**Proyecto de Ley No. \_\_\_\_\_\_\_ de 2020 Cámara**

**"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN NORMAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES CON ATAQUES CEREBROVASCULARES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**El Congreso de Colombia,  
DECRETA**

**Artículo 1. Objeto.** La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, atención adecuada, diagnóstico y tratamiento oportunos a los pacientes con Ataques Cerebrovasculares (ACV) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 2. Atención prioritaria.** Declárese el Ataque Cerebrovascular (ACV) como un problema de salud pública de interés nacional por su alta mortalidad y discapacidad asociada. La atención de pacientes con ACV será prioritaria y el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán garantizar identificación oportuna y actualización tecnológica en diagnóstico y tratamientos, para hacer efectiva la protección del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo 1º. El día 29 de octubre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de respuesta ante el Ataque Cerebrovascular (ACV), en coordinación con la comunidad internacional representada, principalmente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de la institucionalización de este Día será informar, concientizar y difundir en la población los factores de riesgo y síntomas de identificación del ACV y señalar las repercusiones sociales del ACV.

**Artículo 3.** **Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término de un (1) año, diseñará una Estrategia en ACV, plenamente adaptada a la incidencia y características del ataque cerebrovascular en Colombia, para contar con un plan de optimización de los servicios de atención y de inicio del tratamiento que aseguren la máxima recuperación del paciente.

La Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud será un conjunto de lineamientos institucionales, clínicos y sociales para organizar los servicios de salud prestados a los pacientes con ACV. El propósito es conseguir una mejor y mayor prevención, atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del ACV, basado en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio.

La comunidad científica, la sociedad civil, entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y las Empresas Sociales del Estado (ESE) participarán en el diseño de la Estrategia en ACV.

**Artículo 4. Objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).** Son objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Fomentar la educación en salud para que la población conozca y entienda los factores de riesgo de ACV que no son modificables y los que sí se pueden controlar.
2. Implementar un sistema de información nacional en ACV actualizado y confiable para la toma de decisiones clínicas, económicas y de salud pública dentro del SGSSS.
3. Aumentar el control de los grupos de riesgo a través de programas de seguimiento.
4. Disponer de las herramientas clínicas efectivas para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes con ACV.
5. Promover un sistema de cuidado y rehabilitación integral.
6. Crear un plan de formación continuada específico en ACV dirigido al talento humano en salud para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes.
7. Priorizar los Departamentos en los que hay alta incidencia de ACV y un acceso limitado a procedimientos e intervenciones de tratamiento oportuno y adecuado.
8. Promover la investigación científica y el avance médico en el tratamiento del ACV.
9. Reducir la incidencia de ACV.
10. Monitorear y hacer seguimiento continuo del ACV en el país.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social adicionará los objetivos, metas e indicadores en salud que considere pertinentes, con el objeto de lograr una Estrategia en ACV que cumpla con los estándares de los sistemas de salud de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE.

**Artículo 5. Atención en fase aguda y rehabilitación.** Dentro de la Estrategia en ACV se deberán incluir criterios e indicadores para medir tiempos óptimos de diagnóstico, inicio del tratamiento, oportunidad de atención en la fase aguda del paciente ACV, y un sistema de rehabilitación y cuidado que le permita al paciente un proceso terapéutico para desarrollar su máximo potencial físico, psicológico y social.

Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus facultades de inspección, vigilancia y control, sancionará a las entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y Empresas Sociales del Estado (ESE) que incumplan con las disposiciones que la Estrategia en ACV defina.

**Artículo 6. Ciencia y tecnología.** La Estrategia en ACV deberá proponer lineamientos en materia de ciencia y tecnología para el desarrollo de un sistema moderno y permanentemente actualizado en actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y provisión de unos mejores cuidados a los pacientes con ACV.

**Artículo 7. Alianzas público - privadas.** Con el objeto de mejorar la implementación de los procedimientos, intervenciones y condiciones en los cuales son atendidos los pacientes de ACV en el país, especialmente en zonas de difícil acceso, las entidades territoriales y actores privados podrán formular alianzas público - privadas de conformidad con la Ley 1508 de 2012 y la normatividad vigente. El resultado de las alianzas público – privados deberá permitir la reducción de morbimortalidad y discapacidad asociadas al ACV.

**Artículo 8. Línea telefónica ACV.** El Ministerio de Salud y Protección Social creará y promoverá una línea telefónica ACV con el objetivo de solicitar asistencia inmediata del paciente, reducir el tiempo de transporte y activar los protocolos médicos de emergencia necesarios para el manejo adecuado de la enfermedad.

**Artículo 9. Evaluación y seguimiento de la ley.** La presente ley será objeto de revisión, evaluación y seguimiento para conocer sus alcances y resultados. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social enviará cada año a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República, un informe con los resultados de la Estrategia en ACV y el cumplimiento de la presente ley.

**Artículo 10. Vigencia de la Ley.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

|  |  |
| --- | --- |
| NUBIA LÓPEZ MORALES  Representante a la Cámara Departamento de Santander | ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ  Representante a la Cámara Archipiélago San Andrés Islas |
| ALEXANDER BERMÚDEZ LASSO  Representante a la Cámara  Departamento del Guaviare | **EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN**  **Representante a la Cámara**  **Departamento de Santander** |
| FABIO FERNANDO ARROYAVE R.  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca | **ADRIANA GÓMEZ MILLÁN**  **Representante a la Cámara**  **Departamento del Valle del Cauca** |

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**Proyecto de Ley No. \_\_\_\_\_\_\_ de 2020 Cámara**

**"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN NORMAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES CON ATAQUES CEREBROVASCULARES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**Contexto general del problema**

La presentación de este proyecto de ley obedece a un problema de salud pública global y de especial interés para Colombia. El ataque cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte en el mundo y la primera de discapacidad en adultos. Y hay, además, una realidad que se está imponiendo: «la incidencia del ACV está disminuyendo en los países de altos ingresos, incluyendo Estados Unidos; sin embargo, está aumentando en los países de bajos ingresos, y en consecuencia el número de personas en el mundo con discapacidad y dependencia secundaria es alta y creciente» (Contreras, Pérez y Figueroa, 2018, p. 114). «En países con ingreso per cápita alto, el mejoramiento de la prevención primaria se ha asociado a una disminución progresiva en la incidencia del ACV. En contraposición, en países en vía de desarrollo, la proporción de pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares continúa en aumento» (Ministerio de Salud de Colombia, 2015, p. 20).

Particularmente, en el caso colombiano, «el ACV fue la tercera causa de muerte en el país para ambos sexos en 2011» (Arenas y Lucumí, 2019, p. 6; Observatorio Nacional de Salud, 2015).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro. García Alfonso et. al. (2019) afirman que la enfermedad cerebrovascular es un término más amplio que implica «un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y los requerimientos de oxígeno, cuya consecuencia es una disfunción focal del tejido cerebral» (p.2). La *Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular lsquémico en población mayor de 18 años* del Ministerio de Salud de Colombia de 2015, se refiere al ataque cerebrovascular como «término clínico y genérico para uso en el cuidado prehospitalario y en los servicios de urgencias, antes de categorizar su naturaleza (hemorrágica o isquémica). Equivale al Stroke» (p. 6). Más aún, el documento de trabajo No. 63 de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes titulado *Caracterización del accidente cerebrovascular en Colombia,* señala, con base en el *National Health Service*, que «el ACV puede ocasionar daños cerebrales irreversibles y, posiblemente, la muerte. La causa de la isquemia cerebral es un coágulo sanguíneo que detiene el aporte de sangre. La causa de una hemorragia cerebral es la rotura de un vaso sanguíneo que se dirige al cerebro, lo que provoca daños cerebrales» (p. 5). Finalmente, Contreras, Pérez y Figueroa (2018) sostienen que «las mujeres representan un grupo especial, dado que existen múltiples factores que las predisponen a mayor riesgo de desarrollar un ACV» (p.114).

**Contexto específico del problema**

Aunque el Ministerio de Salud (2015) ha señalado que «Colombia no registra diferencias importantes en la incidencia del ACV durante los últimos 20 años (p. 20), Arenas y Lucumí (2019) indican que «la mayoría de los pacientes candidatos a recibir intervención no son identificados oportunamente o acceden tardíamente a los servicios de salud, lo que limita el acceso» (p. 6). Además, lo que resulta más preocupante, es la notable asimetría en la capacidad de respuesta de los departamentos y del sistema de salud, para atender oportunamente un evento que tiene una ventana terapéutica muy reducida para preservar la vida y proteger el derecho fundamental a la salud.

«Al realizar el proceso de estandarización de las atenciones se observaron departamentos con altas tasas respecto a las personas que residen en ellos. De esta manera, se lograron identificar que no solo departamentos como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca (con tasas ajustadas entre 30 y 60 atenciones por cada 100.000 habitantes) tienen un número elevado de personas atendidas por esta enfermedad (anexo 2.1). Uno de los departamentos que más llama la atención es Nariño, porque mostró la tendencia creciente más alta en el número de atenciones, con tasas ajustadas de 20,19, 32,58, 29,64, 83,86 y 124,76 atenciones por cada 100.000 habitantes para 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015, respectivamente. Así mismo, resalta el caso de Putumayo, con tasas ajustadas de 6,18 por cada 100.000 habitantes para 2011 y un crecimiento muy elevado de 80,58 atenciones para 2015. Otros departamentos con tendencias crecientes a medida que pasaron los años fueron: Arauca, Atlántico, Casanare, Chocó, Guainía, Magdalena, Norte de Santander, Quindío y Sucre.

Al calcular las tasas ajustadas de la prestación de servicios de tomografía de cráneo y tromboembolectomía de vasos de cabeza y cuello o trombólisis de vasos intracraneales, se encontró que, en los departamentos donde se encontraron el mayor número de atenciones ajustadas por población, se evidencian unas tasas ajustadas muy bajas de prestación de servicios de tomografía y procedimientos de trombolisis o trombembolectomía. En general, ningún departamento muestra una tasa que supere 3 prestaciones por cada 100.000 habitantes (anexo 2.2 y 2.3)». (Arenas y Lucumí, 2019, p. 21).

Continúan los autores:

«Al realizar un ajuste por el número de muertes en un departamento con respecto al número de personas residentes fallecidas, se encontró que Arauca, Atlántico, Córdoba, Guainía, Guaviare, Nariño, Risaralda, entre otros, presentan, en promedio, durante los años analizados, tasas por encima de 19 muertes por cada 100.000 habitantes; es decir, son los departamentos con más número de muertes con respecto a las personas que residen en ellos (anexo 2.3)». (Arenas y Lucumí, 2019, p. 21).

Un problema adicional que encontramos, gracias al trabajo de Arenas y Lucumí (2019), es que los pacientes con ACV del régimen contributivo alcanzaron mayor atención que los pacientes del régimen subsidiado. La mortalidad es mayor en este último régimen, por lo que podemos asegurar que la pobreza siempre imprime más vulnerabilidad.

**Objetivo del proyecto de ley**

La actual iniciativa se somete a consideración del Congreso de la República como una alternativa para mejorar la implementación de los procedimientos, intervenciones y condiciones en los cuales son atendidos los pacientes de ACV en el país, especialmente en zonas de difícil acceso.

**Facultad para legislar**

Al Congreso de la República, de conformidad con el artículo 150 de la Constitución Política de Colombia, le corresponde hacer las leyes. Por supuesto, el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es susceptible de ser reconfigurado por el Legislativo, según criterios de necesidad, conveniencia y oportunidad.

La Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-662 de 2009, se pronunció sobre las objeciones presidenciales al proyecto de ley N° 312/08 Senado - 90/07 Cámara, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Por su correspondencia y relación con la presente iniciativa, me permito recuperar un apartado de su línea argumentativa.

*«****Libertad de configuración legislativa del sistema general de seguridad social en salud***

*Decisiones anteriores de la Corte han sostenido, a partir de la interpretación de las normas constitucionales expresas, que* ***el legislador tiene un amplio margen de configuración legislativa en lo que respecta a la configuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud****, en tanto servicio público sometido a la inspección, control y vigilancia del Estado. Así, como lo ha sostenido la jurisprudencia, lo previsto en el artículo 48 constitucional supone que la seguridad social tiene la doble connotación de ser un derecho irrenunciable y a la vez un servicio público prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, “en los términos que establezca la ley”. En concordancia con ello, el artículo 49 de la Carta consagra el derecho a la atención en salud y la obligación del Estado de ordenar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios bajo los mismos principios rectores, “en los términos y condiciones señalados en la ley”.*

*Sin embargo, esta decisión no significa, en modo alguno, la petrificación de la facultad del legislador para establecer fórmulas diversas de arreglo institucional del SGSSS. Por ende,* ***si el Congreso en ejercicio de sus competencias constitucionales y bajo el sometimiento de los límites formales y materiales antes aludidos, decide modificar dicha configuración legal del sistema de atención en salud, tal previsión, (…) es una expresión constitucionalmente legítima del poder de configuración normativa****». (Cursivas y resaltado fuera de texto).*

**Impacto fiscal**

En la misma sentencia C-662 de 2009, la Corte Constitucional ha recordado que:

*«La exigencia contemplada en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 busca satisfacer finalidades constitucionalmente valiosas, relacionadas con (i) el otorgamiento de racionalidad al procedimiento legislativo; y (ii) la eficacia material de las leyes, la cual pasa ineludiblemente por la determinación y consecución de los recursos económicos necesarios, en un marco de compatibilidad con la política económica del país, y en el logro de dicha compatibilidad existen competencias concurrentes del Ejecutivo y del Congreso. Así, la Corte ha considerado que los primeros tres incisos del artículo 7° de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa,* ***y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley.*** *Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de* ***que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda.*** *Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es* ***el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica.*** *Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el Ministro de Hacienda.*

*El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo. (Cursivas y resaltado fuera de texto).*

En tal sentido, la información completa y suficiente sobre el impacto fiscal que pudiera tener el presente proyecto de ley deberá ser completada con la intervención del Ministerio de Hacienda durante el trámite legislativo y no debe significar ningún obstáculo para la radicación y/o aprobación.

**Conveniencia y justificación del proyecto de ley**

La iniciativa legislativa consta de diez (10) artículos incluida la vigencia y podemos justificar su conveniencia de la siguiente manera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Proyecto de Ley No. \_\_\_\_\_\_\_ de 2020 Cámara**  **"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN NORMAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES CON ATAQUES CEREBROVASCULARES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”** | El título y el objeto del proyecto de ley reflejan la intención general de la iniciativa, esto es, mejorar la atención que los pacientes de ACV reciben cuando llegan por primera vez a una unidad de urgencias; acceder a un diagnóstico certero y rápido que permita, posteriormente, un tratamiento oportuno y así maximizar las posibilidades de preservar la vida y proteger el derecho fundamental a la salud.  «Es necesario que existan más entidades que realicen terapias de reperfusión específicas para accidente cerebrovascular isquémico, teniendo en cuenta que estos pacientes, al momento de presentar este evento, solo tiene una ventana de aproximadamente seis horas para llegar al centro de atención y evitar tener una discapacidad permanente e incluso morir. Dado que 90 % de los pacientes que murieron por ACV recibieron asistencia médica durante el proceso que los llevó a la muerte, es importante mejorar la calidad del servicio que se presta a los pacientes, así como ampliar la oferta de los servicios necesarios para atender este desenlace» (Arenas y Lucumí, 2019). |
| **Artículo 1. Objeto.** La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, atención adecuada, diagnóstico y tratamiento oportunos a los pacientes con Ataques Cerebrovasculares (ACV) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
| **Artículo 2. Atención prioritaria.** Declárese el Ataque Cerebrovascular (ACV) como un problema de salud pública de interés nacional por su alta mortalidad y discapacidad asociada. La atención de pacientes con ACV será prioritaria y el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán garantizar identificación oportuna y actualización tecnológica en diagnóstico y tratamientos, para hacer efectiva la protección del derecho fundamental a la salud.  Parágrafo 1º. El día 29 de octubre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de respuesta ante el Ataque Cerebrovascular (ACV), en coordinación con la comunidad internacional representada, principalmente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de la institucionalización de este Día será informar, concientizar y difundir en la población los factores de riesgo y síntomas de identificación del ACV y señalar las repercusiones sociales del ACV. | En el mundo, el ACV es considerado un problema de primer nivel. Producto de esa consideración, algunos países ya empiezan a registrar un descenso en la incidencia y gravedad de la presentación de ACV. Los sistemas nacionales de salud están reorganizando la red de servicios y mejorando ostensiblemente la capacidad de esos sistemas para encarar el problema.  «Los datos estadísticos en Colombia son escasos. El estudio Epineuro, publicado en el 2003, determinó la prevalencia de ocho problemas neurológicos frecuentes y encontró que para el ACV la prevalencia fue del 19,9%, más freuente en mayor de 50 años y mujeres. Adicionalmente, se cuenta con una base de datos que muestra las tromboembolectomías y trómbolisis llevadas a cabo en Colombia entre 2011 y 2015 e identifica que Bogotá es la ciudad con el mayor número de procedimientos en el país» (García Alfonso, et. al., 2018).  El ACV es una afectación con presencia en todo el país y no puede ser que Bogotá concentre la mayor y mejor capacidad de respuesta y tratamiento. La atención a los pacientes ACV debe ser prioritaria e igualmente garantizada en todos los departamentos.  Así mismo, se debe propender por la protección del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos, sin importar lugar de residencia, origen o sitio de atención.  El día nacional de respuesta ante el ACV debe funcionar como un método para unir esfuerzos entre entidades públicas y actores privados en aras de la prevención y la atención. |
| **Artículo 3.** **Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término de un (1) año, diseñará una Estrategia en ACV, plenamente adaptada a la incidencia y características del ataque cerebrovascular en Colombia, para contar con un plan de optimización de los servicios de atención y de inicio del tratamiento que aseguren la máxima recuperación del paciente.  La Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud será un conjunto de lineamientos institucionales, clínicos y sociales para organizar los servicios de salud prestados a los pacientes con ACV. El propósito es conseguir una mejor y mayor prevención, atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del ACV, basado en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio.  La comunidad científica, la sociedad civil, entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y las Empresas Sociales del Estado (ESE) participarán en el diseño de la Estrategia en ACV. | «Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria. Su morbimortalidad no sólo ocasiona sufrimiento a los pacientes y a sus familiares, sino que además lastra gravemente la economía de la sociedad» (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).  Bajo esa perspectiva, España y otros países Europeos se han trazado como meta, la consolidación de una Estrategia Nacional que considere todos los actores relevantes del sistema de salud para encauzar acciones, mecanismos e instrumentos que tomen en serio la incidencia del ACV.  Colombia deme implementar una estrategia con urgencia para “estructurar la organización de los servicios de atención para optimizar el manejo de los pacientes con ACV» (Arenas y Lucumí, 2019).  En la región latinoamericana, Chile ya ha estado haciendo lo propio. «La existencia de un Plan de Acción de Ataque Cerebrovascular ha explicitado los roles que los diferentes actores de la red asistencial tienen para garantizar una atención oportuna y adecuada a todos los pacientes» (Labbé Atenas et. al., 2018). |
| **Artículo 4. Objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).** Son objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud:   1. Fomentar la educación en salud para que la población conozca y entienda los factores de riesgo de ACV que no son modificables y los que sí se pueden controlar. 2. Implementar un sistema de información nacional en ACV actualizado y confiable para la toma de decisiones clínicas, económicas y de salud pública dentro del SGSSS. 3. Aumentar el control de los grupos de riesgo a través de programas de seguimiento. 4. Disponer de las herramientas clínicas efectivas para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes con ACV. 5. Promover un sistema de cuidado y rehabilitación integral. 6. Crear un plan de formación continuada específico en ACV dirigido al talento humano en salud para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes. 7. Priorizar los Departamentos en los que hay alta incidencia de ACV y un acceso limitado a procedimientos e intervenciones de tratamiento oportuno y adecuado. 8. Promover la investigación científica y el avance médico en el tratamiento del ACV. 9. Reducir la incidencia de ACV. 10. Monitorear y hacer seguimiento continuo del ACV en el país.   Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social adicionará los objetivos, metas e indicadores en salud que considere pertinentes, con el objeto de lograr una Estrategia en ACV que cumpla con los estándares de los sistemas de salud de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. | Cada uno de los objetivos planteados deberá corresponder a un capítulo especial de la Estrategia Colombiana en ACV y deben significar líneas de acción concretas para mejorar «la cadena de eventos que favorece buenos resultados funcionales luego de un ACV» (Arenas y Lucumí, 2019).  Más importante todavía, el Ministerio de Salud como rector del sistema y encargado de lidear la estrategia con los actores citados en el artículo 3, deberá incorporar todo lo necesario para que dicha estrategia ofrezca resultados comparables con los estándares de los sistemas de salud de los países con los que Colombia comparte lugar en la OCDE.  Que, efectivamente, la inclusión del país en esta organización internacional, funcione para incrementar la capacidad institucional del Estado en todos los frentes. |
| **Artículo 5. Atención en fase aguda y rehabilitación.** Dentro de la Estrategia en ACV se deberán incluir criterios e indicadores para medir tiempos óptimos de diagnóstico, inicio del tratamiento, oportunidad de atención en la fase aguda del paciente ACV, y un sistema de rehabilitación y cuidado que le permita al paciente un proceso terapéutico para desarrollar su máximo potencial físico, psicológico y social.  Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus facultades de inspección, vigilancia y control, sancionará a las entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y Empresas Sociales del Estado (ESE) que incumplan con las disposiciones que la Estrategia en ACV defina. | «Las personas que sufren de un ACV pueden tener trastornos motores, de lenguaje, cognoscitivos y emocionales, que afectan sus roles social, personal y laboral». (Universidad de la Sabana, 2019). Por eso es tan importante que la estrategia concentre especiales esfuerzos en mejorar la atención de los pacientes en la fase aguda del ACV y consideren la provisión de un sistema de rehabilitación y cuidado completo y suficiente no solo para el paciente sino también para la familia.  La Superintendencia Nacional de Salud deberá estar atenta a la implementación de los protocolos y definición de la Estrategia en ACV para actuar en consecuencia. |
| **Artículo 6. Ciencia y tecnología.** La Estrategia en ACV deberá proponer lineamientos en materia de ciencia y tecnología para el desarrollo de un sistema moderno y permanentemente actualizado en actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y provisión de unos mejores cuidados a los pacientes con ACV. | De acuerdo con la bibliografía revisada, «si bien la tomografía axial computarizada (TAC) cerebral simple sigue siendo la imagen recomendada por las guías internacionales para la evaluación inicial y toma de decisiones sobre el manejo del paciente con sospecha de ACV, en los últimos años ha habido extraordinarios avances en el diagnóstico oportuno y temprano del ACV con nuevas herramientas que van desde la estandarización de la angiotomografía cerebral como uno de los estudios principales en el enfoque inicial hasta el uso de técnicas de perfusión por tomografía y resonancia magnética (RM) cerebral, que permiten establecer el núcleo del infarto y el área circundante potencialmente salvable, por lo que es posible ofrecer terapias que brindan al paciente funcionalidad y calidad de vida a mediano y largo plazo» (García Figueroa et. al., 2018).  Por consiguiente, es crucial incentivar una agenda científica y de investigación más potente que contribuya a obtener un sistema de salud moderno y permanentemente actualizado en actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y provisión de unos mejores cuidados a los pacientes con ACV. |
| **Artículo 7. Alianzas público - privadas.** Con el objeto de mejorar la implementación de los procedimientos, intervenciones y condiciones en los cuales son atendidos los pacientes de ACV en el país, especialmente en zonas de difícil acceso, las entidades territoriales y actores privados podrán formular alianzas público - privadas de conformidad con la Ley 1508 de 2012 y la normatividad vigente. El resultado de las alianzas público – privados deberá permitir la reducción de morbimortalidad y discapacidad asociadas al ACV. | Con este artículo buscamos, principalmente, la puesta en marcha de un mecanismo de concurrencia y cooperación estratégica entre actores públicos y privados para aumentar el nivel de eficiencia en la atención de los pacientes con ACV. Hacemos referencia a la ley 1508 de 2012 como marco normativo más importante, del cual podrían esos actores hacer uso para el logro de los objetivos propuestos.  Recalcar que los pacientes en zonas de dfifícil acceso y afiliados al régimen subsidiado son los más vulnerables del sistema y merece una especial atención. |
| **Artículo 8. Línea telefónica ACV.** El Ministerio de Salud y Protección Social creará y promoverá una línea telefónica ACV con el objetivo de solicitar asistencia inmediata del paciente, reducir el tiempo de transporte y activar los protocolos médicos de emergencia necesarios para el manejo adecuado de la enfermedad. | Esta herramienta, por sí sola, no significa ningún avance significativo si con la Estrategia en ACV no logramos un nivel de conocimiento más amplio de la población sobre los factores de riesgo y síntomas del ACV. «Según la Asociación Colombiana de Neurología, cada año más de 45.000 personas en Colombia sufre un ataque cerebrovascular (ACV), cabe resaltar que el 75 % de los ataques se producen en países de bajos ingresos. El 38% de los pacientes no reconoce los síntomas de estos» (Portafolio, 2019).  La idea, en primer lugar, es promover la educación en salud para que luego este tipo de disposiciones cobren aplicación y eficacia. Por lo pronto, hay que promover su existencia para contar con una plataforma que permita reducir el tiempo de transporte y activar los protocolos médicos de emergencia necesarios para el manejo adecuado de la enfermedad. |
| **Artículo 9. Evaluación y seguimiento de la ley.** La presente ley será objeto de revisión, evaluación y seguimiento para conocer sus alcances y resultados. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social enviará cada año a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República, un informe con los resultados de la Estrategia en ACV y el cumplimiento de la presente ley. | Es fundamental que la ley cumpla con los objetivos planteados y la principal vía para conocer el nivel de cumplimiento son los informes que emita el Ministerio de Salud y que las Comisiones Séptimas del Congreso puedan estudiar y discutir. |
| **Artículo 10. Vigencia de la Ley.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias. | Vigencia. |

**Conflicto de interés**

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, se considera que la discusión y votación del presente proyecto de ley no genera conflictos de interés, puesto que no generaría beneficios particulares, actuales y directos a los congresistas.

De los honorables congresistas,

|  |  |
| --- | --- |
| NUBIA LÓPEZ MORALES  Representante a la Cámara Departamento de Santander | ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ  Representante a la Cámara Archipiélago San Andrés Islas |
| ALEXANDER BERMÚDEZ LASSO  Representante a la Cámara  Departamento del Guaviare | **EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN**  **Representante a la Cámara**  **Departamento de Santander** |
| FABIO FERNANDO ARROYAVE R.  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca | **ADRIANA GÓMEZ MILLÁN**  **Representante a la Cámara**  **Departamento del Valle del Cauca** |

**BIBLIOGRAFÍA**

* Arenas Duque, Andrea y Lucumí, Diego Iván. *Caracterización del accidente cerebrovascular en Colombia.* Documentos de Trabajo, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes, No. 63. Marzo de 2019.
* Contreras, Johanna; Pérez, Osmar; Figureroa, Natalia. “Enfermedad cerebrovascular en mujeres: estado del arte y visión del cardiólogo”, en *Revista Colombiana de Cardiología,* núm. 25, 2018.
* Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-662 de 2009. OBJECIONES PRESIDENCIALES A PROYECTO DE LEY SANDRA CEBALLOS, POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS ACCIONES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL CANCER EN COLOMBIA. Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas Silva.
* García Figueroa, Carolina; Martínez Reyes, Andrea; García, Valentina; Ricaurte-Fajardo, Andrés; Torres, Isabel; Coral, Juliana. “Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo”, en *Universitas Médica,* Vol. 60, Julio-Septiembre, 2019.
* Labbé Atenas, Tomás; Busquets Escuer, J; Vanegas Araneda, Pia; Neira Ojeda, Carolina; Santos Carquin, Irving; Paccot Burnens, Melanie. “Ataque cerebrovascular: Salud Pública cuando el tiempo es cerebro”, en *Revista médica de Chile*, vol. 146 núm. 10, Santiago de Chile, 2018.
* Ministerio de Salud y Protección Social. *Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular lsquémico en población mayor de 18 años*. 2015.
* Ministerio de Sanidad y Política Social de España. *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional.* 2009.
* Portafolio (octubre 24 de 2019). *Ataque cerebrovascular afecta a 45 mil personas cada año.*
* Universidad de la Sabana (2019). En línea: Casos exitosos de pacientes con ACV.