridos por los países, para adoptar la Estrategia Mundial Fin de la Tuberculosis. La Estrategia se suma a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los cuales una de las metas es el fin de las epidemias de malaria, VIH y tuberculosis para el 2030 (ODS 3).

El presente plan establece las metas a alcanzar por el Programa Nacional de Tuberculosis en el periodo 2025-2031, los objetivos y actividades para lograrlo y la forma para determinar que se ha logrado, guiando la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, el establecimiento de prioridades y la definición de acciones. Para su elaboración se tomó como base la Estrategia Mundial Fin de la Tuberculosis de la OMS y su actualización en 2023 y la Política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en las Américas. El periodo para la ejecución del presente plan es de 2025 a 2031, en el marco del PDSP vigente.

4. Metodología

En 2019 los Estados Miembros de la OPS aprobaron la iniciativa para la eliminación de enfermedades, a partir de una política de eliminación con un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas, uno de cuyos objetivos es un futuro libre de la carga de más de treinta enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados. Posteriormente, en mayo de 2024 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia con el liderazgo del viceministerio de salud pública, presentó el “Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles”; actualmente, su nombre ha sido ajustado a “Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades

Transmisibles y Condiciones Prioritarias, Colombia 2025-2031”, considerando ajustes técnicos para mayor claridad e inclusión de todos los eventos priorizados. Para la construcción del plan transversal y los planes específicos se llevaron a cabo las siguientes fases:

- Diagnóstico
- Elaboración de objetivos, hitos y actividades clave de aceleración
- Elaboración del plan

Diagnóstico: El equipo técnico del MSPS realizó un análisis para determinar las enfermedades susceptibles de eliminar y aquellas que tienen vigente el estatus de eliminación y que deben mantenerlo; este análisis incluyó: a) la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles en el país, b) el estado de avance de programas de prevención y control, logros obtenidos y las brechas identificadas, c) los criterios e indicadores de evaluación establecidos por la OPS para el evento y d) el marco normativo nacional actual. Este diagnóstico inicial cambió la proyección del 2024 de impactar 26 enfermedades transmisibles y dos condiciones prioritarias, y actualmente presenta el diseño para eliminar 15 enfermedades transmisibles (incluyendo la tuberculosis), mantener la eliminación de 6 enfermedades transmisibles y la eliminación de una condición prioritaria. A lo largo de este proceso, se identificaron los involucrados relevantes, las iniciativas de control, eliminación y mantenimiento de la eliminación de las que hace parte el país, los niveles de coordinación y planeación estratégica en salud a nivel territorial y de otros sectores.

Elaboración de objetivos, hitos y actividades clave de aceleración: Para definir los objetivos se realizó la armonización de las metas de eliminación ya establecidas por la OPS frente al alcance nacional, según lo consolidado en el insumo de diagnóstico, la priorización de territorios y poblaciones a intervenir; así mismo, se consideraron los ODS y el mapa de ruta global de eliminación de enfermedades transmisibles de la OMS a 2030 y el regional de la OPS. En cuanto a la selección y diseño de estrategias, estas fueron contempladas según las necesidades locales, el alcance de los objetivos y la disponibilidad de plataformas del país; mientras que los hitos fueron establecidos para reducir brechas, inequidades y barreras en salud, priorizando acciones que llevan a un alcance acelerado de metas desde la sectorialidad y actividades intersectoriales.

Esta fase implicó el trabajo articulado de las diferentes direcciones del MSPS, entidades adscritas como el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y los grupos funcionales de cada evento (conformados por profesionales de diferentes dependencias del MSPS y de instituciones adscritas como INS e INC), con el acompañamiento de la OPS.

Elaboración del plan: Una vez definidos los ítems mencionados, se escribieron el plan transversal y los planes específicos de evento para las enfermedades transmisibles a eliminar. Los documentos consideraron la armonización y transversalidad con el modelo de salud, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Plan Nacional de Salud Rural y la Resolución 57/7 de 2019 de la OPS. El plan transversal y los específicos se respaldan por medio de un acto administrativo para su cumplimiento, esta es una resolución de cumplimiento obligatorio, que garantiza el compromiso nacional, departamental y municipal para el alcance de las metas de eliminación. En el documento del plan transversal y los planes específicos de evento, se determinaron los indicadores de seguimiento y evaluación de las actividades clave para la aceleración, la frecuencia de implementación, los responsables de las actividades y del reporte de información; esto con el fin de realizar el monitoreo del avance, retroalimentación a los actores y ajustes de las estrategias según los resultados obtenidos a través del tiempo a lo largo de su implementación.

Antecedentes normativos: Los antecedentes normativos que soportan el plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025-2031, se describen a continuación en la tabla 1.

Tabla 1. Marco normativo del Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, Colombia 2025-2031

NORMA	DESCRIPCIÓN	ORGANISMO EMISOR
Constitución Política Nacional	Artículo 1. Estableció a Colombia como República unitaria, descentralizada y con autonomía de las entidades territoriales. Artículo 49 estableció la atención en salud y el saneamiento ambiental como un servicio público a cargo del Estado.	Asamblea Nacional Constituyente
Ley 100 de 1993	Estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral. En su artículo 153, estableció los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación, y calidad.	Congreso de Colombia
Ley 152 de 1994	Artículo 2 estableció el ámbito de aplicación de la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo de la Nación, las entidades territoriales y organismos públicos de todo orden. Artículo 3. Estableció los principios de la planeación en Colombia y especificó las definiciones de concurrencia, subsidiariedad y complementariedad. Artículo 41. Estableció que los	Congreso de Colombia

NORMA	DESCRIPCIÓN	ORGANISMO EMISOR
	planes de acción de las entidades territoriales en el caso de los sectores financiados con transferencias nacionales deberán ajustarse con las normas legales establecidas para dichas transferencias.	
Ley 617 de 2000 (modificado Decretos 610 de 2002 y 1893 de 2021)	Artículo 2. Estableció la categorización de municipios: Categoría especial: Mayor a 500 001 habitantes, ingresos >400 000 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMLMV). Primera categoría: 100 001 y 500 000 habitantes, ingresos entre 100.000 hasta 400 000 SMLMV. Segunda categoría: 50.001 y 100 000 habitantes, ingresos 50 000 y 100 000 SMLMV. Tercera categoría: 30 001 y 50 000 habitantes, ingresos 30.000 y 50 000 SMLMV. Cuarta categoría: 20 001 y 30 000 habitantes e ingresos 25.000 y 30.000 SMLMV. Quinta categoría: Población entre 10 001 y 20 000, ingresos 15 000 y 25 000. Sexta categoría: Población inferior a 10 000 habitantes e ingresos no superiores a 15 000 SMLMV.	Congreso de Colombia
Ley 599 de 2000	Regula los delitos contra la salud pública en el Título XII, Capítulo I.	Congreso de Colombia
Ley 1220 de 2008	Modificó algunas penas de estos delitos, aumentando las sanciones para ciertas conductas.	Congreso de Colombia
Ley 715 de 2001	Dictó normas orgánicas en materia de recursos y competencias de la Nación y las Entidades Territoriales en el sector salud (título III). Artículos 1 al 4 establecen el Sistema General de Participaciones o SGP. Artículos 42, 43, 44 y 45 establecen competencias de la Nación, departamentos, municipios y distritos en el sector salud. Artículo 46 estableció que las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. Artículo 52 estableció el criterio de equidad para distribución de recursos del SGP. Artículo 78 estableció el destino de los recursos de la participación de propósito general.	Congreso de Colombia
Ley 1122 de 2007	Modificó el SGSSS para el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud.	Congreso de Colombia

NORMA	DESCRIPCIÓN	ORGANISMO EMISOR
Ley 1266 de 2008	Dictó las disposiciones generales de <i>Habeas data</i> y reguló el manejo de la información contenida en base de datos personales.	Congreso de Colombia
Ley 1438 de 2011	Estableció reforma al sistema de salud en el artículo 3 define los principios del SGSSS y la intersectorialidad. Artículo 5 modificó los artículos 43 y 44 de Ley 715 de 2001, estableciendo entre las competencias de los departamentos “asistir técnicamente y supervisar a los municipios, en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción”. Además, tanto en departamentos, distritos y municipios “coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud”. Artículo 12 adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud.	Congreso de Colombia
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Establece la salud como un derecho fundamental y determinó en el artículo 5 las obligaciones del Estado para su garantía. <i>“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad”.</i>	Congreso de Colombia
Ley 088 de 2022	Por medio del cual se estableció la Ley de presupuesto de rentas y recursos de capital y apropiaciones de la vigencia 2023.	Congreso de Colombia
Ley 2294 de 2023	“Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 <i>“Colombia Potencia Mundial de la Vida”</i> , adopta Modelo de APS y los Equipos Territoriales de Salud.	Congreso de Colombia
Decreto 111 de 1996	Compilan las normas de organización del presupuesto.	Presidencia de la República
Decreto 780 de 2016	Se expidió el Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social, en donde se definen como objetivos del Ministerio de Salud y Protección Social el formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud	Presidencia de la República

NORMA	DESCRIPCIÓN	ORGANISMO EMISOR
	y dentro de sus competencias se encuentran dirigir, orientar, coordinar, regular y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, en lo de su competencia; adicionalmente, formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la protección social	
Resolución CE156.R2	Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis	Organización Mundial de la Salud
Resolución 518 de 2015	Dictó disposiciones relacionadas con la gestión de la salud pública y la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2361 de 2016	Por la cual se fijan lineamientos para la remisión de la información por parte de las entidades territoriales y otras beneficiarias por los recursos transferidos o asignados directamente y se establecen las directrices para el seguimiento y supervisión de la ejecución de dichos recursos	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 3202 de 2016	Adoptó el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS"	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1716 de 2016	Por la cual se establece el mecanismo de reintegro de los recursos de SGSSS, apropiados o reconocidos sin justa causa	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 279 de 2019	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 227 de 2020	Adoptó los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis- PNPCT y el plan estratégico hacia el fin de la tuberculosis.	Ministerio de Salud y Protección Social

NORMA	DESCRIPCIÓN	ORGANISMO EMISOR
Resolución 572 de 2022	Por la cual se incluyó el Permiso por Protección Temporal — PPT como documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2808 de 2022	Por medio del cual se establecen los servicios y tecnologías de salud a ser financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1035 de 2022	Estableció el Plan Decenal de Salud Pública- Por el cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incluyó las metas de “A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis”, y “A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia”.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2367 de 2023	Por la cual se modifican los artículos 1º, 2º y 3º de la Resolución número 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico “Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 100 de 2024	Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución número 1536 de 2015	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 02451 de 2024	Por la cual se modifica parcial y transitoriamente los esquemas terapéuticos usando dosis fija combinada establecidos en la Resolución 227 de 2020 y se dictan otras disposiciones	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1597 de 2025	Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 0119 de 2026	Por la cual se adopta el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, y se dictan otras disposiciones	Ministerio de Salud y Protección Social

NORMA	DESCRIPCIÓN	ORGANISMO EMISOR
Circular 011 de 2018	Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 035 de 2022	Recomendaciones para el fortalecimiento de la inclusión y atención de la población migrante venezolana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Estrategia EB154/10 de 2023	Avances en la aplicación de la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Estrategia Fin a la Tuberculosis.	Organización Mundial de la Salud

5. Criterios de eliminación

En el contexto de la tuberculosis, los países de baja incidencia se definen como aquellos con una tasa de notificación de TB de < 100 casos de TB (todas las formas) por 1 millón de población por año. Esta definición fue propuesta previamente (17), mientras que otros han sugerido diferentes umbrales, como < 200 por millón (10) y < 160 por millón (24). El umbral de < 100 casos por millón es el mismo que la tasa de incidencia global objetivo para 2035, que corresponde al objetivo de la estrategia mundial de TB de "Terminar con la epidemia global de tuberculosis".

La "pre-eliminación" se define como < 10 casos notificados de TB (todas las formas) por millón de población por año, como fue propuesto por Clancy et al. en 1991 (17). La "eliminación de la TB como problema de salud pública" se define como < 1 caso notificado de TB (todas las formas) por millón de población por año. Para efectos de la medición se estable equivalencia de estas metas por cada 100.000 habitantes.

Tabla 2. Criterio de pre-eliminación y eliminación de la tuberculosis de la OMS y situación de la región de las Américas a 2022

Meta de pre-eliminación y eliminación OMS		SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS 2022 (tasa de TB por 100.000 habitantes)
Pre-eliminación		
Menos de 1 caso por 100.000 habitantes		
Eliminación		
Menos de 0,1 casos por 100.000 habitantes		
Alcance de la pre-eliminación en el contexto de Colombia Pre-eliminación: 550 casos y tasa de 0,98 * 100.0000 habitantes Eliminación: 55 casos y tasa de 0,098 * 100.0000		Haití (153,8), Perú (151,5), Bolivia (107,5), Guyana (60,3), El Salvador (49,9), Brasil (48,8), Colombia (47,3) , Panamá (46,6), Venezuela (46,4), Paraguay (46,1), Ecuador (45,4), República Dominicana (43,0), Nicaragua (42,7), Uruguay (37,8), Honduras (30,6), Argentina (29,1), Surinam (28,6), México (28,3), Belice (26,8), Guatemala (26), Anguila (21,6), Trinidad y Tobago (18,3), Chile (16,9), Dominica (16,0), Bahamas (13,5), Saint Vicent (11,1), Costa Rica (10,2), Cuba (6,6), Canadá (5,7), Aruba (5,4), Saint Maarten (5,2), Jamaica (3,2), Granada (3,1), Curacao (3,0), Estados Unidos de América (2,6), Saint Kitts and Nevis (1,6), Santa Lucía (1,3), Antigua y Barbuda (1,2), Barbados (0,9), Puerto Rico (0,7)

Fuente: Hacia la eliminación de la tuberculosis, un marco de acción para los países de baja incidencia OMS (1)

Teniendo en cuenta el comportamiento de los indicadores de la incidencia y la mortalidad a nivel nacional, este plan es de aceleración hacia el alcance de la pre-eliminación y eliminación posterior al 2031; dado que el incremento de casos y las tasas en 2023 proyectan un incremento inicial y una reducción anual promedio de 7,2% anual, que acumulado a 2031 podría reducir el 30% de la carga de la enfermedad. Tiempo en el cual se plantea la priorización del programa de tuberculosis en la Atención Primaria en Salud y cambios en el paradigma que mejoren el acceso al diagnóstico de la infección y enfermedad activa sensible o resistente con acceso a tecnologías en punto de atención y red integrada, tratamiento preventivo, tratamiento específico por la sensibilidad a fármacos.

Adicionalmente, frente a los avances mundiales de una vacuna eficaz específica contra la TB, se prioriza el trabajo articulado con el Programa Ampliado de Inmunizaciones para la inclusión de una vacuna preventiva a nivel nacional, una vez se cuente con la evidencia y recomendaciones de la OMS como respuesta del Consejo Acelerador de Vacunas contra la Tuberculosis (establecido por la OMS en enero de 2023) que busca facilitar la concesión de licencias y el uso de vacunas innovadoras y eficaces contra la tuberculosis (11).

Del avance de la implementación de las estrategias depende un mayor impacto a la fecha propuesta; siendo la medición de este indicador una herramienta fundamental a nivel epidemiológico, ya que permite evaluar la magnitud y la dinámica de la transmisión de la enfermedad en una población y el impacto de las intervenciones implementadas. Este indicador ayuda a identificar grupos vulnerables y áreas geográficas de mayor riesgo; además, proporciona datos esenciales para planificar, implementar y monitorear estrategias de promoción y prevención efectivas tendientes a la eliminación. Si bien la incidencia es el indicador trazador de la eliminación, en el documento se establecen otros indicadores e hitos epidemiológicos que permitan medir la aceleración e impacto de las acciones.

6. Diagnóstico situacional

a. Situación epidemiológica, determinantes sociales de la salud y factores de riesgo

A nivel mundial, el avance en las metas de reducir en un 50% la tasa de incidencia de la TB y la reducción del 75% en el número total de muertes por TB en comparación con 2015, mostró una reducción de 8,3% y el cambio en el número de muertes se redujo en 23%. En contraste, en la Región de las Américas el comportamiento de las metas ha sido inverso a lo esperado, con un incremento del 20% en la incidencia; al igual que un aumento de 44% en el número total de muertes por TB 2015–2023 (3); el comportamiento observado en Colombia refleja una tendencia similar al incremento reportado en la Región de las Américas (Tabla 3).

En 2024, el reporte mundial de la OMS se estableció que a pesar de los esfuerzos globales, aún los hitos y los objetivos de reducción de la carga de la TB están lejos de alcanzarse; así mismo, se resalta que los objetivos fijados para 2027 durante la segunda reunión de alto nivel de la ONU siguen siendo distantes; por lo que es crucial avanzar hacia una mayor cobertura sanitaria universal y mejores niveles de protección social, así como abordar los factores determinantes de la tuberculosis, como la pobreza, la desnutrición y el VIH (3).

Por lo anterior, es indispensable impulsar la investigación y la innovación en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis, para acelerar el progreso hacia la pre-eliminación y la eliminación; siendo necesario que los compromisos adquiridos en la reunión de alto nivel de 2023 de la ONU se conviertan en acciones concretas.

Tabla 3. Comparativo del avance en las metas de la Estrategia Fin a la Tuberculosis a nivel global, en la Región de las Américas y Colombia, 2015 – 2023

Grupo / País	Metas			
	Reducción del 50% en la tasa de incidencia de la TB en comparación con 2015		Reducción del 75% en el número total de muertes por TB en comparación con 2015	
Global	8,3%		23%	
Región de las Américas *	20%		44%	
Colombia*	40.9%		58%	

Fuente: Global Report tuberculosis 2024, OMS * Comportamiento inverso: Incremento

En la región de las Américas, para el 2023 se estimó una tasa de incidencia de 32,9 casos (29,9 – 36,1) entre casos nuevos y recaídas de TB todas las formas por cada 100.000 habitantes, con un incremento del 3,45% respecto a la tasa de incidencia 2022. Por su parte, la estimación de la tasa de incidencia de 2023 reportada por OMS para Colombia fue de 46 casos por cada 100.000 habitantes (IC 33,4 – 61,6); lo que se posiciona a Colombia en la media de las estimaciones de la OMS y ubica al país por encima de la incidencia de la Región de las Américas con clasificación en riesgo medio.

El comportamiento de la incidencia de TB en el país mostró una tendencia a la disminución con algunas variaciones hasta 2015 y posteriormente entre 2015 y 2019. Actualmente, la tasa de la incidencia reporta variaciones hacia el incremento, lo que se asocia con la incorporación inicial de técnicas de biología molecular para el diagnóstico y la persistencia de diagnóstico tardío. En 2020, se observó una importante reducción del 19% de la incidencia, asociada a la interrupción de acciones durante la pandemia por COVID-19. A partir de 2021,

se evidenció un aumento significativo del indicador, alcanzando un máximo en 2022 y estabilizándose ligeramente en 2023 y 2024 (Figura 1). Aunque la tasa notificada muestra una ligera convergencia con la estimada en años recientes, todavía hay una brecha notable que sugiere la existencia de casos no diagnosticados, resaltando la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia y diagnóstico.

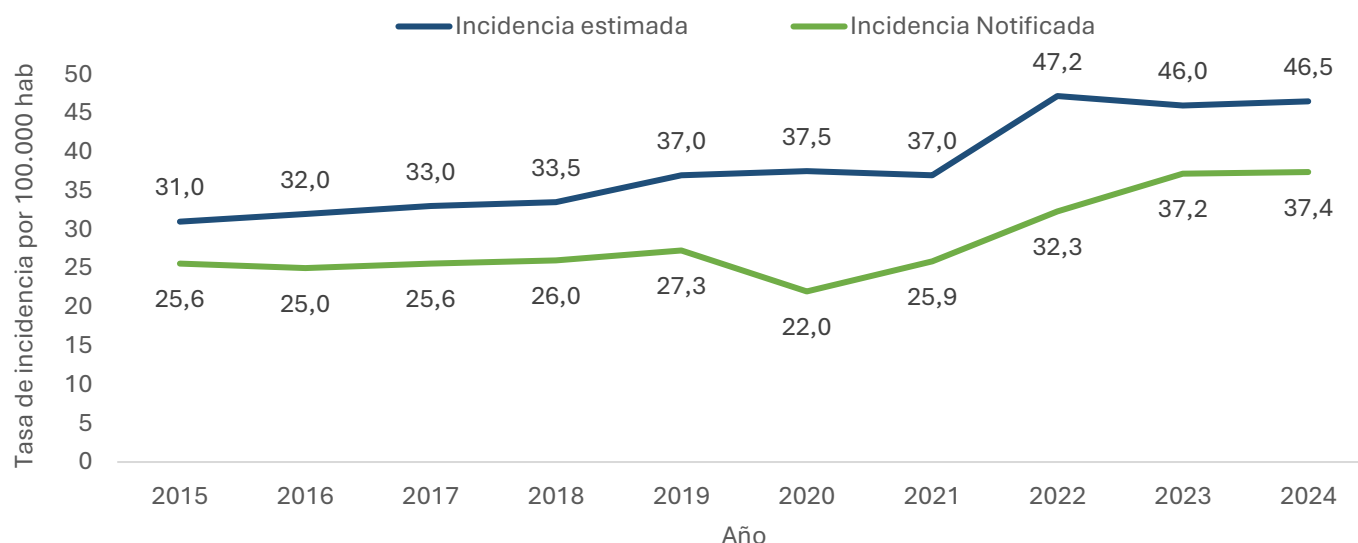


Figura 1. Tasa de incidencia de TB en Colombia, 2000 a 2024 preliminar. Fuente: MSPS Programa Nacional de Prevención y Control de la TB año 2008 al 2023, Año 2024 Notificación al SIVIGILA Informe de evento SE 52 – INS, Casos Estimados WHO Global TB Report 2024

A nivel nacional, el 50% de las entidades territoriales (ET) del orden municipal presentaron una incidencia superior a la cifra nacional registrada para el 2024 (mapa 1), estableciendo la corte de riesgo por cuartiles: riesgo bajo (Menor a 22,89), riesgo medio (De 27,1 a 47,5) y riesgo alto (50,53 y más). Este análisis permitió establecer el riesgo a nivel departamental y distrital, identificando que 13 entidades territoriales están en riesgo alto (Tabla 4); estas entidades territoriales se caracterizan por una alta concentración de casos, y las de riesgo medio están en las zonas más dispersas del país. Por otra parte, se evidencia que, a pesar del riesgo, el número de casos es bajo y los indicadores de captación de casos presuntivos son bajos.

Las tasas más altas de incidencia se observan en Amazonas (81,1), Barranquilla D.E. (68,86) y Caquetá (65,6), y los de menor tasa fueron Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (12,09) y Sucre (10,7); si bien, esto refleja posibles desigualdades en la exposición

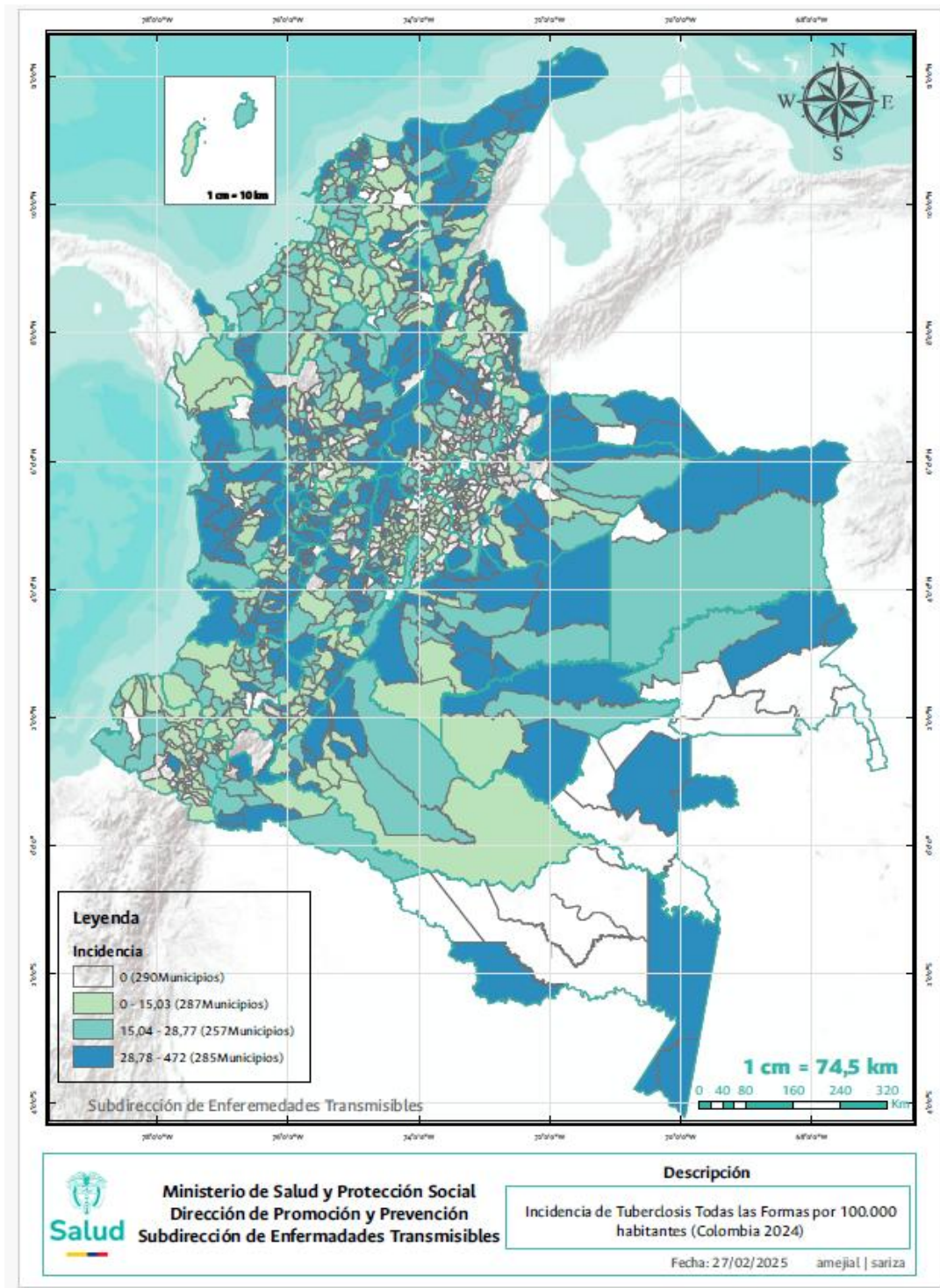
al riesgo, es importante correlacionar con las acciones de búsqueda, capacidad de diagnóstico, el acceso a servicios de salud y los denominadores de población. Por otra parte, algunos territorios como Vaupés (33,36) y Guainía (32,80) presentan tasas de incidencia moderadas, lo cual podría estar asociado a un limitado acceso a la detección debido a los aspectos geográficos, y otros aspectos como la falta de incorporación de métodos de diagnóstico molecular rápido. Esta heterogeneidad de la tasa de incidencia en las ET resalta la necesidad de implementar intervenciones focalizadas en regiones de alta incidencia tendientes a la prevención para cortar cadenas de transmisión, aumentar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento temprano.

Tabla 4. Número y porcentaje de casos nuevos y recaídas de tuberculosis y tasa de incidencia por 100.000 habitantes por entidad territorial 2024

Entidad Territorial	Casos Incidentes Nuevos +Recaídas		Tasa de Incidencia
Amazonas	69	81,1	Alta
Barranquilla	955	68,86	
Caquetá	278	65,6	
Risaralda	595	63,4	
Cali	1.502	62,31	
La Guajira	693	61,8	
Meta	689	60,7	
Antioquia	4.221	58,1	
Santa Marta	374	55,59	
Valle del Cauca	755	53	
Atlántico	564	51,6	
Quindío	285	51,1	
Buenaventura	130	50,6	
Santander	1.149	48,4	Moderada
Tolima	663	47,6	
Norte de Santander	818	46,9	
Cartagena de Indias	488	45,11	
Guainía	25	44,9	
Arauca	147	44,1	

Entidad Territorial	Casos Incidentes Nuevos +Recaídas		Tasa de Incidencia
Caldas	390	43,7	
Chocó	282	43,1	
Huila	516	41,2	
Guaviare	36	37,8	
Magdalena	169	35,3	
Cesar	497	34,8	
Vaupés	13	33,4	
Casanare	165	31,6	
Bolívar	261	31,4	
Putumayo	105	29,6	
Vichada	32	26,3	
Cauca	389	22,8	
Bogotá, D.C.	1.319	17,2	
Cundinamarca	579	15,8	
Córdoba	308	15,3	
Boyacá	201	14,6	
Nariño	207	12,3	
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	10	12,09	
Sucre	100	10,7	
Colombia	20.021	37,4	

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la TB 2024 preliminar, Notificación al SIVIGILA - INS
Proyecciones de población departamental por área con censo actualización post covid-19



Mapa 1. Mapa de la incidencia de la tuberculosis por municipios en Colombia, 2024p. Fuente: MSPS Programa Nacional de Prevención y Control de la TB 2024 preliminar – Notificación al SIVIGILA.

Con respecto a la mortalidad por TB en Colombia, este indicador muestra una tendencia a la reducción entre el año 2004 y 2010; sin embargo, a partir del año 2011 y hasta el 2019 se observó una tendencia al incremento. Posteriormente en el año 2020, ocurrió una disminución inusual de la tasa de mortalidad con 1,93 casos por cada 100.000 habitantes, posiblemente dado por la disminución en la detección de casos asociado a la pandemia; posteriormente, se retomó la tendencia del incremento de la mortalidad entre 2021 y 2023, con tasas de 2,22 y 2,53 casos por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Para 2023, se registraron paralelamente los mayores números de muertes y de tasa de mortalidad en el país desde el 2007; esta situación muestra un gran retroceso en el impacto de las acciones de control consecuente a la pandemia por COVID 19 (Figura 2). En los datos preliminares de defunciones no fatales ocurridas y reportadas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024 se habían reportado 1642 muertes, datos publicados el 31 de enero de 2024.

A nivel mundial, el comportamiento de la mortalidad por TB para el 2022 retomó la tendencia hacia la reducción con 1,4 millones de casos por cada 100.000 habitantes; mientras que, la región de las Américas fue la única con tendencia al incremento en este año.

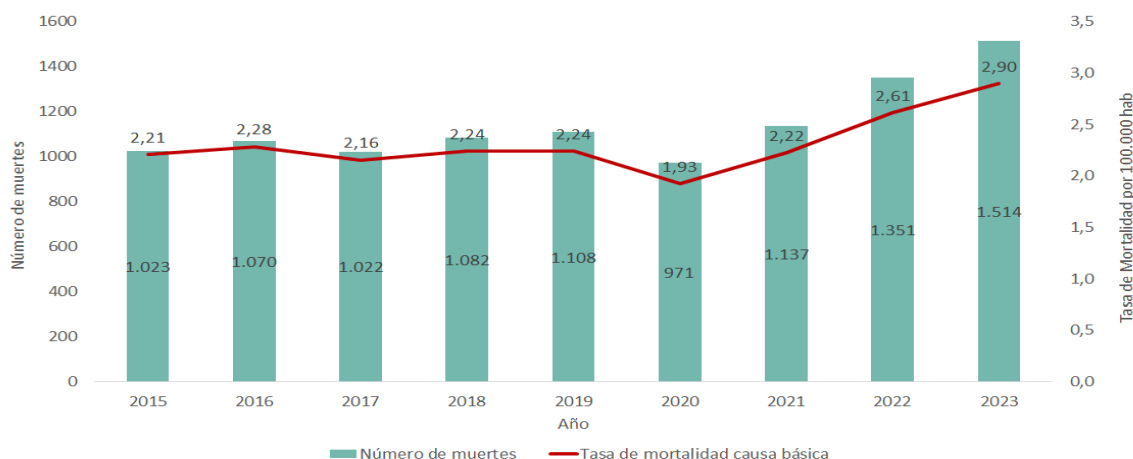


Figura 2. Comportamiento de la mortalidad por tuberculosis. Colombia, 2015 – 2023.

Fuente: Estadísticas Vitales DANE defunciones no fatales, Cifras del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023 *- Tasas ajustadas con proyecciones de población municipal por área con censo actualización post covid-19, actualizado en marzo de 2023.

Por otra parte, al desagregar por ET a la mortalidad por TB en el 2023 (figura 3), el 80% de las muertes se concentró en 16 departamentos y distritos; siendo los departamentos de Antioquia, Santander, Atlántico y los distritos de Bogotá y Santiago de Cali las ET con mayor número de fallecimientos. Por otra parte, al analizar las muertes en menores de 15 años, las entidades territoriales de Meta, Atlántico y Chocó registraron las mayores frecuencias. En

cuanto a la tasa de mortalidad, el mayor riesgo de morir a causa de la TB se presentó en Buenaventura D.E., Vaupés, Guaviare, Risaralda, La Guajira y Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Adicional a la incidencia y mortalidad, durante el 2023 se reportaron 687 casos de tuberculosis farmacorresistente, lo que representa una variación de incremento del 57,5% en comparación con 2022; de estos, el 51,5% fueron casos de TB MDR/RR y el 45,3% (n=311) monorresistencia o polirresistencia a isoniácida. Las ET que concentraron el 77% de casos fueron Antioquia (23.21%), Santiago de Cali (6.84%), Bogotá D.C (6,68%), Risaralda (6,52%), Santander (6,04%) Valle del Cauca (4,93%), Atlántico (4,45%), Barranquilla D.E (4,45%), Meta (4,13%), Tolima (3,97%), Norte de Santander (2,86%) y Cundinamarca (2,70%).

Respecto a la coinfección TB-VIH, en el país se registró un incremento de 12% en 2022 a 14% en 2023 (2.754 casos). Del total de casos coinfectados, más del 50% corresponden a casos con diagnóstico previo de VIH. Esta tendencia orienta a la necesidad de fortalecer el acceso, suministro y/o adherencia al TARV, identificación temprana de infección por TB y acceso a terapia preventiva. A nivel territorial, las ET que registraron un porcentaje de coinfección TB-VIH superior a la cifra nacional fueron Quindío, Tolima, Risaralda, Córdoba, Quindío, Antioquia, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y los distritos de Bogotá D.C., Cartagena y Barranquilla.

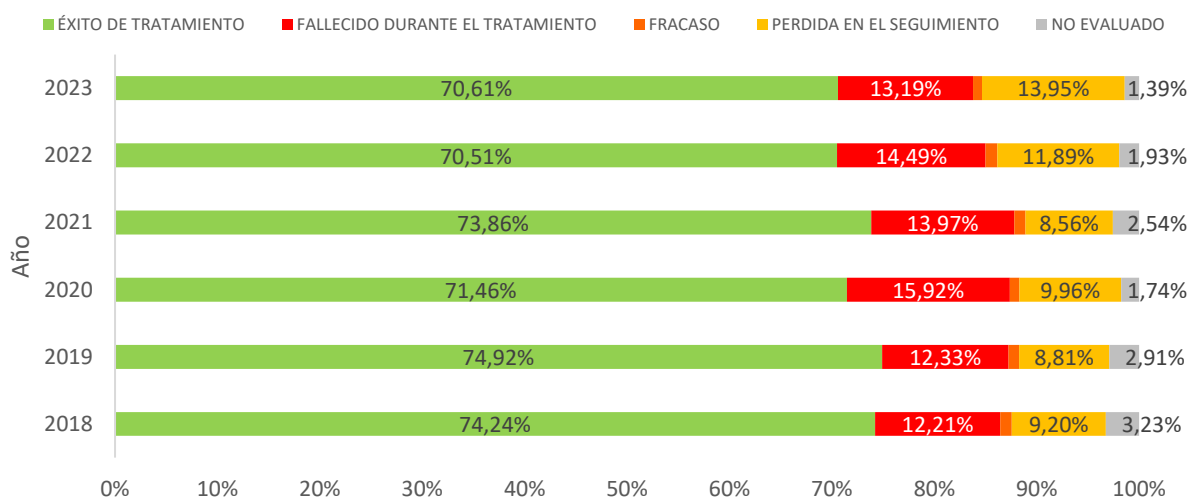


Figura 3. Resultados de los indicadores de seguimiento de casos incidentes. Colombia, 2018 – 2023. Fuente: Registro de casos de TB sensible 2018 -2023

Ahora bien, frente al indicador de seguimiento programático del éxito de tratamiento de las personas afectadas por TB, el cual mide la eficacia del tratamiento en los casos nuevos y recaídas incluyendo pulmonares y extrapulmonares; el indicador regional de las Américas se situó en el 72%, frente a la meta planteada por la OMS de un éxito mayor al 90% o más. Al analizar este indicador programático para Colombia en el año 2023 de forma preliminar se observó un éxito de tratamiento para el total de la cohorte, con un 62% entre casos nuevos y recaídas; resaltando tres entidades sobre el 80% Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina., Magdalena y Nariño (Figura 4).

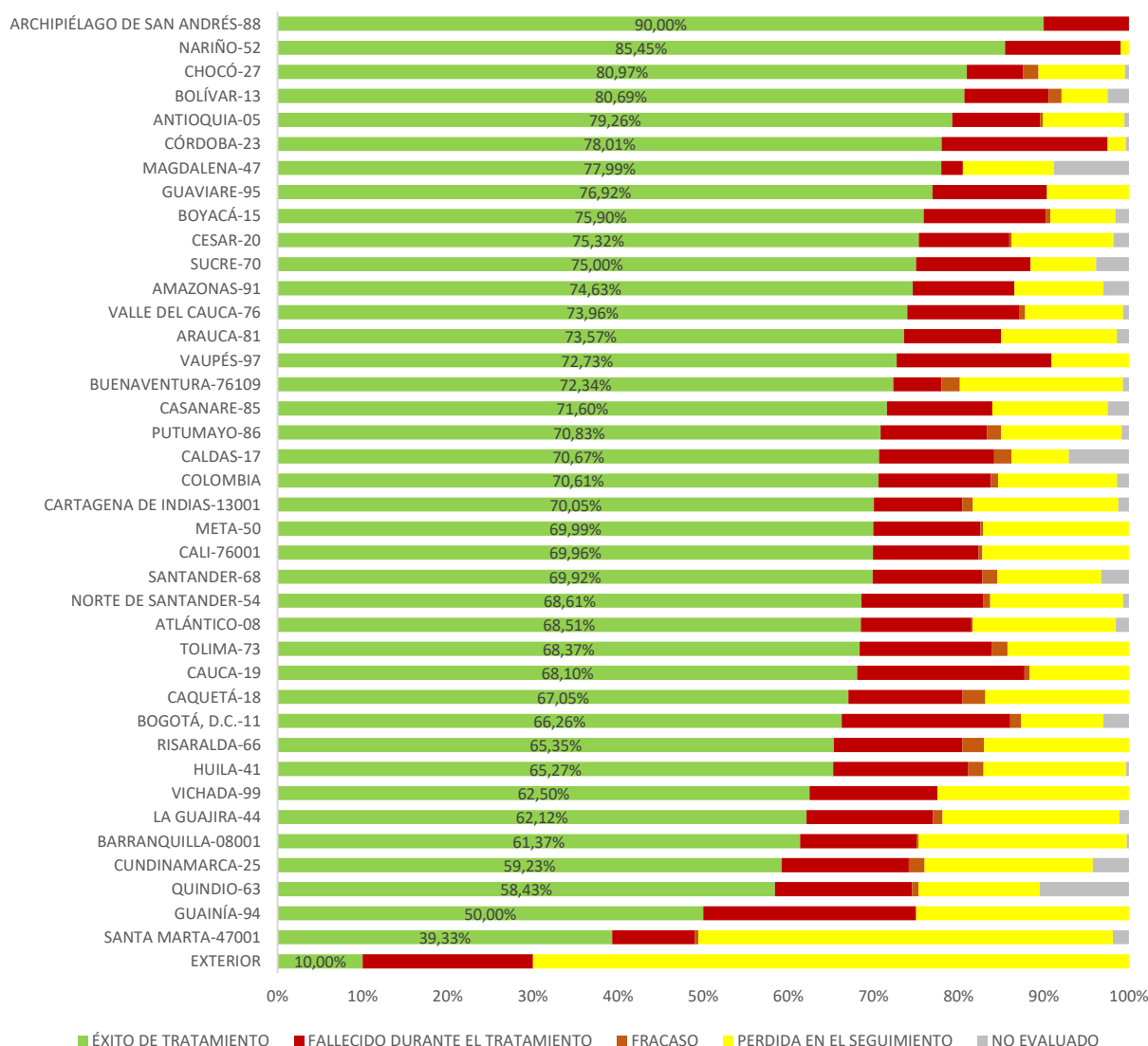


Figura 4. Resultado de los indicadores de seguimiento casos de incidentes por entidad territorial. Colombia, 2023. Fuente: Registro de casos de TB sensible 2018 -2023

En cuanto a los resultados del tratamiento, al hacer un análisis de cohorte retrospectiva desde 2011 hasta 2022 (Figura 5), de los casos de tuberculosis MDR/RR en el país, para el 2022 el éxito de tratamiento fue de 55,1% en comparación con el 62% de la Región de las Américas. Hasta esta fecha el 96% de los casos recibían esquemas largos de 18-20 meses de duración.

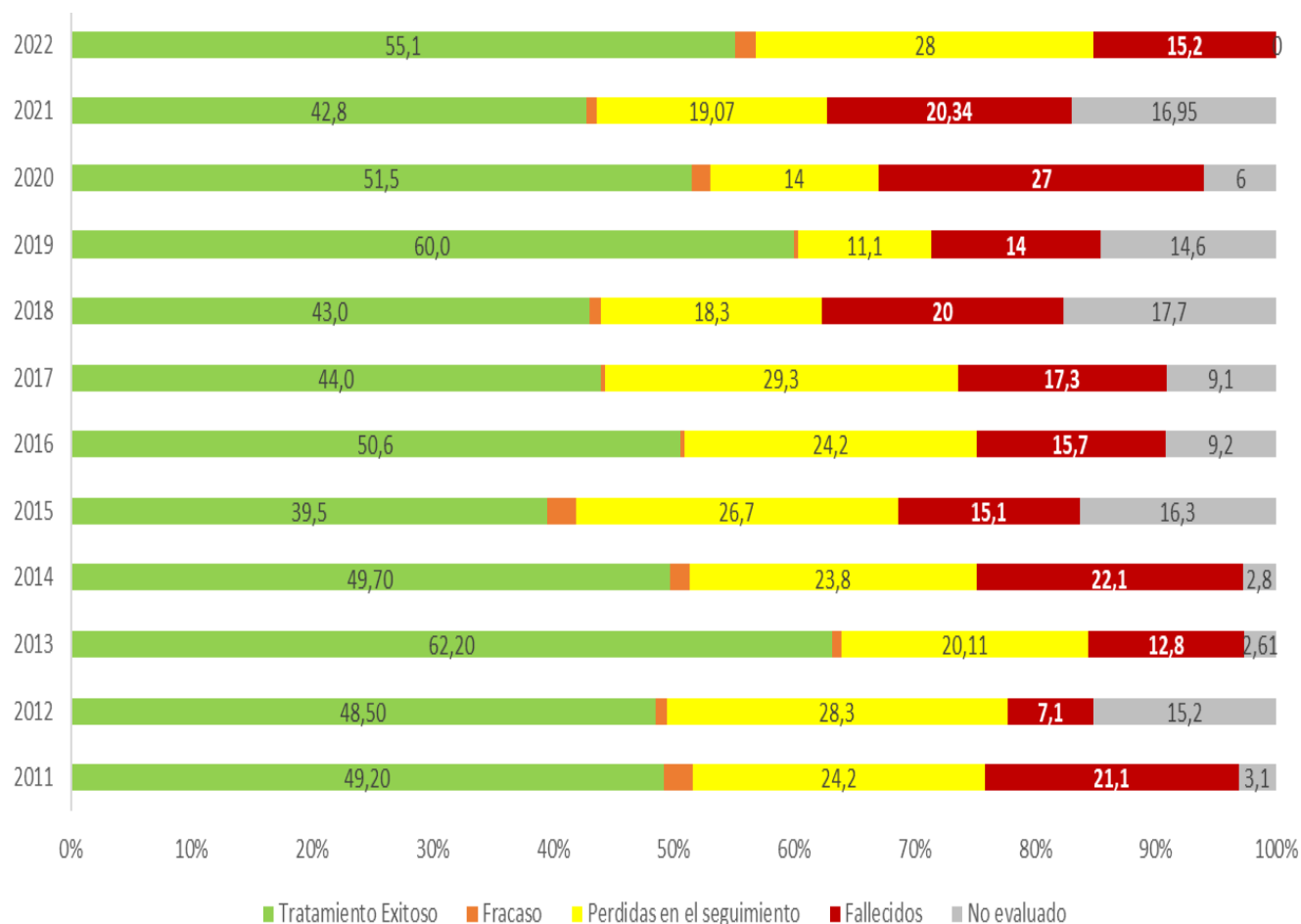


Figura 5. Resultado de los indicadores de seguimiento de casos de TB MDR/RR. Colombia, 2011 - 2022. Fuente: Registro de casos de TB sensible 2011 - 2022

Diferentes factores de riesgo/comorbilidades han sido asociados a la TB, entre ellos, la falta de acceso a servicios de salud, limitaciones en el sistema de salud para obtener medidas de prevención eficaces, un diagnóstico y tratamiento oportunos. Condiciones de vida que favorecen la transmisión como el hacinamiento, ventilación deficiente, pobreza y desnutrición. Así mismo, otros factores atribuibles como el alcoholismo, la desnutrición, la

infección por el VIH, el tabaquismo, el consumo de sustancias psicoactiva y la diabetes (Tabla 5) (12).

Tabla 5. Estimaciones globales del número de casos de TB atribuibles a los factores de riesgo para 2020

Factor de riesgo	Riesgo relativo (intervalo de incertidumbre)		Expuestos (millones)	Porcentaje de Población atribuible (%)	Casos de TB atribuible (millones, intervalo de incertidumbre)	
Trastornos por el consumo de alcohol	3,3	(2,1–5,2)	291	8,1	0,74	(0,31–1,3)
Diabetes	1,5	(1,3–1,8)	496	3,1	0,37	(0,15–0,68)
Infección por VIH	18	(15–21)	38	7,6	0,74	(0,65–0,83)
Tabaquismo	1,6	(1,2–2,1)	1.050	7,1	0,73	(0,25–1,5)
Desnutrición	3,2	(3,1–3,3)	637	19	1,9	(1,3–2,6)

Fuente: Global tuberculosis report 2021 (8).

Los factores de riesgo y comorbilidades asociadas a la tuberculosis a nivel mundial son igualmente frecuentes en Colombia con algunas variaciones puntuales. De los factores descritos en la Tabla 6, la alta frecuencia y asociación de desnutrición 16,5 % (14,5%-20%; 1,1 IC 1,03-1,08) y VIH 11,5% (11,5%-10,1%; 1,0 IC 0,98-1,02) muestran mayor asociación con tuberculosis en los casos de TB, lo que sugiere que son factores de riesgo importantes y deben ser priorizados en estrategias de prevención.

Tabla 6. Número y porcentaje de casos de TB con comorbilidades asociadas. Colombia, 2019 -2024*

Comorbilidades	2019		2020		2021		2022		2023		2024*	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Desnutrición	2152	14,7	1755	14,5	2202	16,3	2752	15,6	3451	18,1	4326	20
VIH	1617	11	1560	12,9	1542	11,4	2153	12,2	2134	11,2	2189	10,1
Consumidor SPA	466	3,2	556	4,6	767	5,7	1335	7,6	1663	8,7	2005	9,3
Alcoholismo	12	0,1	47	0,4	152	1,1	311	1,8	166	0,9	177	0,8
Diabetes	1331	9,1	1031	8,5	1399	10,4	1639	9,3	1654	8,7	1999	9,3

Comorbilidades	2019		2020		2021		2022		2023		2024*	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
EPOC	756	5,2	791	6,5	489	3,6	953	5,4	1179	6,2	1806	8,4
Tabaquismo	24	0,2	227	1,9	423	3,1	819	4,6	872	4,6	951	4,4
Enfermedad renal crónica	452	3,1	382	3,2	494	3,7	572	3,2	654	3,4	894	4,1
Cáncer	384	2,6	327	2,7	385	2,9	517	2,9	662	3,5	772	3,6
Enfermedad autoinmune	25	0,2	113	0,9	112	0,8	188	1,1	258	1,4	358	1,7
Enfermedad hepática	97	0,7	76	0,6	116	0,9	124	0,7	148	0,8	132	0,6
Silicosis	53	0,4	54	0,4	48	0,4	75	0,4	72	0,4	37	0,2

Fuente: Informe de evento 2023 (SIVIGILA 2019-2023) (13)– Registro de casos de TB 2019-2023.

*Los porcentajes son calculados con el total de casos notificados, las comorbilidades no suman el 100 % porque un caso puede presentar más de una comorbilidad.

En el estudio de Bernal y colaboradores, relacionado con el análisis de los determinantes sociales y la meta de TB en los ODS en las Américas, se relacionó la incidencia de TB y el Índice de Desarrollo Humano (IDH), los resultados muestran una asociación negativa ($P < 0,0001$), lo que indica que países con IDH más altos tienden a tener incidencias de TB más bajas y la asociación entre la incidencia de TB y el PIB es estadísticamente significativa y negativa ($P = 0,0369$). La fuerza de la asociación es de $-0,461$ (IC95%: $-0,681 - -0,188$), lo que demuestra una asociación un poco más débil que la obtenida con el IDH (14).

En el informe nacional sobre desarrollo humano de 2024, mostró que Colombia avanza en su IDH pero no converge; mientras que, a nivel mundial hay una convergencia en las capacidades básicas (ingreso, salud, educación) y una divergencia en las capacidades aumentadas (calidad de salud y educación, acceso a tecnologías y mecanismos de resiliencia ante crisis desconocidas). Asimismo, ha presentado un crecimiento del 11,9% en el IDH desde el inicio del siglo, una mejora 1,1 veces superior a la observada en el grupo de países que son referentes en América Latina (Brasil, Argentina, México, Chile y Perú). Este dato es relevante para el país, ya que indica que las políticas públicas avanzan correctamente (15).

Sin embargo, la tendencia positiva del IDH se vio interrumpida en 2020-2021, cuando se registró un retroceso debido al impacto de la pandemia, fenómeno global. Aunque se ha observado una tendencia favorable, el país aún no ha logrado recuperar completamente el nivel alcanzado en 2019; a nivel territorial se precisa una tendencia positiva en el mismo periodo, pero con dinámicas de IDH diversas y desiguales que se entrelazan y refuerzan entre sí, la diferencia entre el territorio con el IDH más alto (Bogotá) y el departamento con el IDH más bajo (Guainía) se amplió entre 2010 y 2022 (0.25 puntos). Esta situación muestra el comportamiento de las enfermedades transmisibles y de la tuberculosis con una relación de riesgo directamente proporcional(15).

Otros estudios han demostrado cómo influyen los determinantes sociales de la salud (DSS) en la TB, entre ellos la pobreza, el hacinamiento, la falta de alimentos y la contaminación ambiental (16) (17), y cómo estos DSS también influyen barreras de acceso al diagnóstico (18). Otros estudios demuestran cómo la inequidad y el estigma son DSS de la TB y orienta hacia la implementación de intervenciones para reducir el estigma y las mediciones de la eficacia se beneficiarían de una base teórica más sólida en relación con el estigma de la tuberculosis en relación y la intersección entre los determinantes sociales y estructurales de la salud (19) (20).

b. Situación de los enfoques de eliminación: curso de vida, derechos humanos, género y población vulnerable.

La TB es más frecuente en hombres que en mujeres, con una razón hombre: mujer promedio de 1,9:1, llegando a ser de 2:1 en 2024 (Tabla 7). Así mismo, los hombres tienden a presentar formas más severas de tuberculosis pulmonar, mientras que las mujeres pueden tener una mayor prevalencia de tuberculosis extrapulmonar. A la fecha, no se tienen datos concretos por identidad de género y es un reto para evaluar el impacto de la TB en otros grupos poblacionales, esta variable actualmente está integrada en el sistema de vigilancia. Ahora bien, al analizar por grupo de edad (Tabla 7), la TB ocurre con mayor frecuencia en el grupo de adultez (25 a 59 años), seguido por el grupo de vejez (60 y más años) y adulto joven (18 a 28 años). La proporción de la enfermedad en los menores de 18 años mostró un incremento desde 2022.

Tabla 7. Comportamiento de variables de sexo y edad. Colombia, 2018 - 2024

Categoría		Número de casos por año						
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		13766	14634	12099	13496	17616	20300	21584
Sexo	Hombres	9129	9519	7966	8984	11635	13424	14513
	Mujeres	4637	5115	4133	4512	5981	6876	7071
	Tasa de Incidencia Hombres	38,7	39,5	32,3	36	46,1	52,7	56,4
	Tasa de Incidencia Mujeres	18,78	20,24	16	17,25	22,61	25,72	26,21
	Razón Hombre: Mujer	2,0:1	1,8:1	1,9:1	2:01	1,9:1	1,9:1	2,0:1
Ciclo Vital (edad en años)	0 a 5	220	170	122	171	297	342,3	303
	6 a 11	108	106	96	79	128	147,5	187
	12 a 17	378	427	354	335	530	610,8	638
	18 a 28	3085	3242	2959	3239	3727	4295	4745
	29 a 59	6329	6768	5526	6426	8099	9333	9866
	60 y más	3646	3921	3042	3246	4835	5572	5845

Fuente: Consolidado nacional de Registro de pacientes de tuberculosis sensible 2016-2023

En cuanto a la pertenencia étnica, el análisis revela que en promedio el 10% de la población de personas con TB se autorreconoce como parte de un grupo étnico. La población indígena presenta la mayor frecuencia de casos según enfoque étnico, con un promedio del 5,1% (rango: 3,9% – 6,5%) entre 2018 – 2024. Los pueblos indígenas con mayor número de casos incluyen principalmente a los Wayuu, Emberá, Nasa-Páez, Emberá Katío, Emberá-Chamí,

Barí, Sikuani, Tikuna, Awa, Arahua, Kogui, U'wa y Tunebo, entre otros, con menor frecuencia.

Por su parte, las personas de los grupos étnicos negro, mulato y afrocolombiano representaron en promedio el 4,1% (rango: 3,6% – 5,0%) durante el periodo analizado. Por su parte, los grupos étnicos Raizal y Rrom (Gitano) registraron promedios inferiores al 1%. Es importante señalar que a nivel programático en el país se evalúan grupos poblacionales en los cuales se observa un comportamiento variable y de riesgo. Entre los más frecuentes se registra el grupo de población privada de la libertad y carcelaria con un promedio de 7,6% (10,3% - 7,6%), seguido de la población de personas en situación de calle y población migrante. Adicionalmente, el grupo de madres comunitarias, población infantil a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y fuerzas militares registran un menor porcentaje de casos (Tabla 8). De acuerdo con el área, la población rural y rural dispersa establece baja frecuencia, con mayor riesgo de la población expuesta.

Tabla 8. Comportamiento de grupos poblacionales de riesgo. Colombia, 2018 - 2024

Grupo Poblacional	Número de casos por año													
	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Privados de la libertad	1004	7,3	962	6,6	824	6,8	1394	10,3	1270	7,2	1483	7,3	1724	8
Habitante de Calle	593	4,3	499	3,4	479	4	430	3,2	566	3,2	747	3,7	719	3.3
Migrantes	249	1,8	668	4,6	704	5,8	785	5,8	1076	6,1	1087	5,4	1409	6.5
LGBTIQ+	SD	SD	SD	SD	SD	SD	4	0	37	0,2	73	0,4	134	0.6
Trabajadores de la Salud	302	2,2	313	2,1	248	2	224	1,7	261	1,5	241	1,2	312	1.4
Personas con discapacidad	67	0,5	112	0,8	118	1	59	0,4	101	0,6	108	0,5	129	0.6
Gestantes	12	0,1	26	0,2	20	0,2	26	0,2	26	0,1	33	0,2	23	0.1
Centros psiquiátricos	6	0	22	0,2	5	0	5	0	10	0,1	15	0,1	15	0.1
Desmovilizados	3	0	1	0	1	0	1	0	3	0	4	0	5	0.02

Grupo Poblacional	Número de casos por año													
	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Desplazados	81	0,6	81	0,6	67	0,6	73	0,5	82	0,5	72	0,4	70	0.3
Víctimas de conflicto armado	12	0,1	6	0	10	0,1	3	0	21	0,1	23	0,1	27	0.1
Madres Comunitarias	3	0	2	0	3	0	2	0	1	0	1	0	2	0,009
Población Infantil a cargo ICBF	11	0,1	6	0	7	0,1	10	0,1	10	0,1	6	0	4	0.01
Fuerzas Militares-policía	9	0,1	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	8	0.04

Fuente: Condensado nacional de Registro de pacientes de tuberculosis sensible 2016-2023 -SIVIGILA

Al revisar comparativos mundiales, en el artículo *Carga de tuberculosis entre las poblaciones vulnerables en todo el mundo: una visión general de las revisiones sistemáticas* (21), se definen las poblaciones vulnerables como aquellas que simultáneamente ocupan posiciones o contextos socioeconómicos desfavorecidos o marginados, tienen un mayor riesgo de tuberculosis y tienen barreras para una atención antituberculosa adecuada y de calidad, como no ser conscientes, no poder o no querer buscar atención para el tratamiento de la TB y completar el tratamiento respectivo. Se diferencian las poblaciones vulnerables de las poblaciones en riesgo o clave, que son grupos que comparten un factor de riesgo común o una exposición al riesgo o que son cohortes de importancia sobre la base de consideraciones epidemiológicas o de control de la tuberculosis, pero que no necesariamente carecen de poder o enfrentan barreras estructurales para acceder a los servicios de salud.

Son las prácticas y la experiencia vivida de las propias poblaciones vulnerables en el macroentorno lo que permite que estos grupos tengan un mayor riesgo de TB, lo que a su vez se asocia con diagnósticos más tardíos, menor adherencia al tratamiento y, en última instancia, peores resultados de salud. Se concluye, sobre la base de estimaciones agrupadas, que las tasas de prevalencia fueron a menudo superiores a 25 entre las personas sin hogar,

poblaciones encarceladas, refugiados, solicitantes de asilo y personas que viven con el VIH en comparación con la población general (21), situación muy similar al comportamiento y concentración de casos en Colombia.

c. Situación actual de las líneas de acción para la eliminación

En concordancia con los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud 2022 – 2031 y el Plan Estratégico Hacia el Fin de la tuberculosis 2016 – 2025, se describe a continuación la situación de las líneas de acción bajo el enfoque transversal para el cumplimiento de los objetivos programáticos de la tuberculosis a la luz de la pre-eliminación y eliminación de la tuberculosis.

i. Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios

Con el objeto de fortalecer, asegurar y garantizar el acceso a servicios de salud integrales para la promoción, gestión del riesgo individual y colectivo, diagnóstico y tratamiento, en la actualidad se cuenta con actividades integradas en el plan de beneficios; en el cual se actualiza anualmente procedimientos, medicamentos y actividades; las cuales están incluidas en los lineamientos técnico-programáticos a través de la Resolución 227 de 2020 que actualmente está en proceso de actualización; así mismo, los protocolos de vigilancia en salud pública, la guía para vigilancia de micobacterias y la Red Nacional de Gestión de Conocimiento, Investigación e Innovación en Tuberculosis (RED TB Colombia) que se articulan entre sí para dar línea frente a la integración del sistema y la prestación de servicios de salud para la atención integral de tuberculosis.

En la actualidad frente a los retos propuestos en la 154a reunión de los Estados Miembros de la OMS, en la cual se adoptó una nueva declaración política durante la segunda reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la lucha contra la tuberculosis en la que adquirieron los compromisos de ampliar de manera significativa los servicios relacionados con la enfermedad, impulsar la inversión, promover los derechos humanos y acelerar la investigación y la innovación.

Para cumplir con los compromisos y metas propuestas, el país necesita ampliar la red de diagnóstico, garantizando cobertura nacional y acceso universal a pruebas moleculares. Actualmente, se encuentra en un proceso de transición para retirar la baciloscopia como método diagnóstico inicial. En este contexto, ya existe una red de laboratorios con acceso a pruebas moleculares en 22 departamentos y cinco distritos. Sin embargo, es necesario

aumentar la disponibilidad de equipos para avanzar en esta meta en la totalidad del territorio nacional, determinando una distribución territorial estratégica, así como la incorporación de tecnologías en el punto de atención (POCT, por sus siglas en inglés) entre otras que permitan estructurar una red de diagnóstico molecular robusta, garantizando calidad y oportunidad en la atención. Así mismo, establecer un proceso de regularización de costos y tarifas de estas pruebas. Estas acciones buscan mejorar el acceso a los algoritmos de tamizaje sistemático y diagnóstico, especialmente en poblaciones ubicadas en zonas dispersas, de difícil acceso, pueblos indígenas y territorios con alta carga y riesgo de TB en el marco de la implementación de pruebas de diagnóstico rápido para el acceso universal.

Las nuevas directrices sobre tamizaje sistemático de tuberculosis actualmente están en proceso de actualización en los lineamientos nacionales; estos promueven un enfoque integral que combina la evaluación clínica, métodos de diagnóstico molecular y radiología digital con Detección Asistida por Computadora (DAC). La radiografía de tórax, ampliamente utilizada en la evaluación clínica de la tuberculosis, presenta limitaciones debido a la variabilidad en su interpretación y la escasez de radiólogos capacitados en muchos entornos.

En respuesta a esta necesidad, han surgido programas de DAC que automatizan la lectura de imágenes digitales y generan una puntuación que indica la probabilidad de TB. Recientemente, la OMS ha emitido una política oficial sobre el uso de estos sistemas para el cribado de la enfermedad. Aunque el desempeño de estas tecnologías varía según el contexto, su precisión diagnóstica ha demostrado ser comparable a la interpretación humana, tanto en tamizaje como en triaje. Esto sugiere que, con ajustes adecuados, pueden ser una herramienta valiosa para ampliar el acceso al diagnóstico oportuno (22),(23); actualmente, solo en dos departamentos y un distrito (dos IPS y una ONG) se cuenta con esta tecnología.

La innovación tecnológica en puntos de atención es una alternativa para lograr llegar a las comunidades con mayor vulnerabilidad, se plantea su integración en las ESE y Equipos Básicos de Salud (EBS) y un sistema de gestión de muestras para el diagnóstico molecular y la vigilancia de la resistencia. Por lo que actualmente, se avanza en ampliar la cobertura para el diagnóstico de infección tuberculosa latente (ITBL) fortaleciendo la red de facilitadores y entrenamiento para aplicación y lectura de prueba de tuberculina y/o integración de Ensayo de Liberación de Interferón Gamma (IGRA, por sus siglas en inglés) que en algunas regiones por la dispersión rural y limitaciones para garantizar la lectura de una prueba cutánea son una alternativa.

Por otro lado, la compra centralizada de medicamentos responde a la demanda estimada de casos para lograr el acceso universal a más del 90% de los casos de TB sensible y resistente, con esquemas cortos 100% orales. Así mismo, avanzar al tratamiento preventivo para

tuberculosis con esquemas cortos que actualmente se usan principalmente para las personas que viven con VIH/SIDA (PPVS).

Otros aspectos, objeto de fortalecimiento, corresponden a la prevención terciaria mediante la atención de la rehabilitación pulmonar post-tratamiento, que es limitada y no cuenta con lineamiento técnico específico actualmente. En su conjunto, las implementaciones anteriores permitirán mejorar los indicadores del país asociados al acceso universal a la detección por test rápidos, el inicio de un esquema de tratamiento oportuno y la curación de casos de tuberculosis. Ahora bien, en cuanto a la operatividad, seguimiento y asistencia técnica permanente para fortalecer el estudio de contactos con tamizaje sistemático y tratamiento preventivo, es actualmente una prioridad nacional en las acciones programáticas que requieren continuidad ininterrumpida de las acciones.

Por otra parte, la vacunación con BCG no logra coberturas útiles a nivel nacional con cifras por debajo del 90% (cobertura en 2024: 85,32) (24) y sigue siendo la única aprobada para la prevención de formas graves y diseminadas de la TB, pero su eficacia es limitada en adultos. Es así que el desarrollo de nuevas vacunas es clave para lograr los objetivos de la estrategia “Fin de la TB”, se requiere una vacuna preventiva con mayor eficiencia, se cuenta con ensayos clínicos en fase III, incluyendo la M72/AS01E, que ha mostrado una eficacia del 50% en prevenir TB activa en personas infectadas. Ante estos avances, el país tiene en su planeación integrarla en su plan de vacunación, una vez se cuente con las recomendaciones y revisión de evidencia de la OMS, Comité Asesor Nacional de TB y Plan Ampliado de Vacunación (PAI).

El programa de prevención y control de tuberculosis de cada territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social, realiza asistencias técnicas y generación de capacidades a los actores del sistema responsables de la atención integral en salud e intervenciones colectivas. En adición, el fortalecimiento de la *red ENGAGE TB*, de líderes comunitarios voluntarios y organizaciones de la sociedad civil integrados a las acciones de detección y acompañamiento en el tratamiento pueden apoyar el mejoramiento de los desenlaces clínicos y programáticos.

ii. Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia e información sanitaria

El acceso a la información y los datos de salud pública deben propender a ser estandarizados, estar disponibles en tiempo real y ser altamente sensibles y confiables. Con relación al plan nacional se cuenta con los sistemas de información:

- Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
- Aplicativo PAI-WEB

- Transferencia segura de archivos a través de FTPS es el mecanismo para envío de bases de datos en Excel de forma trimestral.

En la operatividad del programa, se utiliza la información proveniente del sistema de vigilancia del Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA, en el cual se integra el evento de notificación obligatoria 813 Tuberculosis sensible y resistente. Este es el punto inicial para el monitoreo de comportamientos inusuales, la articulación entre los responsables de vigilancia y el programa para abordar y desarrollar actividades de prevención y control.

A nivel de programa, se registran y se realiza el seguimiento del 100% de casos diagnosticados, por lo que se mantiene la triangulación de la información entre el programa, vigilancia y laboratorio. Sin embargo, se reconoce la relevancia nacional para fortalecer la información para la acción a través de un sistema de información en línea, interoperable que permita generar visualizadores para la caracterización de los casos y avance de las metas en los territorios.

iii. Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud

En la actualidad se desarrollan acciones orientadas al fortalecimiento de los DSS relacionados con la transmisión de la TB en poblaciones con riesgo y vulnerabilidad como es la población privada de la libertad, para esta población se trabaja articuladamente con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los responsables de la atención en salud; estas problemáticas se integran a las propuestas de la mesa de CISP, con la necesidad de lograr aspectos estructurales para reducir la trasmisión y condiciones dignas de aislamiento, protección, aspectos que el sector salud tiene limitado accionar.

La integración con promoción social para establecer estrategias que integren intersectorialmente las condiciones sociales de la población en condición de calle, por ser el segundo grupo de mayor riesgo y vulnerabilidad. Así mismo, la desnutrición, pobreza, pobreza extrema y pobreza multidimensional requiere que la enfermedad sea priorizada a nivel nacional, por lo que se trabaja con sociedad civil para dar respuesta normativa desde la aprobación de una ley para la atención integral, asistencia y protección social a las personas afectadas por TB y sus familias con avance a tercer debate en el Senado de la república. Por otra parte, con la incorporación del Plan Nacional de Salud Rural, se proyecta integrar las estrategias de diagnóstico en puntos de atención en las ESE y con los Equipos Básicos de Salud, con el objetivo de reducir brechas y barreras de acceso asociadas a los limitantes geográficos.

El trabajo interprogramático, intersectorial y transectorial es una estrategia clave para abordar los DSS, integrar acciones y fortalecer el control de la transmisión de la tuberculosis. Esta articulación permite mejorar la adherencia al tratamiento, empoderar a las personas afectadas, a sus comunidades, sociedad civil y organizaciones para promover el liderazgo local. Asimismo, facilita el desarrollo de rutas integradas para la detección oportuna de casos en poblaciones con enfoque étnico-cultural, en situación de riesgo o vulnerabilidad.

iv. Fortalecimiento de la gobernanza, la administración y las finanzas

Se adopta y promueve el enfoque de “salud en todas las políticas” dentro de los ámbitos de gobernanza, rectoría y financiamiento liderados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de facilitar los procesos para acelerar la eliminación de la tuberculosis. El programa cuenta con recursos de transferencia nacional destinados a la gestión, promoción, prevención y la investigación operativa de la TB. Asimismo, cada Entidad Territorial (ET) forma parte activa de la respuesta para poner fin a la enfermedad, desarrollando un plan de acción en salud orientado a la sostenibilidad de las intervenciones basadas en resultados, financiado tanto con recursos locales como con las transferencias nacionales asignadas.

Se realiza un seguimiento trimestral de la ejecución técnico-financiera que permita el logro de las metas de producto y resultado establecidas. Sin embargo, el porcentaje de ejecución en promedio es del 70% (20-100%) y el cierre financiero tiene procesos incompletos de vigencias anteriores.

A nivel nacional, el programa cuenta con un profesional especializado encargado de la gestión operativa y documental, el seguimiento técnico, la atención de alertas, la asistencia técnica y la supervisión de la ejecución de recursos, articulando el componente técnico con el financiero. Además, lidera la implementación de acciones en líneas estratégicas como la coinfección TB/VIH, la tuberculosis farmacorresistente, la TB infantil, el tratamiento preventivo y la articulación interprogramática e intersectorial para poblaciones vulnerables, así como el impulso de la investigación operativa.

En cuanto al sistema de información, se dispone de un profesional responsable de su administración y fortalecimiento. No obstante, se requiere conformar un equipo técnico multidisciplinario que permita abordar las entidades territoriales por regiones, con el fin de fortalecer la asistencia técnica, el desarrollo de capacidades, la oportunidad en la respuesta y la gestión gerencial del programa.

En el ámbito territorial, la contratación de talento humano presenta demoras significativas, lo que se traduce en una disponibilidad promedio de entre 6 y 10 meses al año, afectando la



continuidad de las acciones programáticas. Esta situación limita el desarrollo sostenido de actividades clave como el estudio de contactos, el seguimiento de casos, el fortalecimiento de capacidades y otras intervenciones esenciales para acelerar la eliminación de la tuberculosis.

7. Hitos, seguimiento y evaluación

Tabla 9. Hitos epidemiológicos

Hito	Indicador	Nivel de la información	Fuente de información	Frecuencia recolección de datos	Línea base (2023)	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Reducir en 35% la tasa de incidencia (<24,2/100.000)	Porcentaje de reducción acumulado de la tasa de incidencia TB por todas las formas	Nacional	Programa Nacional de PCTB	Anual	0	0	0	0,1	5,7	13,6	23,9	35,0
	Número de casos nuevos y recaídas de TB todas las formas		Programa Nacional de PCTB	Anual	37,2	38,6	38,9	37,2	35,1	32,2	28,3	24,2
	% de municipios que cambian de escenario		Programa Nacional de PCTB	Anual	0	5%	10%	15%	20%	25%	30	35%
Reducir en 50% la tasa de mortalidad por tuberculosis	Tasa de mortalidad por TB	Subnacional	Defunciones DANE	Anual	2,9	0%	5%	10%	20%	30%	40%	50%
	Número de muertes		Defunciones DANE	Anual	1514	1514	1438	1363	1211	1060	908	757

Tabla 10. Hitos de gestión

Hito	Indicador	Nivel de la información	Fuente de información	Frecuencia recolección de datos	Línea base 2023	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Eficiencia técnica y financiera de ejecución de recursos de transferencias nacionales de TB (Recursos condicionados a resultados)	Ponderado de indicadores técnicos superior al 80%	Nacional	PNPCTB	trimestral	55% 2024	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%
	Porcentaje de ejecución financiera superior al 80%	Territorial con asignación de transferencias nacionales	Informes de cierre de TN	trimestral	39% 2023	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
Implementación de acciones integradas para mejorar el acceso al diagnóstico oportuno, la prevención y el sistema de información de la tuberculosis mediante innovación tecnológica institucional o en puntos de atención	Entidades territoriales que reportan el uso de innovación tecnológica para la adopción de algoritmos de tamizaje y diagnóstico oportuno	Nacional Subnacional	PNCTB - LSPD LNR INS	Anual	2,27%	2,27%	30%	60%	80%	90%	100%	100%
	Número de Equipos básicos implementando pruebas en punto de atención	Nacional Subnacional	Gestión PCTB LNR INS	Anual	0	0	20	20	10	0	0	0
	Porcentaje de avance en el desarrollo del sistema de información en tiempo real	Nacional	PCTB	Anual	Nominal Excel	5%	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Reducir en 50% los hogares afectados por costos catastróficos	Porcentaje de hogares afectados por Costos	Nacional Subnacional	Encuesta Nacional	Quinquenal	51% 2021							25%

Hito	Indicador	Nivel de la información	Fuente de información	Frecuencia recolección de datos	Línea base 2023	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
causados por la tuberculosis a los afectados y sus familias, respecto a la línea de base	catastróficos causados por la tuberculosis											
	Porcentaje de Cobertura de programas sociales en los afectados por TB sensible, resistente, latente priorizados	Nacional Subnacional	PNCTB	Anual	Sin línea	5%	10%	15%	25%	35%	45%	50%
	Número de Entidades Territoriales con comité intersectorial de determinantes sociales que incluye la TB	Nacional	Actos administrativos de creación del comité departamental	Anual	1	2	10	20	30	44	44	44
A 2031 Red TB Colombia contará con 80% de las ET activas en el desarrollo de investigación operativa para la toma decisiones	% de entidades territoriales que desarrollan investigación operativa para generar evidencia que soporte la toma de decisiones	Nacional y Subnacional	Repositorio de investigaciones de la Red TB Colombia	Anual	10%	15%	30%	45%	55%	60%	75%	80%

Tabla 11. Hitos de atención en salud

HITO	INDICADOR	Nivel de la información	Fuente de información	Frecuencia recolección de datos	Línea base	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Incrementar al 100% la cobertura de personas con TB presuntiva que se sometieron a una prueba molecular rápida inicial	Porcentaje de casos de TB presuntiva con prueba molecular inicial realizada	Nacional y Subnacional	Registro de casos presuntivos (SR) de TB	Anual retrospectivo	30%	45%	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Incrementar al 100% las personas diagnosticadas con tuberculosis que se sometieron inicialmente a una prueba rápida	Porcentaje de personas con TB con prueba molecular realizada	Nacional y Subnacional	Registro de casos de TB	Anual	75%	85%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
Tratar 95% y más de casos de TB sensible, latente y resistente	Porcentaje de cobertura de tratamiento nacional y subnacional.	Nacional y Subnacional	Registro de casos de TB Sensible, resistente, latente	Anual	78%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
90% y más casos con resultados de pruebas moleculares emitidos en 48 horas tras la recolección de la muestra	Porcentaje de resultados de pruebas moleculares emitidos en 48 horas tras la recolección de la muestra	Nacional y Subnacional	Registro de casos de TB	Anual	Sin establecer	SD	60%	70%	80%	90%	95%	98%

HITO	INDICADOR	Nivel de la información	Fuente de información	Frecuencia recolección de datos	Línea base	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Aumentar al 95% el tratamiento exitoso	Porcentaje de tratamiento exitoso	Nacional y Subnacional	Registro de casos de TB	Anual	68%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
Cobertura del tratamiento preventivo contra la tuberculosis del 90% Casos elegibles, Contactos	Porcentaje de cobertura de estudio de contactos TB Sensible – TB Resistente	Nacional y Subnacional	Registro de contactos PNCTB	Trimestral	50%	60%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
			SIVIGILA modulo de contactos									
VIH, Riesgo	Porcentaje de cobertura de tratamiento preventivo de casos elegibles	Nacional y Subnacional Grupo de riesgo	Registro de TB latente	Trimestral	45%	60%	70%	90%	90%	90%	90%	90%

8. Actividades clave para la aceleración del alcance de las metas de eliminación

La implementación este plan requiere un abordaje estratégico que garantice la eficacia y sostenibilidad de las actividades de aceleración y creación de sinergias para alcanzar los hitos epidemiológicos, de gestión y de atención en salud. En este contexto, los ejes estratégicos actúan como pilares fundamentales, articulando las prioridades del sistema de salud con las necesidades de las poblaciones afectadas. Estos ejes se diseñaron en armonía con las líneas operativas y los enfoques establecidos, asegurando la coherencia y complementariedad entre los niveles de intervención, optimizando recursos y fortaleciendo capacidades locales. En el anexo 1, se complementa la información de las tablas 12, 13, 14 y 15 presentadas a continuación; en estos anexos se incluyen las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, la Línea operativa del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el Código CUIPO al que se relacionan las actividades.

Tabla 12. Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
Eje estratégico 6: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	Establecer la puesta en marcha de un plan de aceleración para la disponibilidad y suministro de tecnologías innovadoras para el diagnóstico oportuno de TB (prueba molecular, equipos portátiles/ultra portátiles de biología molecular y radiología digital con DAC).	Establecer procesos de gestión y elaborar propuesta para la disponibilidad en proyectos de inversión de fortalecimiento tecnológico en las ESE para el diagnóstico oportuno de ITBL y TB activa incorporando equipos de prueba molecular, equipos en punto de atención portátiles/ultra portátiles de biología molecular y radiología digital con DAC.	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2025
		Diseñar, establecer aval normativo e implementación del Plan de expansión para la descentralización del diagnóstico inicial con pruebas moleculares rápidas y el reporte oportuno (Menor a 48 horas)	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2025
		Actualización de los algoritmos nacionales de diagnóstico e implementación del tamizaje sistemático, integrando estos cambios en los lineamientos técnicos nacionales	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2025
Eje estratégico 4: Atención Primaria en Salud		Desarrollar un proceso de fortalecimiento de capacidades para la expansión del tamizaje sistemático y la incorporación de tecnologías innovadoras, en articulación con la academia, sociedades científicas y otros actores sectoriales y estratégicos que garanticen la implementación efectiva y la adherencia a las nuevas herramientas diagnósticas en el marco de la respuesta nacional para la acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis.	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2026
Eje estratégico 6: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria		Monitorear y realizar seguimiento de la incorporación de las nuevas tecnologías, su operatividad, control de calidad e incremento de la cobertura	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2026
Eje estratégico 4: Atención Primaria en Salud	Implementación programática y la ampliación de los	Actualizar lineamientos nacionales con la adopción de guías de OMS de TPT con modelo de cascada de atención integrando esquemas cortos	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2025

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
	servicios de tratamiento preventivo de tuberculosis (TPT) con enfoque de modelo de cascada de atención, mejorando la adherencia al tratamiento, con seguimiento estricto de contactos	(3HP, 1HP, 6 Lfx entre otros que se definan) ampliando poblaciones elegibles.			
Eje estratégico 6: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria		Fortalecimiento de capacidades para la expansión de estrategias para garantizar el tratamiento preventivo de tuberculosis (TPT)	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2025
Eje estratégico 4: Atención Primaria en Salud		Desarrollar estrategias para la descentralización de las pruebas para el diagnóstico de infección tuberculosa latente – ITBL	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2025
		Implementar estrategias de seguimiento estricto de contactos de las personas afectadas para TB garantizando el seguimiento al cumplimiento de algoritmo en menores de 5 años, 5-17 años y grupos vulnerables fortaleciendo la gestión, operatividad de la vigilancia, seguimiento y reporte.	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2025
Eje estratégico 1: Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública		Gestión presupuestal para la compra de medicamentos y lograr incrementar la compra de medicamentos de esquema corto para el TPT	Anual	MSPS	2025
Eje estratégico 4: Atención Primaria en Salud		Implementar estrategias de adherencia y seguimiento mediante estrategias de información y comunicación con padres y cuidadores, apoyo psicosocial, seguimiento telefónico, domiciliario, comunitario.	Anual	MSPS, ET, EAPB, IPS	2025
Eje estratégico 1: Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública		Desarrollar estrategias de articulación interprogramática con programas de atención e intersectorial con prisiones, bienestar familiar, bienestar social, OBC entre otros para el abordaje de poblaciones de riesgo de progresión a de infección a enfermedad	Anual	MSPS - Actores sectoriales, sociales e intersectoriales	2025

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
Eje estratégico 4: Atención Primaria en Salud		Monitoreo y evaluación de la implementación programática integrando al sistema de información y estrategias de visualización de indicadores claves.	Anual	ET, EAPB, IPS	2025
		Fortalecer el control de infecciones, salas de aislamiento y garantía de elementos de protección personal con uso seguro	Anual	ET, IPS	2026
		Implementar mecanismos de institucionalización del conocimiento, tales como procesos de inducción y reinducción, módulos virtuales estandarizados, protocolos y lineamientos técnicos nacionales e institucionales, que permitan garantizar la continuidad y apropiación del conocimiento más allá de los procesos puntuales de capacitación.	Anual	ET, EAPB, IPS PUBLICAS Y PRIVADAS	2026

Tabla 13. Fortalecimiento de los sistemas estratégicos de información y vigilancia de salud

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
Eje estratégico 6: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	Desarrollar estrategias para implementar sistema de información en tiempo real y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, monitoreo y evaluación a nivel local, regional y	Integrar un sistema de información con visualización de datos en tiempo real realizando la integración del paquete de datos digitales TB Surveillance Tracker (TB-CS) para DHIS2 que integra TB sensible, resistente, latente y acciones comunitarias/o el que se priorice con OTIC.	Anual	MSPS, INS	2025
Eje estratégico 1: Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública		Implementar un plan integrado para la actualización de protocolo de VSP, plan de monitoreo y evaluación con los cambios técnico – programáticos y nuevas definiciones establecidas por la OMS desarrollando su divulgación y fortalecimiento de capacidades	Anual	MSPS, INS	2025

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
Eje estratégico 4: Atención Primaria en Salud	nacional para la toma de decisiones informadas.	Consolidar e integrar la tuberculosis como evento prioritario en la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (ReVcom) mediante la implementación de estrategias participativas como ENGAGE TB con líderes comunitarios, redes sociales y actores territoriales, orientadas a la identificación temprana y el reporte oportuno de casos sospechosos, articulando estos esfuerzos con los sistemas oficiales de vigilancia para mejorar la detección, el seguimiento de contactos y la respuesta local.	Anual	MSPS, INS, ET	2025
Eje estratégico 6: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria		Fortalecer las capacidades del personal responsable del subsistema de análisis de información, monitoreo y evaluación, responsable de la vigilancia en salud pública del evento mediante procesos de formación continua, asistencia técnica y uso de herramientas tecnológicas que garanticen la calidad, oportunidad y utilidad de los datos para la toma de decisiones en el marco de la eliminación de la tuberculosis.	Anual	MSPS, INS, ET	2025
Eje estratégico 6: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria		Implementación de un sistema integrado de monitoreo y evaluación para tuberculosis con enfoque del impacto, desempeño, cobertura, oportunidad articulada con estrategias de divulgación técnica y comunitaria.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2026
Eje estratégico 6: Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	Impulsar la investigación operativa en tuberculosis como herramienta para optimizar la respuesta programática a nivel nacional y territorial a partir de alianzas interinstitucionales (Alianzas interinstitucionales).	Coordinar con las entidades territoriales la operatividad de la Red Nacional de Investigación, Innovación y Gestión del Conocimiento en Tuberculosis – Red TB Colombia, mediante la asignación de recursos técnicos, humanos y financieros para el desarrollo de proyectos de investigación con énfasis en investigación operativa e implementación, en articulación con actores académicos, científicos, comunitarios y prioridades identificadas.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Promover el desarrollo de proyectos multicéntricos entre los nodos establecidos de la Red TB Colombia acuerdo con las necesidades y/o cambios en los lineamientos de programa	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
		Fortalecer capacidades investigativas al talento humano en formulación, ejecución, análisis de estudios operativos y metodológicas para la investigación operativa en TB.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Socializar resultados con tomadores de decisiones, comunidades y actores del sistema de salud.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Incorporar hallazgos en la planeación programática y territorial y monitorear el desarrollo y los resultados de las investigaciones e innovaciones realizadas desde los territorios que puedan incorporarse en el PNCPT	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Consolidar la integración de indicadores clave en los sistemas de monitoreo y evaluación de tuberculosis, articulados con estrategias de divulgación técnica y comunitaria.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025

Tabla 14. Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
Eje estratégico 3: Determinantes Sociales de la Salud	Consolidar a nivel territorial micro planificación en marco a los determinantes sociales de la salud y el cumplimiento de los lineamientos nacionales	Desarrollar micro planificación frente a los determinantes sociales, poblaciones de alta vulnerabilidad y riesgo 2031	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Implementar el plan interprogramático, multisectorial y la estrategia de monitoreo basado en Comunidad que fomente la creación o fortalecimiento de los comités técnicos y comunitarios de TB con participación de sociedad civil, asociaciones de pacientes, academia e investigadores.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
	del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCTB) mediante la implementación del Plan Interprogramático, Multisectorial y de Monitoreo Basado en Comunidad, orientado a la transformación de los determinantes sociales y ambientales que inciden en la transmisión y progresión de la tuberculosis.	Incorporar el enfoque de determinantes sociales y abordaje psico - emocional y psicosocial, así como la articulación de estrategias de asistencia social en los planes de acción en salud territoriales orientados a la eliminación de la tuberculosis	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Diseñar estrategias integrales de información, comunicación y educación (IEC) para la sensibilización y empoderamiento frente a la tuberculosis, a partir de la caracterización de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) a nivel nacional y subnacional utilizando medios comunitarios y estrategias de difusión de preferencia incluyendo redes sociales para difundir mensajes de prevención, adherencia entre otros adaptados culturalmente.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Desarrollar una caja de herramientas pedagógicas dirigida a equipos de salud, actores comunitarios e intersectoriales, adaptadas a los contextos socioculturales y territoriales, con enfoque en determinantes sociales.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
	Implementar espacios intersectoriales que impacten en los DSS y el desarrollo del plan de eliminación de la tuberculosis con protección y/o asistencia social, educación comunitaria sobre la enfermedad y eliminación de estigma, apoyo económico y soporte nutricional	Mapeo de actores y activación de comités intersectoriales de TB y determinantes sociales de la salud en los departamentos de mayor carga para la implementación de estrategias intersectoriales para la mitigación de aquellos que favorecen la transmisión de tuberculosis.	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025
		Establecer con el frente parlamentario, Liga Antituberculosa Colombiana y Organizaciones de Base Comunitaria estrategias para cobertura en asistencia social, ayuda alimentaria a nivel nacional y subnacional	Anual	MSPS, INS, ET, EAPB, IPS	2025

Tabla 15. Fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y las finanzas.

Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
Eje estratégico 1: Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	Fortalecimiento de la rectoría y cumplimiento de los lineamientos nacionales del PNPCTB incorporando el Plan interprogramático, multisectorial y de monitoreo basado en comunidad implementado	Reorientación de lineamientos y resolución nacional de recursos de Transferencias nacionales con base a eficiencia técnica y financiera de ejecución de recursos (Asignación de recursos condicionados a resultados directamente proporcionales a la ejecución).	Anual	MSPS, INS, ET, IPS	2026
		Fortalecer equipo funcional de programa nacional y territoriales garantizando el seguimiento administrativo, programático, epidemiológico y de gestión.	Anual	MSPS	2026
		Actualizar lineamientos técnicos y operativos del programa nacional de tuberculosis en articulación con el Comité Nacional de Tuberculosis estableciendo consulta pública	Anual	MSPS, INS, Comité Asesor Nacional de TB	2025
Eje estratégico 2: Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.		Implementar estrategias para el fortalecimiento de capacidades de personal de salud con academia, sociedades científicas	Trimestral	MSPS, INS, Comité Asesor Nacional de TB, Academia	2025
Eje estratégico 1: Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública		Desarrollar estrategias de articulación interprogramática para la inclusión de estrategias y actividades de obligatorio cumplimiento frente a coinfección TB/VIH, personas consumidoras de sustancias psicoactivas con enfoque de género, étnico cultural entre otras de interés.	Trimestral	MSPS, INS, Comité Asesor Nacional de TB, Academia	2025
		Implementar en articulación con la mesa intersectorial de salud pública el Plan multisectorial para la protección y/o asistencia social de las personas afectadas priorizadas.	Semestral	MSPS, Comité Asesor Nacional de TB, Mesa Intersectorial de Salud Pública	2026



Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Actividades clave	Subactividades	Frecuencia	Responsables	Año de inicio
		Articulación permanente con el frente parlamentario ante la aprobación, reglamentación y cumplimiento de la Ley de Tuberculosis.	Semestral	MSPS -Frente Parlamentario -OBC	2026
		Construir de forma participativa el plan interprogramático, multisectorial y la estrategia de monitoreo basado en Comunidad para su implementación nacional y subnacional.	Anual	MSPS, INS, Comité Asesor Nacional de TB	2026

9. Roles y responsabilidades de los involucrados

Tabla 16. Involucrados en el Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025-2031

Involucrado clave	Roles/Responsabilidades	Involucrados
Ministerio de Salud y Protección Social	Liderar, dirigir, coordinar y supervisar	Direcciones de: Promoción y Prevención, Epidemiología y Demografía, Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud (APS), Medicamentos y Tecnologías en Salud.
Instituciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social	Vigilancia epidemiológica, manejo de la logística farmacéutica, regulación, desarrollo de capacidades e investigaciones de campo, validación de nuevas tecnologías y entrenamiento.	Instituto Nacional de Salud-INS, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y otras instituciones adscritas
Entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal	Implementación	Secretaría de salud
Entidades administradoras de planes de beneficios o quien haga sus veces	Implementación	EAPB, Regímenes especiales
Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas	Implementación	IPS, Empresa Social del Estado, centro médico
Comisión intersectorial en salud pública (CISP)	Colaboración en actividades que impactan los determinantes sociales y ambientales de la salud	Ministerio de Agricultura, Ministerio de Ambiente y Desarrollo, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Minas y Energías, Ministerio de Educación, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior

Involucrado clave	Roles/Responsabilidades	Involucrados
Socios colaboradores	Proveer soporte técnico y financiero	Organizaciones no gubernamentales, Agencias de las Naciones Unidas, OPS, OMS, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, cooperantes
Donantes	Soporte financiero y logístico	
Instituciones académicas y de investigación	Generación de evidencia	Grupos de investigación del Instituto Nacional de Salud, Instituciones de Educación superior y demás actores del SNCTeI
Organizaciones de la sociedad civil	Desarrollo de capacidades, soporte técnico	Sociedades de especialistas, gremios indígenas, afrocolombianos.
Sector privado	Movilización de recursos, manejo de la morbilidad y prevención de la discapacidad	Compañías farmacéuticas, bancos, aseguradoras
Comité Asesor Nacional de Tuberculosis y Subcomité nacional de casos especiales de tuberculosis	Recomendar políticas, estrategias y medidas para la prevención y control de tuberculosis. Proponer cambios operativos al Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Apoyar al MSPS en la elaboración de guías e información científica, técnica y sanitaria. Recomendar modificaciones a las disposiciones legales vigentes. Proponer y avalar actualizaciones a los esquemas de tratamiento con base en la evidencia y costo-efectividad. Recomendar guías y esquemas de manejo de casos especiales de TB.	Asociaciones científicas integrantes de acuerdo con la Resolución 5195 de 2010
Observatorio Social de tuberculosis	Visibilizar la problemática de la TB, promover y fortalecer la participación ciudadana en la lucha contra la enfermedad, y contribuir a las estrategias nacionales y regionales, bajo un	Sociedad civil organizada integrantes del observatorio

Involucrado clave	Roles/Responsabilidades	Involucrados
	enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.	
INPEC/USPEC	Articular acciones para el control de enfermedades transmisibles como TB; a través de, los procesos contractuales inherentes a la atención clínica integral, la gestión del riesgo individual para el diagnóstico temprano.	Responsables de USPEC para la prestación de servicios Responsable de salud, salud pública programa de tuberculosis

10. Territorialización

Con el objetivo de avanzar hacia la eliminación de la TB en Colombia, se ha diseñado una estrategia de territorialización que permite focalizar las acciones de control y prevención de acuerdo con la carga de enfermedad en cada entidad territorial.

Esta estrategia parte del análisis epidemiológico de los datos de los últimos cuatro años, considerando tanto el promedio de casos incidentes como la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes. A partir de este análisis, se establecieron cinco escenarios epidemiológicos que permiten clasificar a los municipios del país según su carga de enfermedad: muy alta, alta, media, baja y silencio epidemiológico. Esta última categoría corresponde a aquellos municipios que no han reportado casos de tuberculosis en el periodo analizado, lo cual puede reflejar una ausencia real de la enfermedad o en algunos casos, una posible subnotificación o debilidad en los sistemas de vigilancia.

Para facilitar la interpretación de la información y orientar la toma de decisiones, se elaboró una representación visual en la que se muestra el número absoluto de casos por municipio, acompañado de una codificación por colores que indica la tasa de mortalidad correspondiente. Esta visualización permite identificar rápidamente los territorios prioritarios para la intervención.

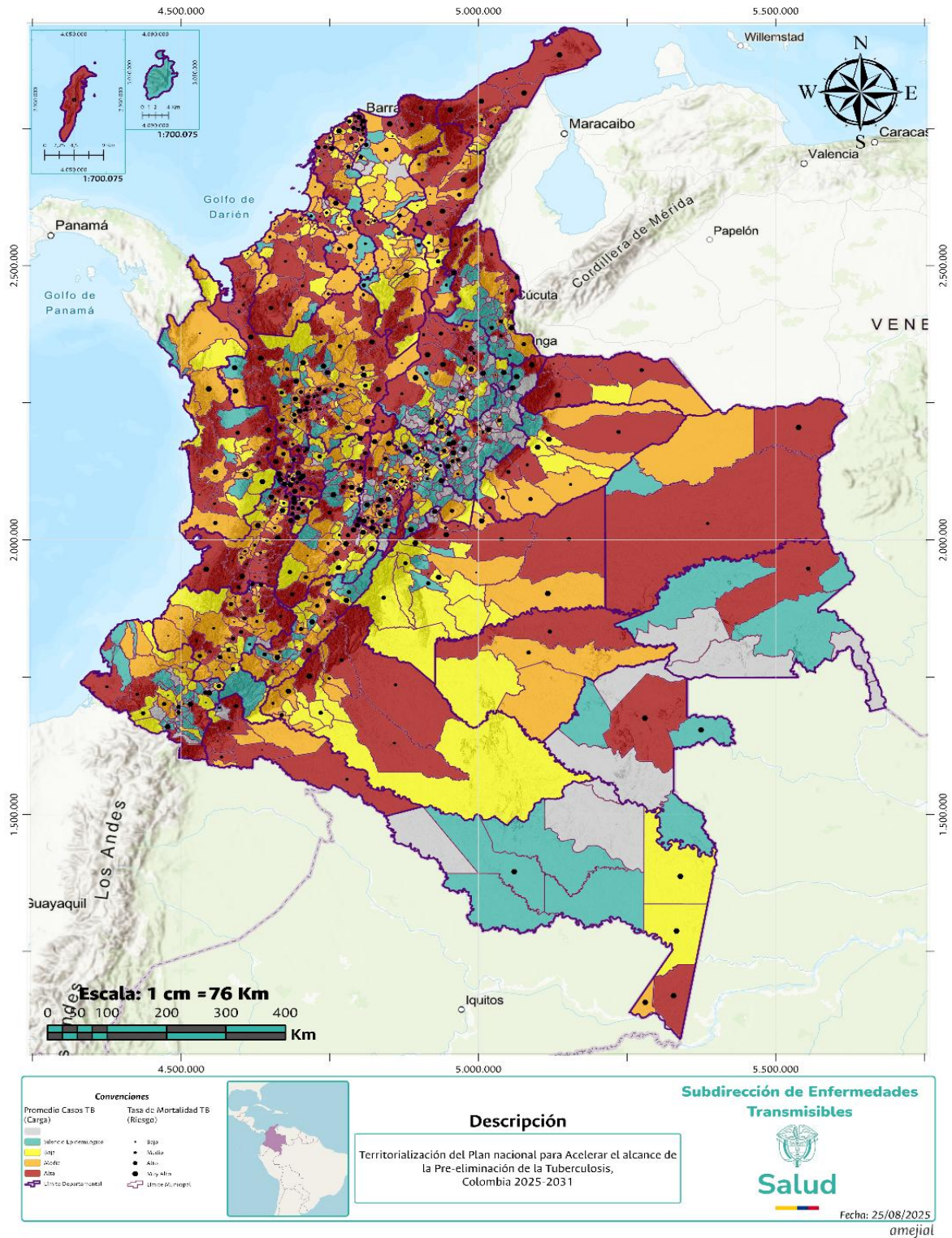
En función de esta clasificación, se han definido líneas de acción diferenciadas:

- **Territorios con carga muy alta y alta:** Se priorizarán intervenciones intensivas para acelerar el control de la enfermedad, fortaleciendo la detección activa de casos, el tratamiento oportuno y el seguimiento riguroso de los pacientes.



- **Territorios con carga media o baja:** Se implementará una estrategia de pre-eliminación focalizada, con énfasis en la interrupción de la transmisión comunitaria y la prevención de recaídas.
- **Municipios en silencio epidemiológico:** Se reforzarán las acciones de vigilancia epidemiológica, incluyendo la capacitación del talento humano en salud, la mejora de los sistemas de información y la búsqueda activa de casos, con el fin de confirmar la ausencia de transmisión o detectar posibles focos ocultos.
-

Esta estrategia de territorialización por municipios (ver mapa 2) busca optimizar el uso de los recursos disponibles, garantizar la equidad en la respuesta sanitaria y avanzar de manera sostenida hacia la meta nacional de pre-eliminación y eliminación de la tuberculosis, en línea con los compromisos internacionales asumidos por el país.



Mapa 2. Territorialización del Plan nacional para acelerar el alcance de la pre-eliminación y eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025-2031

11. Factibilidad y viabilidad

A continuación, se presenta la información unificada del análisis de factibilidad e impacto con los resultados de la matriz Eisenhower de las actividades clave contempladas para el desarrollo del Plan nacional de eliminación y sostenimiento de la eliminación de enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias (tabla 17).

Tabla 17. Factibilidad, impacto, urgencia y prioridad de las actividades clave para acelerar el alcance de metas del Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025 -2031

Actividad Clave	Factibilidad	Impacto	Urgencia	Prioridad
Implementación programática y la ampliación de los servicios de tratamiento preventivo de tuberculosis (TPT) con enfoque de modelo de cascada de atención, mejorando la adherencia al tratamiento, con seguimiento estricto de contactos.	 Alta	 Alto	 Urgente	Máxima
Establecer la puesta en marcha de un plan de aceleración para la disponibilidad y suministro de tecnologías innovadoras para el diagnóstico oportuno de TB (prueba molecular, equipos portátiles/ultra portátiles de biología molecular y radiología digital con DAC) organización de redes para optimizar equipos existentes y regularización tarifaria.	 Alta	 Alto	 Urgente	Máxima
Implementar espacios intersectoriales que impacten en los DSS y el desarrollo del plan de eliminación de la tuberculosis con protección y/o asistencia social, educación comunitaria sobre la enfermedad y eliminación de estigma, apoyo económico y soporte nutricional	 Media	 Alto	 No urgente	Alta
Impulsar la investigación operativa en tuberculosis como herramienta para	 Baja	 Alto	 No urgente	Media-Alta

Actividad Clave	Factibilidad	Impacto	Urgencia	Prioridad
optimizar la respuesta programática a nivel nacional y territorial a partir de alianzas interinstitucionales (Alianzas interinstitucionales).				
Fortalecimiento de la rectoría y cumplimiento de los lineamientos nacionales del PNPCTB incorporando el Plan interprogramático, multisectorial y de monitoreo basado en comunidad implementado	 Media	 Medio	 No urgente	Media
Fortalecimiento de la Vigilancia rutinaria, activa y comunitaria de la tuberculosis integrada (eventos, indicadores); así como la divulgación de resultados	 Media	 Medio	 Urgente	Media-Baja

Convención:  Alta,  Media,  Baja,  Urgente,  No urgente

Análisis Integrado

Las actividades clasificadas como de máxima prioridad, dada su combinación de alto impacto, urgencia y factibilidad suficiente, incluyen: la puesta en marcha de un plan de aceleración para garantizar la disponibilidad y suministro de tecnologías innovadoras para el diagnóstico oportuno de tuberculosis (pruebas moleculares, equipos portátiles o ultraportátiles de biología molecular, y radiología digital con CAD); la implementación programática y la ampliación de los servicios de tratamiento preventivo de tuberculosis (TPT) bajo un modelo de cascada de atención, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y un seguimiento estricto de contactos. Estas acciones son críticas para reducir la mortalidad en zonas prioritarias. Asimismo, garantizar la disponibilidad permanente de pruebas de diagnóstico rápido y tratamiento constituye un pilar fundamental para la eliminación de la enfermedad. Su implementación tiene un gran impacto en la reducción de los tiempos de diagnóstico y en la disminución de la incidencia, al cortar las cadenas de transmisión.

Las actividades clasificadas como de alta prioridad son aquellas con un impacto elevado y que requieren implementación, aunque dependen de factores logísticos o de coordinación. Entre estas se incluye garantizar la ejecución del plan de implementación, el alcance

normativo y la adherencia al tratamiento, acciones fundamentales para acelerar la eliminación. Su desarrollo requiere coordinación con las comunidades, así como el fortalecimiento de la red diagnóstica mediante una gestión eficiente de muestras y un acceso estratégico para la detección temprana. Si bien en conjunto dependen de la disponibilidad de recursos, también están influenciadas por otros factores, como la participación de actores locales. Por ello, es crucial considerar que la coordinación efectiva con los actores del sistema y la garantía de recursos son determinantes para el éxito de estas actividades.

Las actividades de prioridad media aportan significativamente a la gestión y mejora del sistema. No poseen una urgencia inmediata, ya que se están ejecutando, pero requieren fortalecer la estructura de rectoría y la gestión técnica, administrativa y financiera. Estas actividades implican una planificación progresiva para integrar las estrategias de manera sostenible.

Adicionalmente, se estimó el potencial de reducción de casos si las actividades clave de aceleración de la eliminación se implementan con éxito, a partir de que se calculó la Fracción Atribuible (FA) (25) usando inteligencia artificial. Para lo anterior se consideró la información disponible en los documentos oficiales del MSPS, OPS y OMS, los reportes de evento e información extraída de publicaciones científicas; para el modelado y análisis se consideraron los costos por DALY evitado en intervenciones similares en Latinoamérica, el ajuste por inflación en el contexto colombiano según datos del DANE, la reducción proporcional acumulada por acumulación del solapamiento. Los datos presentan el cálculo individual y colectivo en la población general, indígena y migrante. Es importante resaltar que las FA son estimaciones teóricas máximas; el impacto real depende de la calidad de implementación.

Tabla 18. Fracción atribuible y costo-efectividad de las actividades clave para alcanzar las metas del para el Plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis, Colombia 2025 -2031

Actividad Clave	FA	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	CE
		Población general		Población indígena		Población migrante		Población privados libertad		Población vulnerable		
Tecnologías innovadoras para diagnóstico (moleculares, rayos X portátiles /ultraportátiles y CAD)	30%	20%	20%	15%	15%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	Muy Alta
Ampliación de TPT con modelo de cascada	25%	15%	32%*	20%	32%*	18%	38.5%*	30%	47.5%*	22%	41.5%*	Alta
Espacios intersectoriales (D SS: protección social, educación, nutrición)	15%	10%	38.8%*	25%	49%*	12%	45.9%*	10%	52.8%*	15%	50.3%*	Media
Fortalecimiento de rectoría y lineamientos nacionales (interprogramático , multisectorial)	12%	8%	43.7%*	10%	54.1%*	8%	50.2%*	8%	56.6%*	10%	55.3%*	Alta

Actividad Clave	FA	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	Impacto Individual	Impacto Combinado	CE
		Población general		Población indígena		Población migrante		Población privados libertad		Población vulnerable		
Fortalecimiento de investigación con alianzas interinstitucionales	10%	5%	46.5%*	8%	57.8%*	5%	52.7%*	5%	58.8%*	8%	58.9%*	Baja
Vigilancia rutinaria, activa y comunitaria integrada	8%	6%	49.7%*	12%	62.9%*	7%	56.0%*	10%	62.8%*	8%	62.2%*	Media

Fracción Atribuible (FA), Costo-Efectividad (CE)

12. Estrategias Interprogramática

Las intervenciones interprogramáticas deberán ser adecuadamente georreferenciadas, tener definidas actividades específicas, recursos y responsables, y según su naturaleza, se deberán ejecutar varias intervenciones en el tiempo y espacio, esto principalmente en zonas rurales y rurales dispersas donde se requiere la optimización de los recursos y talento humano.

Vacunación: integrar el plan de preparación para incorporación de vacuna efectiva una vez se cuente con la evidencia científica y recomendación de la OMS. Para tal fin, se priorizará la integración de la evidencia de seguridad, eficacia e inmunogenicidad, presentación y evaluación del por el Comité Asesor de Vacunas que busca prevenir TB con la vacuna, analizar la eficacia comparativa con otras vacunas disponibles, impacto en salud pública, viabilidad logística, análisis de costo-efectividad, elaboración de lineamientos técnicos y resolución de implementación que integra poblaciones objetivo, esquema y estrategias, fortalecimiento del Personal de Salud.

Innovación y nuevas tecnologías: proyectos de fortalecimiento tecnológico en las Empresas Sociales del Estado. Implementación de nuevas herramientas diagnósticas en punto de atención según el análisis de disponibilidad y distribución geográfica estratégica, cobertura, tiempos de desplazamiento para la conservación de muestras, integración con radiología ultraportátil con CAD.

Detección temprana, tamizaje y tratamiento: Integración de nuevos algoritmos de tamizaje, integración de la estrategia con equipos básicos en salud.

Participación comunitaria y educación: fortalecimiento de la estrategia ENGAGE TB con redes comunitarias y organizaciones de base comunitaria, Liga Antituberculosa Colombiana, organizaciones basadas en fe, equipos que atención comunitaria de poblaciones, así como, fortalecer equipos locales para la prevención y tratamiento, EBS, PIC, entre otros, y realizar campañas de información y educación para sensibilizar población por entornos con enfoque etnocultural sobre medidas de prevención y eliminación.

Estrategia Agua, Saneamiento e Higiene -WASH: La estrategia WASH (Water, Sanitation and Hygiene), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, tiene como objetivo garantizar el acceso universal a agua potable, servicios de saneamiento adecuados y prácticas de higiene efectivas. Esta estrategia constituye un componente esencial en la prevención de enfermedades transmisibles, al contribuir a la creación de entornos saludables y seguros.



Su articulación con la iniciativa ENGAGE-TB permite fortalecer la respuesta integral frente a la tuberculosis, especialmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad. A través de intervenciones como el suministro de agua segura en establecimientos de salud y viviendas, la promoción del lavado de manos, la limpieza de espacios comunitarios y la mejora de las condiciones sanitarias en instituciones cerradas, entornos de privación de libertad y zonas rurales, WASH complementa las acciones de prevención, control de infecciones y atención integral contempladas en los programas de tuberculosis. Esta integración representa un avance significativo en la implementación de políticas públicas orientadas a reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de las comunidades más afectadas.

13. Bibliografía

1. World Health Organization. Towards tuberculosis elimination: an action framework in low-incidence countries [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 10 de junio de 2025]. 66 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/132231>
2. Torres-Duque CA, Fuentes Alcalá ZM, Rendón A, Migliori GB. Hoja de ruta para la eliminación de la tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe. Archivos de Bronconeumología [Internet]. enero de 2018 [citado 2 de junio de 2025];54(1):7-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289617302570>
3. Global Tuberculosis Report 2024. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.
4. Ariza S. Situación de la Tuberculosis en Colombia [Internet]. PPTX presentado en: XI Simposio nacional y XXIV Simposio departamental de tuberculosis y VIH: Compromiso con el cuidado; 2024 dic; MSPS. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WMTvOECZtYw>
5. Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf [Internet]. [citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>
6. Ortiz-Ruiz N, Díaz-Grajales C, Zamudio-Espinosa D, Satizabal-Reyes M, López-Salamanca DE, López-Paz Y, et al. Vulnerabilidad social y tuberculosis: un círculo vicioso. Entramado [Internet]. 2023 [citado 15 de junio de 2025];19(1):e-8797. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/8797>
7. Barter DM, Agboola SO, Murray MB, Bärnighausen T. Tuberculosis and poverty: the contribution of patient costs in sub-Saharan Africa – a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 14 de noviembre de 2012 [citado 15 de junio de 2025];12:980. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570447/>
8. Global Tuberculosis Report 2021. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
9. Cruz Martínez OA, García I, Puerto GM, Alvis-Zakzuk NJ, López MP, Moreno Cubides JC, et al. Tuberculosis patients face high treatment support costs in Colombia, 2021. PLoS One [Internet]. 18 de abril de 2024 [citado 15 de junio de 2025];19(4):e0296250. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11025946/>
10. Nuevo compromiso global para acabar con la tuberculosis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2017 [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2017-nuevo-compromiso-global-para-acabar-con-tuberculosis>
11. Tuberculosis Vaccine Accelerator Council [Internet]. [citado 26 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/tuberculosis-vaccine-accelerator-council>

12. Lönnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P, et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. *The Lancet* [Internet]. mayo de 2010 [citado 1 de marzo de 2025];375(9728):1814-29. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610604837>
13. Instituto Nacional de Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Tuberculosis [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2022 ene [citado 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=7>
14. Bernal O, López R, Montoro E, Avedillo P, Westby K, Ghidinelli M. Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 18 de diciembre de 2020 [citado 26 de junio de 2025];44:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53114>
15. undp_co_pub_informe_nacional_desarrollo_humano_2024.pdf [Internet]. [citado 30 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-10/undp_co_pub_informe_nacional_desarrollo_humano_2024.pdf
16. de Castro DB, de Seixas Maciel EMG, Sadahiro M, Pinto RC, de Albuquerque BC, Braga JU. Tuberculosis incidence inequalities and its social determinants in Manaus from 2007 to 2016. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 29 de diciembre de 2018 [citado 26 de junio de 2025];17(1):187. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0900-3>
17. Suk JE, Manissero D, Büscher G, Semenza JC. Wealth Inequality and Tuberculosis Elimination in Europe. *Emerg Infect Dis* [Internet]. noviembre de 2009 [citado 26 de junio de 2025];15(11):1812-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857253/>
18. Bonadonna LV, Saunders MJ, Zegarra R, Evans C, Alegria-Flores K, Guio H. Why wait? The social determinants underlying tuberculosis diagnostic delay. *PLoS One*. 2017;12(9):e0185018.
19. Craig GM, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. *Int J Infect Dis*. marzo de 2017;56:90-100.
20. Grange JM, Zumla A. The global emergency of tuberculosis: what is the cause? *J R Soc Promot Health*. junio de 2002;122(2):78-81.
21. Litvinjenko S, Magwood O, Wu S, Wei X. Burden of tuberculosis among vulnerable populations worldwide: an overview of systematic reviews. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 30 de junio de 2025];23(12):1395-407. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309923003729>

22. Publications [Internet]. [citado 10 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i>
23. Comunicación rápida sobre el tamizaje sistemático de la tuberculosis [Internet]. Pan American Health Organization; 2021 [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53251>
24. paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/ [Internet]. [citado 18 de julio de 2025]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/>
25. Stang A. Kenneth J. Rothman: Epidemiology. An introduction. European Journal of Epidemiology [Internet]. 1 de octubre de 2012;27(10):827-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9732-4>
26. Norma de la OMS: Acceso universal a las pruebas de diagnóstico rápido de la tuberculosis se basa en las directrices de la OMS y en el manual operativo conexo. Disponible: <https://www.paho.org/es/documentos/norma-oms-acceso-universal-pruebas-diagnostico-rapido-tuberculosis>