

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE
PROYECTO DE LEY 017 DE 2020 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN NORMAS
PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO
OPORTUNO DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES Y SE
DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

Bogotá, D.C., noviembre de 2020

Honorable Representante

JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ

Presidente de la Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de la Representantes

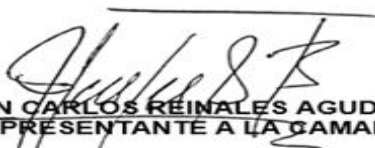
E. S. D.

Asunto: Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley 017 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se optan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones".

Respetado presidente,

En los términos de los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, y en cumplimiento de la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, me permito presentar informe de ponencia para primer debate del Proyecto de ley 017 de 2020 "Por medio de la cual se optan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones".

Atentamente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO

Representante a la Cámara

Departamento de Risaralda

Partido Liberal Colombiano

Coordinador Ponente



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ

Representante a la Cámara

Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común

Partido FARC

Ponente

El informe de ponencia se rinde en los siguientes términos:

- 1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA**
- 2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY**
- 3. EXPOSICIÓN MOTIVOS**
 - 3.1. CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES DEL PROYECTO DE LEY**
 - 3.2. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN AMÉRICA LATINA**
 - 3.3. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA**
- 4. MARCO NORMATIVO**
 - 4.1. MARCO CONSTITUCIONAL**
 - 4.2. MARCO LEGAL**
 - 4.3. MARCO JURISPRUDENCIAL**
 - 4.4. DERECHO COMPARADO**
- 5. PLIEGO DE MODIFICACIONES**
- 6. PROPOSICIÓN**
- 7. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE**

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El presente Proyecto de Ley es iniciativa de las Honorables Representantes, H.R. Nubia López Morales, H.R. Elizabeth Jay-Pang Díaz, H.R. Alexander Harley Bermúdez Lasso, H.R. Edgar Alfonso Gómez Román, H.R. Fabio Fernando Arroyave Rivas, H.R. Adriana Gómez Millán el cual fue radicado ante la secretaria General de la Cámara de Representantes, el 20 de julio de 2020, con el número 017 de 2020 y publicado en la gaceta número 629 de 2020.

Posteriormente, el Proyecto de Ley fue enviado a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y fueron designados como ponentes, el Honorable Representante Juan Carlos Reinales Agudelo Coordinador ponente y el Honorable Representante Jairo Reinaldo Cala Suárez ponente.

2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

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

El proyecto de ley cuenta con 10 artículos incluyendo su vigencia.

3. EXPOSICIÓN MOTIVOS

3.1. Consideraciones de los Ponentes del Proyecto de Ley

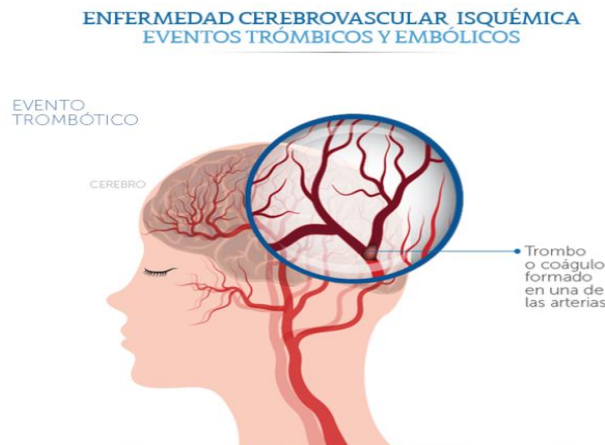
La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) ocurre cuando el suministro de sangre se interrumpe o se reduce, a una parte del cerebro lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes, las células cerebrales comienzan a morir en minutos.

Dicha enfermedad, se define como déficit neurológico agudo que ocurre por la disminución sanguínea cerebral, es decir que, en alguna parte del cerebro le disminuye el aporte sanguíneo, esto se presenta a causa de taponamiento de la arteria o por el rompimiento de arteria, lo que causa es que el cerebro deje de funcionar.

Por ejemplo, si una persona sufre un accidente cerebrovascular y se afecta lado derecho del cerebro, su brazo derecho tendrá problemas para la movilidad, toda vez que esa parte del cerebro controlaba el brazo, así mismo, ocurre con el habla la sensibilidad entre otros. Esta enfermedad se puede presentar de la siguiente manera:

Isquémico Trombótico:

- Es un infarto lacunar: Oclusión de vasos cerebrales pequeños ocluyendo la irrigación sanguínea de volumen pequeño de tejido cerebral.
- Infarto de un gran vaso sanguíneo.



Fuente: Fuente: Médica sur Mexico

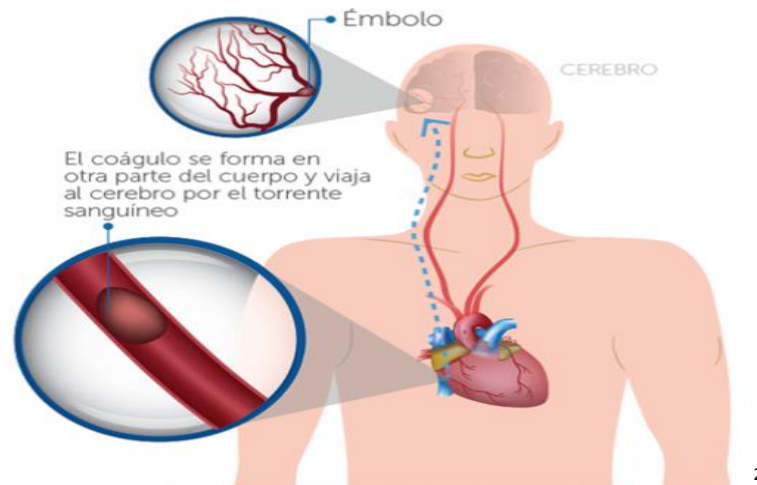
1

Embólico:

- Cardioembólico: La embolia proviene del corazón, con frecuencia, de la aurícula cardíaca.
- Criptogámico: La oclusión de un vaso intracraneal sin causa aparente.
- De otras causas.

¹Médica del sur, vista el 1 de octubre de 2020, http://www.medicasur.com.mx/en_mx/ms/ecv_03_que_son

EVENTO EMBÓLICO

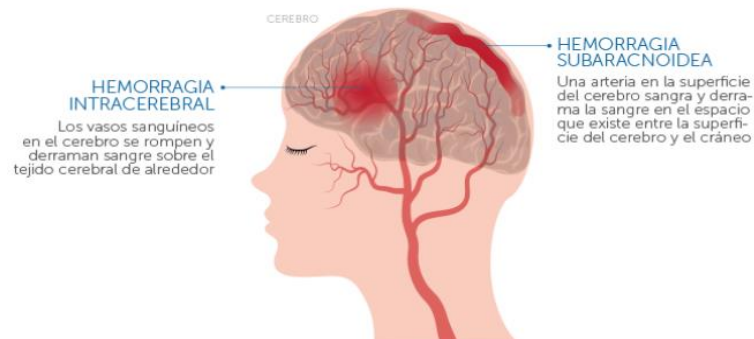


Fuente: Médica sur Mexico

Hemorrágico Derrame Cerebral:

- Intraparenquimatoso
- Subdural
- Epidural
- Subaracnoideo

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICA INTRACEREBRAL Y SUBARACNOIDEA



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro. Ministerio de Salud de Colombia de 2015, se refiere al accidente 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

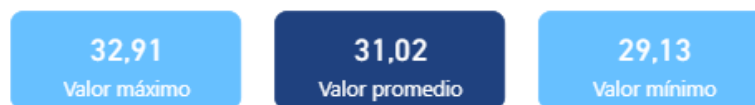
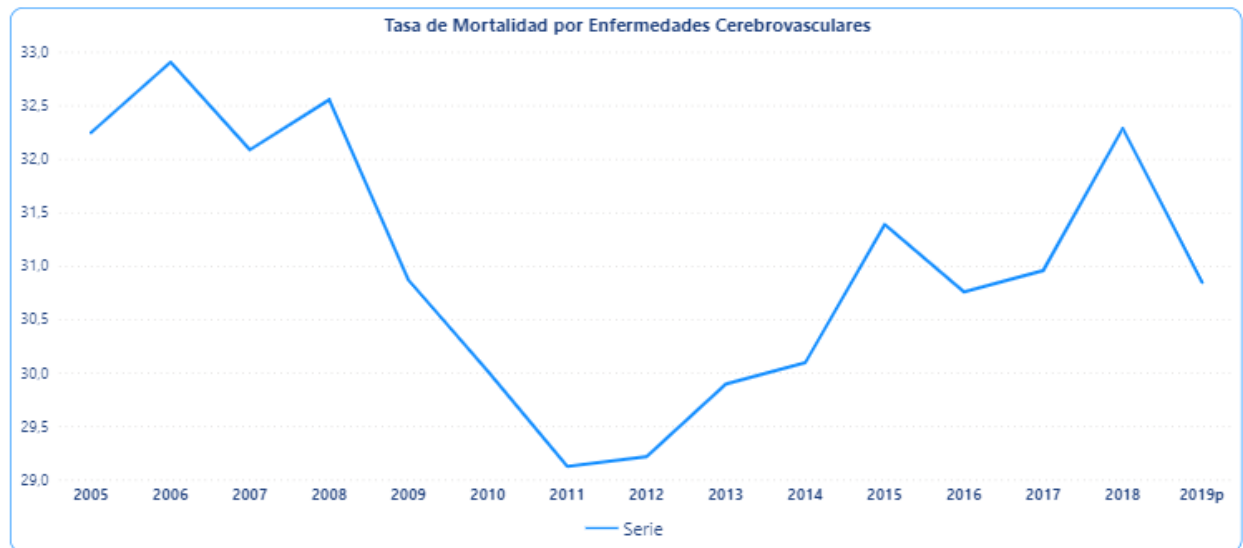
²Médica del sur, vista el 1 de octubre de 2020, http://www.medicasur.com.mx/en_mx/ms/ecv_03_que_son

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).

Según información publicada en la página de así vamos en salud en Colombia, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad, presentando en el año 2016 una tasa de 30,76 muertes por 100.000 habitantes. A nivel departamental, los departamentos que presentan mayores tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares son Valle del Cauca, Caldas, Tolima, Risaralda, Quindío, Sucre y Boyacá, presentando tasas por encima de 35 muertes por 100.000 habitantes. Por otra parte, departamentos como La Guajira, Guainía, Vichada y Guaviare presentan tasas por debajo de 15 muertes por 100.000 habitantes.

En la siguientes gráficas, se puede evidenciar la tasa de mortalidad de enfermedades cerebrovasculares en Colombia a nivel nacional y departamental, con corte al año 2019, dividido por la población de 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad en enfermedades cerebrovasculares corte al año 2019



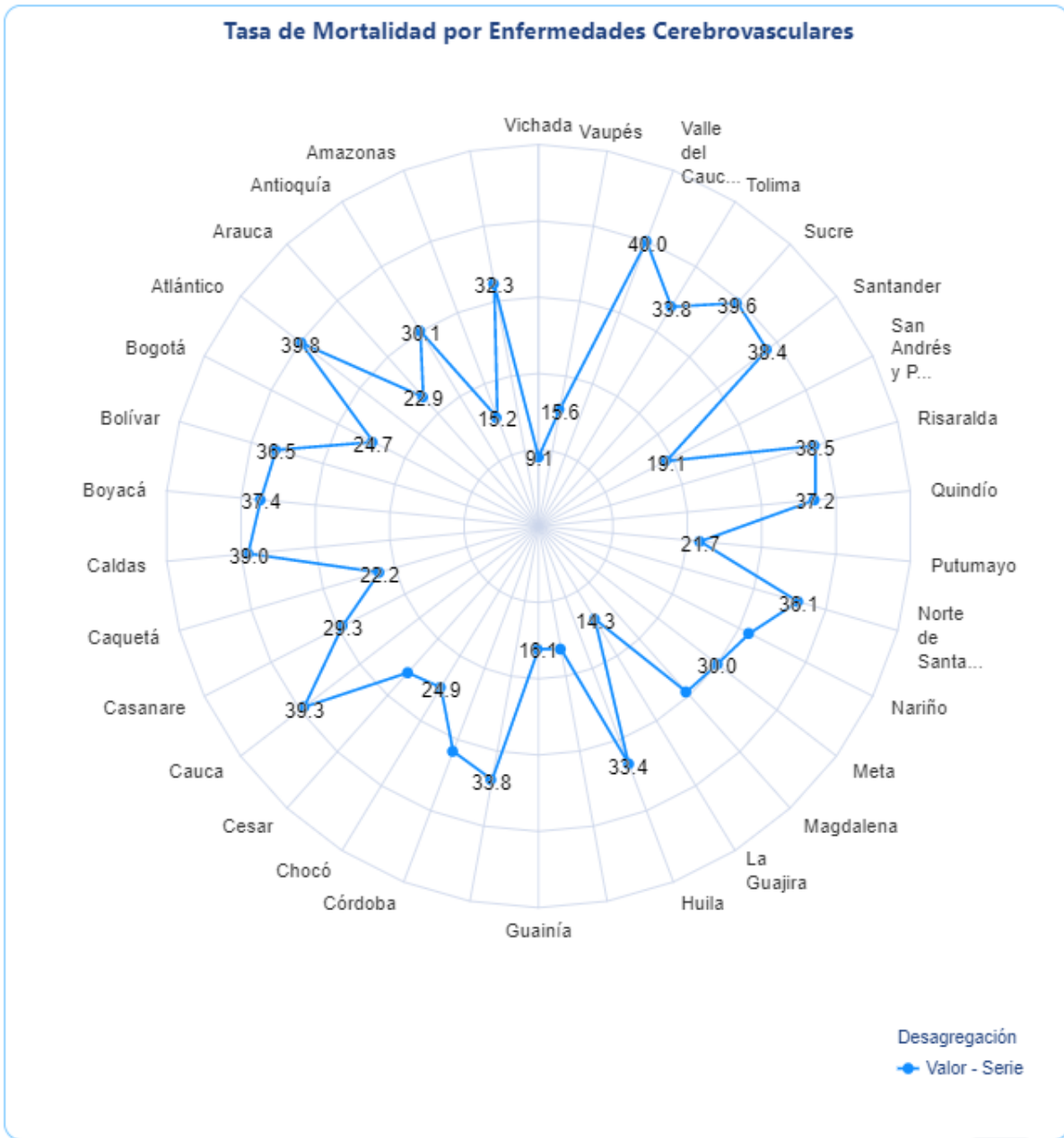
Fuente: Así vamos en salud³

³ Así vamos en salud, página en el siguiente vinculo:

<https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades>

Tasa de mortalidad en Colombia por Enfermedades Cerebrovasculares.

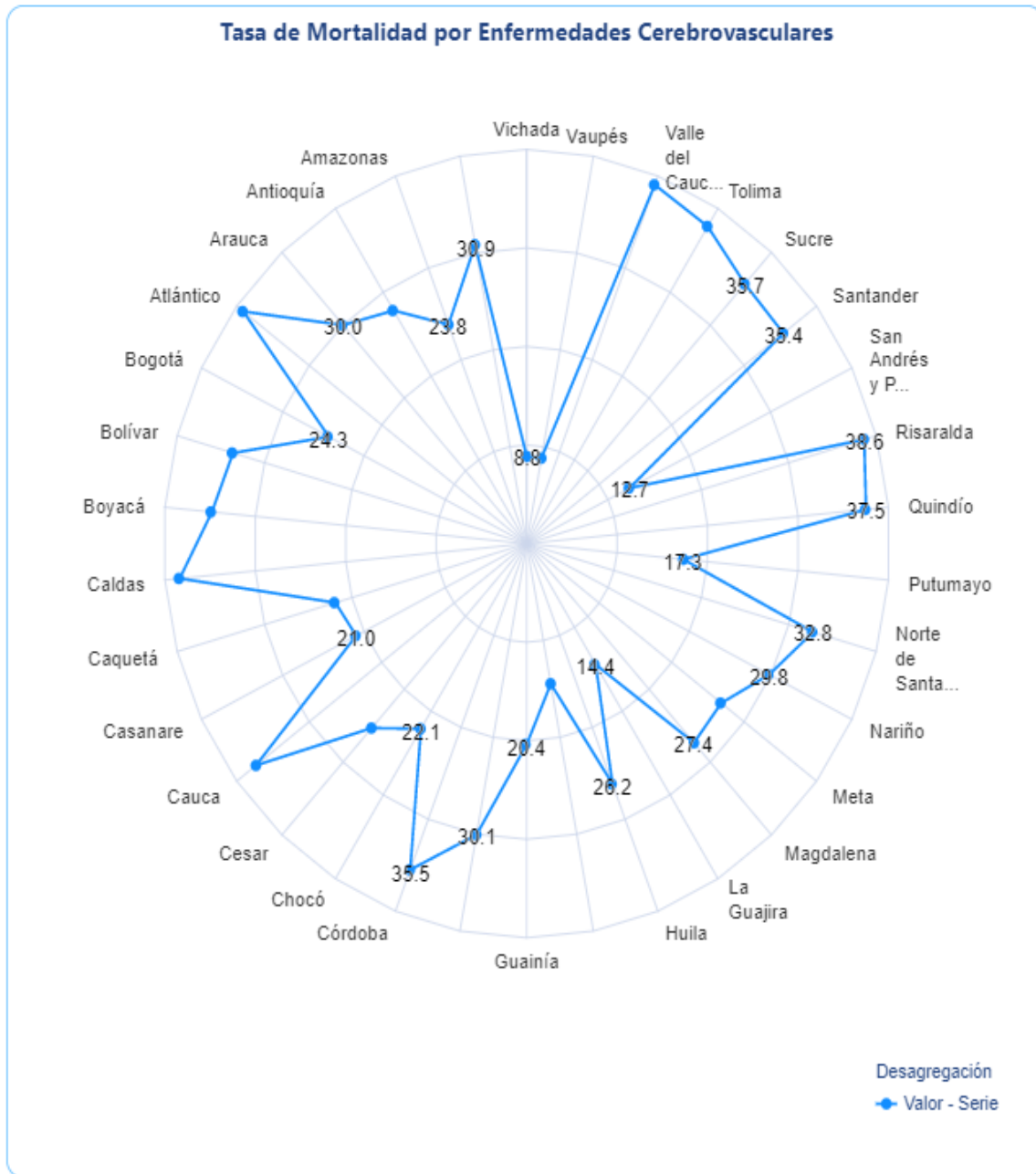
Cifras nacionales año 2018



Fuente: Así vamos en salud ⁴

⁴Así vamos en salud, página en el siguiente vinculo:
<https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades>

Tasa de mortalidad en Colombia por Enfermedades Cerebrovasculares. Cifras nacionales año 2019



Fuente: Así vamos en salud⁵

⁵ Así vamos en salud, página en el siguiente vinculo:
<https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades>

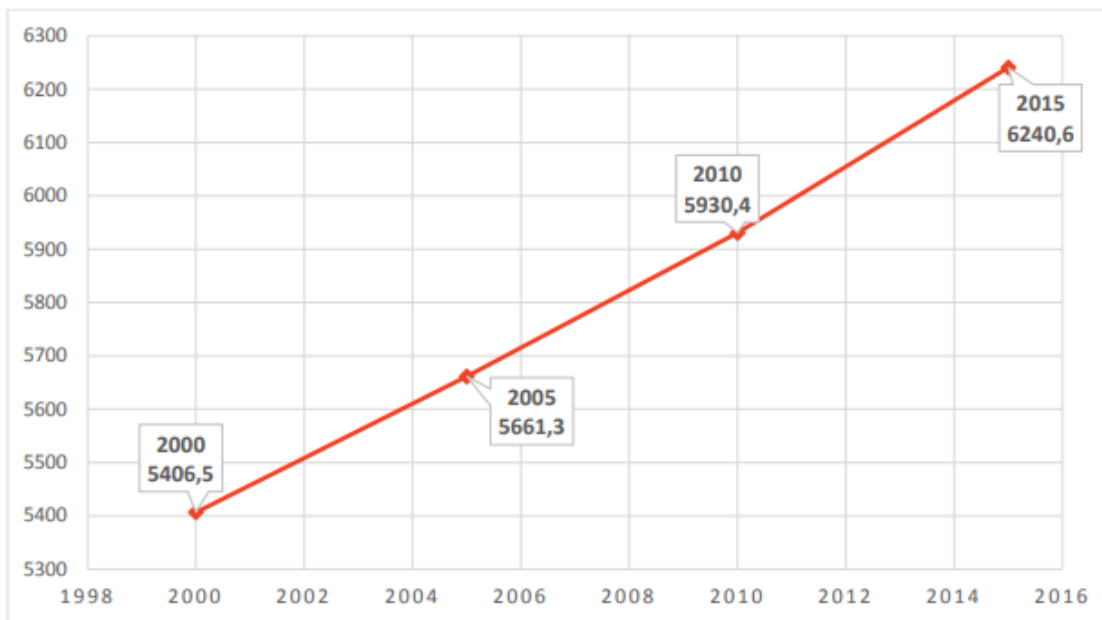
Esta condición necesita una atención y tratamiento oportuno para reducir el daño cerebral y otras complicaciones, por eso está iniciativa legislativa, pretende que, las enfermedades cerebrovasculares, se eleve a categoría de enfermedad de salud pública, con el fin de poder mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares. Es necesario crear cambios que nos permitan establecer medidas eficaces, tempranas y oportunas.

La OMS, en su Observatorio Mundial de la Salud (GHO), indica que en 2015 se produjeron más de 6 millones de muertes por accidente cerebrovascular en todo el mundo, de las cuales 3 250 217 corresponden al sexo femenino, en tanto 2 990 394 al sexo masculino.

El accidente cerebrovascular (ACV) es la enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia promedio mundial de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes.

A continuación, se muestran datos estadísticos con corte al año 2015 sobre el accidente cerebrovascular a nivel mundial.

Gráfico 1. Defunciones por ACV (miles). 2000, 2005, 2010, 2015

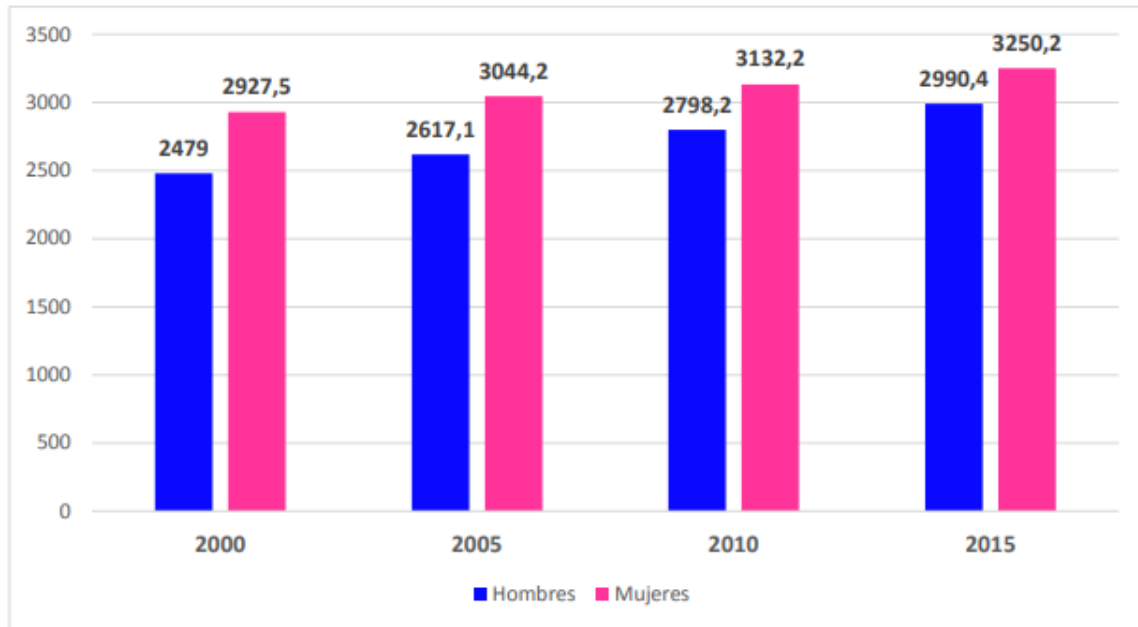


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory.

http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 2. Defunciones por ACV (miles) según sexo. 2000, 2005, 2010, 2015

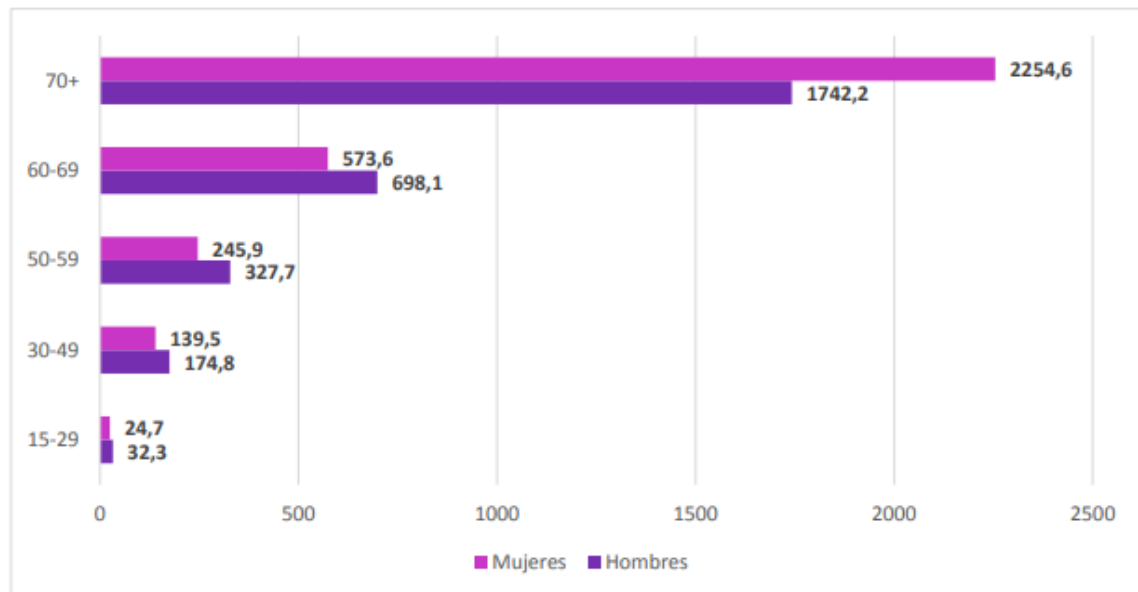


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory.

http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 3. Defunciones por ACV (miles) según grupo de edad y sexo. 2015

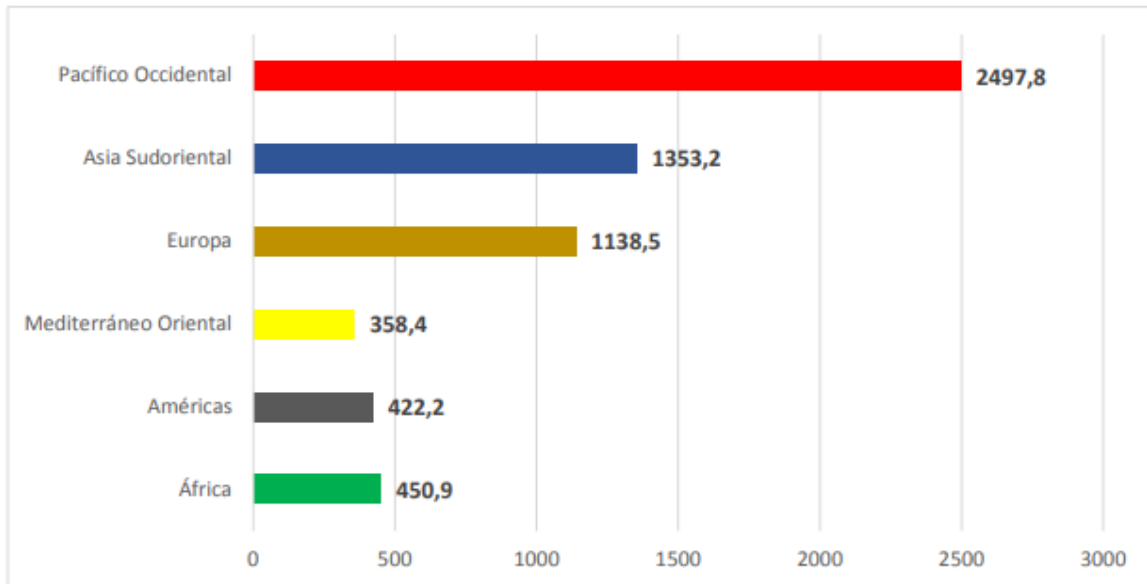


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory.

http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 4. Defunciones por ACV (miles) por región de la OMS. 2015

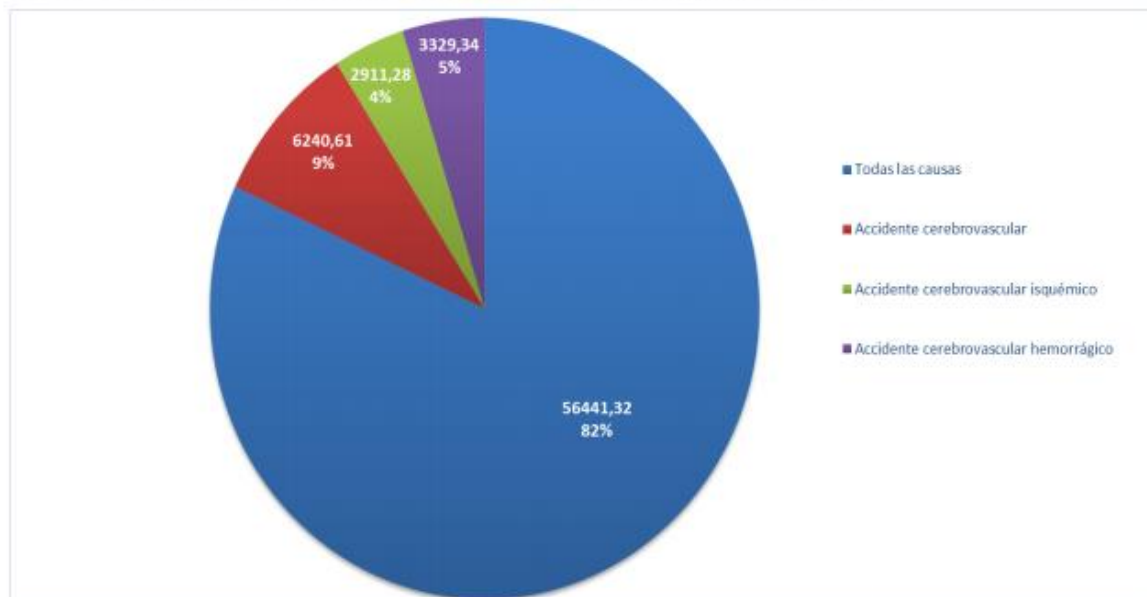


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory.

http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 5. Defunciones por ACV, ACV isquémico y ACV hemorrágico (miles). 2015



Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

Fuente: Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Toda la información suministrada es extraída del boletín fotográfico de la Biblioteca Médica Nacional “Accidente Cerebrovascular. Estadísticas Mundiales”. Fecha: diciembre 2017. <https://files.sld.cu/bmn/files/2017/12/factografico-de-salud-diciembre-2017.pdf>

3.2. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN AMÉRICA LATINA

De acuerdo con el estudio de la Carga Global de Enfermedad (CGE por sus siglas en inglés) 2010, el Accidente Cerebro Vascular (ACV), es la segunda causa de muerte en el mundo, y una de las primeras causas de Años Perdidos por Discapacidad

3.3. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA

En Colombia estudios publicados entre 1984 y 2002, estiman la prevalencia de ACV entre 1,4 y 19,9 por 100.000 habitantes (habs.). Según Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el segundo puesto entre las principales causas de mortalidad en el país.

Análisis por años

- **Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico mujeres (tabla 1):**
En cuanto a la incidencia del ACV hemorrágico en el caso de las mujeres, de acuerdo con las proyecciones realizadas por medio de la RS de la literatura, para 2010 se calculó una tasa de incidencia de 7,59 por 100.000 habs., correspondiente a 1.292 casos mientras que, en el año 2014, esta fue de 7,58 por 100.000 habs., correspondiente a 1.408 casos. Para el año 2010, el número de casos prevalentes fue de 8.471 personas, equivalentes a una prevalencia de 0,05%. En 2014, la prevalencia se mantuvo constante, con 9.912 casos.

Respecto a la tasa de mortalidad, ésta se calculó a partir de los registros de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), disminuyó de 21,3 por 100.000 habs., con 4.031 muertes por esta causa en 2010, a 18,8 por 100.000 habs., con 3.921 muertes en 2014 por ACV hemorrágico. La reducción absoluta del riesgo entre 2010 y 2014 se registró en 2.5 muertes por cada 100.000 habitantes.

Tabla 1. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en mujeres. Colombia, 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
2010	1.292	7,59	8.471	0,05%	4.031	21,36
2011	1.318	7,58	8.823	0,05%	4.001	20,51
2012	1.347	7,58	9.164	0,05%	3.958	19,63
2013	1.376	7,58	9.542	0,05%	3.921	18,83
2014	1.408	7,58	9.912	0,05%	3.882	18,06

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

- **Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico hombres (tabla 2):**
En hombres, la incidencia calculada para 2010 fue de 9,08 por 100.000 habs., equivalente a 1.442 casos anuales. Dicha incidencia permaneció estable durante el

periodo de observación. Para 2014 se registraron 1.567 casos nuevos por ACV hemorrágico.

La prevalencia fue calculada por RIPS y permaneció estable para ACV hemorrágico durante el periodo de observación. La tasa de mortalidad por ACV hemorrágico en hombres registró un descenso durante el periodo de observación, registrándose una reducción absoluta del riesgo en 3,0 muertes por 100.000 habitantes entre 2010 y 2014

Tabla 2. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en hombres. Colombia 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
2010	1.442	9,08	8.445	0,05%	3.387	21,74
2011	1.474	9,09	8.821	0,05%	3.349	20,90
2012	1.506	9,10	9.208	0,06%	3.317	20,12
2013	1.536	9,09	9.615	0,06%	3.281	19,37
2014	1.567	9,08	10.036	0,06%	3.248	18,65

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

- **Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico mujeres (Tabla 3):**

En cuanto al ACV isquémico, para el grupo de mujeres la tasa de incidencia promedio en mujeres fue de 7,7 casos nuevos por cada 100.000 habs. con 1.364 casos en 2010 y 1.543 en 2014. La prevalencia obtenida por RIPS se mantuvo durante el periodo de observación sin mayores cambios, con un número de casos prevalentes que oscilaron entre 23.271 en 2010 y 31.281 en 2014.

El número de muertes por ACV isquémico en mujeres para 2010 fue de 3.416, con una tasa de mortalidad de 17,72 por 100.000 habs. Aunque en 2014, el número de defunciones aumentó a 3.702, la tasa de mortalidad por 100.000 habs. disminuyó a 16,81 por 100.000 habitantes.

Tabla 3. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en mujeres. Colombia, 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
2010	1.364	7,74	23.271	0,13%	3.416	17,72
2011	1.407	7,75	25.193	0,13%	3.487	17,47
2012	1.451	7,75	27.241	0,14%	3.556	17,23
2013	1.496	7,74	29.442	0,14%	3.632	17,03
2014	1.543	7,75	31.821	0,15%	3.702	16,81

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

- **Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico hombres (Tabla 4):**

En hombres, el número de casos nuevos de ACV isquémico calculados para 2010 fue de 2.672, registrando una incidencia de 17,0 por 100.000 hab. En 2014, el número de casos aumentó a 2.927, con una tasa de incidencia de 17,0 casos nuevos por cada 100.000 hab., la tasa de incidencia se mantuvo estable.

El número de casos prevalentes de ACV isquémico calculado a partir de RIPS fue de 21.972, para una prevalencia de 0,14%. En 2014, se registró un leve aumento de la tasa del indicador en hombres, registrándose una prevalencia promedio de 0,16% durante el periodo de observación.

El número de muertes por ACV isquémico en el periodo 2010- 2014 fue de 14.938, con un promedio de muertes anuales de 2987. Aunque el número absoluto de muertes aumentó de 2.881 en 2010 a 3.089 en 2014, la tasa de mortalidad registró un leve descenso.

Tabla 4. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en hombres. Colombia, 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
2010	2.672	17,07	21.972	0,14%	2.881	18,84
2011	2.734	17,08	23.904	0,15%	2.941	18,70
2012	2.795	17,07	26.017	0,16%	2.992	18,50
2013	2.861	17,07	28.290	0,17%	3.035	18,26
2014	2.927	17,08	30.761	0,17%	3.089	18,10

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

Análisis por grupos de edad

- Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico mujeres (tabla 5):

Se estimó la prevalencia y mortalidad secundaria a ACV por grupos de edad en Colombia para 2014. Se discriminaron los resultados según tipo de ACV y sexo, para cada uno de los grupos de edad. Para el caso de las mujeres, la incidencia de ACV hemorrágico aumentó con la edad, desde una tasa de 5,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en el grupo de 15-19 años, hasta una tasa de 19,5 casos nuevos por 100.000 habitantes en el grupo de 70-74 años. A partir de los 75 años se registró un descenso en la tasa de incidencia.

La prevalencia de ACV hemorrágico en las mujeres, tuvo un comportamiento similar al de la incidencia, aumentando con la edad, siendo las mujeres mayores de 50 años quienes mayor prevalencia registraron. Para 2014 se registró un total de 3.882 muertes por ACV hemorrágico en mujeres mayores a 15 años. De igual manera, la mortalidad por ACV hemorrágico en las mujeres aumentó con la edad.

Tabla 5. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en mujeres según grupos de edad. Colombia, 2014

GRUPO DE EDAD	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
15-19	112	5,24	128	0,0%	10	0,47
20-24	137	6,58	159	0,0%	14	0,67
25-29	121	6,28	180	0,01%	23	1,19
30-34	108	6,07	221	0,01%	32	1,80
35-39	109	6,74	274	0,02%	43	2,66
40-44	92	6,17	384	0,03%	82	5,50
45-49	88	5,84	564	0,04%	150	9,96
50-54	79	5,76	794	0,06%	224	16,33
55-59	170	15,10	951	0,08%	269	23,89
60-64	111	12,66	1.055	0,12%	324	36,96
65-69	124	18,59	1.066	0,16%	396	59,38
70-74	95	19,57	1.084	0,22%	463	95,37
75-79	43	11,27	1.129	0,30%	569	149,18
80+	19	4,84	1.923	0,49%	1.283	327,06

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

- **Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico hombres (tabla 6):**

En el caso de los hombres y de manera general se observó un aumento de la incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico, según aumentó la edad. Para 2014 se presentaron 1.567 casos nuevos de ACV hemorrágico y de acuerdo con la tasa de incidencia, es la edad de 55 años a partir de la que se evidenció un aumento significativo en el desarrollo de ACV hemorrágico. Para el caso de la prevalencia, esta mostró un aumento sostenido, siendo mayor para los mayores de 80 años. Para 2014, se presentaron un total de 3.248 muertes por ACV hemorrágico en hombres

Tabla 6. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico hombres. Colombia, 2014

GRUPO DE EDAD	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
15-19	150	6,72	159	0,01%	12	0,54
20-24	176	8,06	195	0,01%	17	0,78
25-29	153	7,80	222	0,01%	23	1,17
30-34	129	7,59	253	0,01%	31	1,82
35-39	126	8,26	310	0,02%	43	2,82
40-44	106	7,69	423	0,03%	78	5,66
45-49	101	7,35	614	0,04%	139	10,12
50-54	90	7,22	861	0,07%	208	16,70
55-59	167	16,56	1016	0,10%	250	24,79
60-64	110	14,05	1127	0,14%	300	38,33
65-69	118	20,21	1116	0,19%	360	61,66
70-74	86	21,17	1081	0,27%	401	98,70
75-79	37	12,61	1032	0,35%	449	153,07
80+	18	6,49	1627	0,59%	937	337,83

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

- **Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico mujeres (Tabla 7):**

En cuanto al ACV isquémico para el caso de las mujeres, se presentaron en 2014 un total de 1.543 casos nuevos. El grupo de edad que registró una mayor incidencia es el

de 35-39 años. El patrón volvió a comenzar a partir de los 40 años, donde el grupo de 75-59 años fue el que registró la mayor incidencia. De manera similar, la prevalencia y la mortalidad aumentó en forma sostenida con la edad, sin embargo, esta no presentó disensos con el aumento de la edad. Para 2014 se registraron un total de 3.702 muertes por ACV isquémico en mujeres

Tabla 7. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en mujeres. Colombia, 2014

GRUPO DE EDAD	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
15-19	0	0,00	251	0,01%	2	0,09
20-24	0	0,00	304	0,01%	3	0,14
25-29	0	0,00	383	0,02%	3	0,16
30-34	0	0,00	558	0,03%	7	0,39
35-39	363	22,45	715	0,04%	13	0,80
40-44	0	0,00	987	0,07%	29	1,94
45-49	67	4,45	1530	0,10%	54	3,59
50-54	61	4,45	2382	0,17%	90	6,56
55-59	262	23,26	3031	0,27%	133	11,81
60-64	144	16,43	3328	0,38%	203	23,16
65-69	143	21,44	3596	0,54%	302	45,28
70-74	174	35,84	3685	0,76%	432	88,98
75-79	241	63,18	4087	1,07%	623	163,33
80+	88	22,43	6984	1,78%	1808	460,89

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

- **Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico hombres (Tabla 8):**

Para el caso de los hombres, la incidencia de ACV isquémico por grupos de edad, mostró una tendencia más variable, siendo el grupo de 75-79 años, con mayor tasa de incidencia entre todos los grupos de edad, seguido del grupo de 55-59 años. En contraste, la prevalencia tuvo un aumento sostenido con los grupos de edad, registrando 2,04% en el grupo de 80 años y más. Para 2014 se presentaron un total de 3.089 muertes en hombres. Se observó que la tasa de mortalidad aumentó a través de los grupos de edad

Tabla 8. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en hombres. Colombia, 2014

GRUPO DE EDAD	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 Hab
15-19	202	9,05	305	0,01%	2	0,09
20-24	153	7,01	374	0,02%	3	0,14
25-29	118	6,01	454	0,02%	4	0,20
30-34	154	9,06	624	0,04%	7	0,41
35-39	512	33,57	788	0,05%	13	0,85
40-44	125	9,07	1069	0,08%	29	2,10
45-49	214	15,58	1627	0,12%	55	4,00
50-54	194	15,57	2514	0,20%	92	7,39
55-59	347	34,41	3146	0,31%	130	12,89
60-64	216	27,60	3436	0,44%	193	24,66
65-69	190	32,54	3631	0,62%	282	48,30
70-74	191	47,01	3553	0,87%	389	95,74
75-79	218	74,32	3595	1,23%	516	175,91
80+	93	33,53	5645	2,04%	1.374	495,39

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

Análisis por Departamento

Se realizó un análisis por tipo de ACV y sexo para cada uno de los departamentos, para los parámetros de prevalencia y mortalidad, comparando los años de 2010 y 2014.

- **Prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico mujeres por departamento (tabla 9):**

Para el caso del ACV hemorrágico, en las mujeres para el año 2010, los departamentos con mayor prevalencia fueron Boyacá, Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Chocó, oscilando entre 0,09% y 0,06%. En cuanto a tasas de mortalidad, el departamento con mayor tasa de mortalidad fue San Andrés, con 30,8 muertes por 100.000 hab., seguido de Chocó, Valle del Cauca, Meta y Sucre, este último con una tasa de mortalidad de 24,2 por 100.000 hab. Para 2014, la prevalencia aumento y se mantuvo el orden entre departamentos, oscilando entre 0,10% y 0,06%. En cuanto a las tasas de mortalidad en 2014, San Andrés siguió siendo el departamento con mayor tasa de mortalidad a nivel nacional con 25,3 por 100.000 hab., seguido por Chocó, Valle, Meta y Sucre. Este último tuvo una tasa de 20,6 por 100.000 hab.

Tabla 9. Estimaciones de prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en mujeres por departamento. Colombia, 2010 y 2014

Departamento	2010				2014			
	Prevalencia		Mortalidad		Prevalencia		Mortalidad	
	n	%	Casos	Tasa	n	%	Casos	Tasa
Antioquia	887	0,03%	477	17,76	1043	0,04%	460	14,95
Atlántico	221	0,02%	198	21,04	259	0,02%	189	17,68
Bogotá, D.C.	1575	0,05%	684	21,92	1888	0,05%	677	18,55
Bolívar	301	0,04%	162	21,52	353	0,04%	154	17,94
Boyacá	568	0,09%	160	24,20	639	0,10%	149	20,54
Caldas	137	0,03%	118	23,18	157	0,03%	114	20,11
Caquetá	73	0,06%	27	21,86	84	0,06%	27	18,79
Cauca	333	0,07%	115	21,85	384	0,07%	109	18,65
Cesar	65	0,02%	53	18,75	79	0,02%	50	15,48
Córdoba	244	0,04%	120	21,24	286	0,05%	115	17,96
Cundinamarca	589	0,06%	229	21,55	683	0,06%	217	18,11
Chocó	85	0,06%	39	29,08	94	0,06%	36	24,60
Huila	187	0,05%	94	23,25	215	0,05%	88	19,53
La Guajira	52	0,02%	24	10,17	65	0,02%	24	8,51
Magdalena	81	0,02%	74	18,40	96	0,02%	71	15,67
Meta	90	0,03%	71	25,79	108	0,03%	70	21,37
Nariño	405	0,06%	139	20,95	467	0,07%	133	18,05
Norte de Santander	130	0,03%	92	18,12	151	0,03%	87	15,46
Quindío	90	0,03%	58	21,20	103	0,04%	56	18,24
Risaralda	163	0,04%	104	23,36	193	0,04%	102	19,96
Santander	300	0,03%	168	17,80	345	0,03%	158	15,02
Sucre	118	0,04%	75	24,29	138	0,04%	71	20,60
Tolima	204	0,03%	135	20,75	231	0,03%	126	17,52
Valle del Cauca	1472	0,07%	564	27,32	1730	0,08%	547	23,14
Arauca	31	0,05%	12	19,10	35	0,05%	13	17,75
Casanare	23	0,03%	15	17,99	29	0,03%	15	15,67
Putumayo	30	0,03%	13	15,32	34	0,03%	12	12,29
Archipiélago de San Andrés	8	0,03%	8	30,89	8	0,02%	8	25,38
Amazonas	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Guainía	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Guaviare	8	0,04%	3	20,60	9	0,04%	4	19,42
Vaupés	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Vichada	1	0,01%	0	0,00	6	0,03%	0	0,00

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

- **Prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico hombres por departamento (tabla 10):**

Para el caso de los hombres, en 2010 los departamentos con mayor prevalencia de ACV hemorrágico fueron Boyacá, Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Chocó, con prevalencia que varió entre 0,09% y 0,06%. En 2014, el orden de acuerdo a las mayores prevalencias se mantuvo, siendo la variación entre 0,10% para Boyacá y 0,06% para Chocó. En cuanto a la mortalidad por ACV hemorrágico en hombres, los primeros cinco departamentos con mayores tasas de mortalidad fueron San Andrés, Chocó, Valle del Cauca, Meta y Sucre. Las tasas de mortalidad en estos departamentos variaron entre 25,3 y 20,6 por 100.000 hab.

Tabla 10. Estimaciones de prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en hombres por departamento, Colombia. 2010 y 2014

Departamento	2010				2014			
	Prevalencia		Mortalidad		Prevalencia		Mortalidad	
	n	%	Casos	Tasa	n	%	Casos	Tasa
Antioquia	887	0,03%	380	18,08	1043	0,04%	460	14,95
Atlántico	221	0,02%	158	21,35	259	0,02%	189	17,68
Bogotá, D.C.	1575	0,05%	502	22,24	1888	0,05%	677	18,55
Bolívar	301	0,04%	142	21,75	353	0,04%	154	17,94
Boyacá	568	0,09%	137	24,62	639	0,10%	149	20,54
Caldas	137	0,03%	100	24,00	157	0,03%	114	20,11
Caquetá	73	0,06%	30	22,90	84	0,06%	27	18,79
Cauca	333	0,07%	106	22,30	384	0,07%	109	18,65
Cesar	65	0,02%	52	19,01	79	0,02%	50	15,48
Córdoba	244	0,04%	113	21,37	286	0,05%	115	17,96
Cundinamarca	589	0,06%	203	22,10	683	0,06%	217	18,11
Chocó	85	0,06%	32	28,36	94	0,06%	36	24,60
Huila	187	0,05%	87	23,63	215	0,05%	88	19,53
La Guajira	52	0,02%	21	10,38	65	0,02%	24	8,51
Magdalena	81	0,02%	72	18,85	96	0,02%	71	15,67
Meta	90	0,03%	73	26,45	108	0,03%	70	21,37
Nariño	405	0,06%	126	21,33	467	0,07%	133	18,05
Norte de Santander	130	0,03%	82	18,91	151	0,03%	87	15,46
Quindío	90	0,03%	50	21,90	103	0,04%	56	18,24
Risaralda	163	0,04%	87	24,11	193	0,04%	102	19,96
Santander	300	0,03%	134	18,00	345	0,03%	158	15,02
Sucre	118	0,04%	71	24,37	138	0,04%	71	20,60
Tolima	204	0,03%	132	21,77	231	0,03%	126	17,52
Valle del Cauca	1472	0,07%	443	27,71	1730	0,08%	547	23,14
Arauca	31	0,05%	14	22,58	35	0,05%	13	17,75
Casanare	23	0,03%	16	20,44	29	0,03%	15	15,67
Putumayo	30	0,03%	13	14,99	34	0,03%	12	12,29
Archipiélago de San Andrés	8	0,03%	5	25,61	8	0,02%	8	25,38
Amazonas	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Guainía	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Guaviare	8	0,04%	6	27,47	9	0,04%	4	19,42
Vaupés	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Vichada	1	0,01%	0	0,00	6	0,03%	0	0,00

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

- **Prevalencia y mortalidad por ACV isquémico mujeres por departamento (tabla 11):**

Con respecto al ACV isquémico, en 2010 las tasas de mortalidad en mujeres más altas por departamento fueron Santander, Atlántico, Norte de Santander, San Andrés y Magdalena

Tabla 11. Estimaciones de prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en mujeres por departamento. Colombia, 2010 y 2014

Departamento	2010				2014			
	Prevalencia		Mortalidad		Prevalencia		Mortalidad	
	n	%	Casos	Tasa	n	%	Casos	Tasa
Antioquia	3.216	0,12%	542	19,90	4407	0,15%	592	18,91
Atlántico	1.273	0,14%	230	23,73	1737	0,17%	245	22,33
Bogotá, D.C.	5.000	0,16%	516	16,74	7003	0,19%	577	15,93
Bolívar	845	0,11%	117	15,06	1155	0,14%	128	14,40
Boyacá	749	0,12%	130	18,08	980	0,14%	136	17,15
Caldas	535	0,11%	95	17,81	713	0,13%	103	17,03
Caquetá	68	0,05%	15	12,54	93	0,06%	18	12,80
Cauca	461	0,09%	56	10,18	617	0,11%	60	9,75
Cesar	198	0,07%	46	16,67	273	0,08%	48	15,29
Córdoba	420	0,08%	87	14,89	572	0,09%	92	13,86
Cundinamarca	1.192	0,12%	151	13,67	1.610	0,14%	162	12,99
Chocó	108	0,08%	24	16,98	139	0,10%	24	15,80
Huila	382	0,10%	72	17,29	515	0,12%	77	16,67
La Guajira	209	0,09%	22	9,26	296	0,10%	23	8,03
Magdalena	335	0,08%	85	20,78	451	0,10%	91	19,74
Meta	306	0,11%	46	17,30	437	0,13%	52	16,29
Nariño	491	0,08%	62	8,93	655	0,09%	65	8,38
Norte de Santander	454	0,09%	122	23,47	606	0,11%	129	22,46
Quindío	288	0,11%	50	17,86	389	0,13%	54	16,95
Risaralda	568	0,13%	82	18,12	777	0,16%	88	16,73
Santander	1.344	0,15%	254	25,64	1.795	0,18%	270	24,42
Sucre	203	0,07%	58	18,00	274	0,08%	60	16,56
Tolima	660	0,11%	121	17,68	873	0,13%	126	16,60
Valle del Cauca	3.736	0,19%	398	18,79	5.122	0,22%	437	17,88
Arauca	74	0,11%	10	16,87	105	0,14%	12	16,95
Casanare	64	0,07%	14	18,00	93	0,09%	17	18,86
Putumayo	39	0,04%	5	5,73	54	0,05%	6	6,23
Archipiélago de San Andrés	20	0,07%	5	22,06	30	0,09%	7	24,82
Amazonas	9	0,07%	0	0,00	9	0,06%	1	11,84
Guainía	4	0,05%	0	0,00	7	0,08%	0	0,00
Guaviare	10	0,05%	1	10,02	17	0,07%	2	10,86
Vaupés	7	0,06%	0	0,00	10	0,08%	0	0,00
Vichada	3	0,02%	0	0,00	7	0,04%	0	0,00

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

- **Prevalencia y mortalidad por ACV isquémico hombres por departamento (tabla 12):**

En cuanto a la prevalencia de ACV isquémico en hombres, los primeros cinco departamentos con mayores prevalencias en 2010, fueron Valle del Cauca, Bogotá, Santander, Atlántico y Risaralda. Oscilando entre 0,21% y 0,15%. Los mismos departamentos fueron aquellos con mayores prevalencias 2014, variando entre 0,26% y 0,18%. En 2014, el departamento con mayor tasa de mortalidad en hombres fue San Andrés, con 17,88 por 100.000 hab., seguido de Santander, Norte de Santander, Atlántico y Magdalena, que tuvo una tasa de 19,7 por 100.000 hab.

Tabla 12. Estimación de prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en hombres por departamento. Colombia, 2010 y 2014

Departamento	2010				2014			
	Prevalencia		Mortalidad		Prevalencia		Mortalidad	
	n	%	Casos	Tasa	n	%	Casos	Tasa
Antioquia	2948	0,14%	432	21,30	4134	0,17%	467	20,52
Atlántico	1181	0,16%	182	25,38	1668	0,20%	194	24,27
Bogotá, D.C.	4294	0,18%	373	17,90	6272	0,23%	424	17,23
Bolívar	855	0,13%	105	16,24	1196	0,16%	113	15,56
Boyacá	734	0,14%	113	19,21	985	0,17%	119	18,74
Caldas	508	0,12%	83	19,45	682	0,16%	84	18,28
Caquetá	79	0,06%	17	13,20	111	0,08%	20	13,94
Cauca	485	0,10%	53	11,10	659	0,13%	55	10,54
Cesar	219	0,08%	47	17,70	307	0,10%	51	17,08
Córdoba	451	0,09%	86	16,11	626	0,11%	91	15,52
Cundinamarca	1201	0,13%	135	14,74	1659	0,16%	144	14,31
Chocó	105	0,09%	20	17,57	144	0,11%	21	17,17
Huila	401	0,11%	69	18,73	555	0,14%	71	17,72
La Guajira	207	0,10%	20	10,09	310	0,12%	21	8,77
Magdalena	365	0,10%	86	22,53	505	0,12%	94	21,99
Meta	349	0,12%	49	18,57	498	0,15%	53	17,42
Nariño	505	0,09%	57	9,46	695	0,11%	60	8,99
Norte de Santander	450	0,10%	108	25,14	618	0,13%	114	24,39
Quindío	281	0,12%	43	18,94	383	0,15%	46	18,43
Risaralda	534	0,15%	68	19,12	733	0,18%	73	18,65
Santander	1246	0,17%	203	27,32	1705	0,21%	214	26,45
Sucre	223	0,08%	55	18,58	310	0,10%	59	17,93
Tolima	710	0,12%	119	18,96	941	0,15%	119	17,91
Valle del Cauca	3373	0,21%	320	20,22	4679	0,26%	340	19,40
Arauca	85	0,13%	11	18,90	120	0,16%	12	17,65
Casanare	73	0,08%	15	21,04	109	0,11%	16	19,80
Putumayo	44	0,05%	6	7,01	62	0,06%	6	6,48
Archipiélago de San Andrés	19	0,08%	4	23,84	29	0,11%	5	24,09
Amazonas	9	0,06%	1	14,35	16	0,10%	1	11,21
Guainía	7	0,08%	0	0,00	8	0,08%	0	0,00
Guaviare	17	0,07%	1	8,82	26	0,09%	2	9,86
Vaupés	8	0,08%	0	0,00	9	0,09%	0	0,00
Vichada	6	0,04%	0	0,00	7	0,04%	0	0,00

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Como solucionar la problemática

El análisis para la solucionar la problemática, se hace en base de modelos predictivos, en cuanto a la incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV, para los años (2010-2014) en Colombia, con base en estudios previos (RS) y datos oficiales (DANE y RIPS), con el propósito de validar herramientas que permitan la toma de decisiones respecto a la ACV, que es la tercera causa de muerte en el país.

El tipo más frecuente de ACV en Colombia es el isquémico, aunque la incidencia por ambos tipos de ACV en Colombia se ha mantenido estable o con pocas variaciones. La prevalencia muestra un leve aumento durante el mismo periodo, esto podría explicarse por el descenso gradual de la mortalidad, que puede a su vez, correlacionarse con mejores protocolos de atención y nuevos medicamentos disponibles, que pueden impactar en el desenlace, durante las primeras horas del evento.

La tendencia reportada tanto en la incidencia, la prevalencia y la mortalidad, de acuerdo a los grupos de edad, tienen una tendencia que incrementa en forma proporcional con la edad.

Los accidentes cerebrovasculares ACV, suelen ser de larga duración y el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y comportamentales. La detección, cribado y tratamiento, así como los cuidados paliativos, son componentes clave en la respuesta a esas enfermedades.

Facilitar la prestación de servicios, con el fin de aumentar la capacidad de respuesta por medio de alianzas público – privadas, tales como tomografía de cráneo, trombo embolectomía de vasos de la cabeza y cuello o trombólisis de vasos intracraneales, ya que en este momento ningún departamento se muestra una tasa que supere más de 3 prestaciones por cada 100.000 habitantes.

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).

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 frecuente en mayor de 50 años y mujeres. Adicionalmente, se cuenta con una base de datos que muestra las tromboembolectomías y trombólisis 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.

«Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria. Su morbimortalidad no solo 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 debe 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 Accidente 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).

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).

El Ministerio de Salud como rector del sistema y encargado de liderar 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.

Efectivamente, la inclusión del país en esta organización internacional funciona para incrementar la capacidad institucional del Estado en todos los frentes.

«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.**

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.

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.

«Según la Asociación Colombiana de Neurología, **cada año más de 45.000 personas en Colombia sufre un accidente cerebrovascular (ACV)**, cabe **resaltar que el 75 % de los accidentes se producen en países de bajos ingresos**. El 38% de los pacientes no reconoce los síntomas de estos» (Portafolio, 2019).

Se debe 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.

No obstante, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, expedida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación UNESCO, en 2005, representa un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública. Esta iniciativa legislativa quiere elevar a categoría de enfermedad pública los accidentes cerebrovasculares, con el fin de lograr una atención inmediata que permita evitar daños irreversibles en los pacientes.

Además, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución.

El cual se implementaron planes para atender las problemáticas de salud, pero vemos que a la fecha el incremento de enfermedades cerebrovasculares es importante que preste una atención inmediata y de calidad.

Asimismo, la Información del Ministerio de salud, el cual argumenta que, las dos de las tres enfermedades más costosas para el sistema de salud colombiano pertenecen al grupo de las enfermedades cardiovasculares⁶:

- infarto agudo de miocardio
- accidente cerebro vascular

Igualmente, el costo que lograría evitar el sistema de salud, si se diera una atención temprana a las personas que sufren accidentes cerebrovasculares, los cuidados paliativos serían distintos, ya que muchas veces en la autorización y todo el trámite administrativo llegan a pasar años para la aprobación de examen, no se detectan las causas de los

⁶ La política y los progresos de Colombia en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles con énfasis en las enfermedades cardiovasculares, encuéntralo en: http://www.buenasaludamericas.org/uploads/2/5/8/7/25879931/ramirez_salud-cardiovascular-en-la-america.pdf

accidentes cerebrovasculares lo que puede llevar a un paciente a presentar un segundo episodio.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. MARCO CONSTITUCIONAL

Como lo indica el artículo de la Constitución política, el derecho a salud es fundamental en su artículo 49 establece que:

*“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”*⁷

4.2. MARCO LEGAL

Según el artículo 10 de la ley 1618 de 2013, establece:

La atención en salud se garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Las personas con discapacidad pueden acceder a la atención de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la cual establece que:

La salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

La Ley 1751 de 2015

Garantiza el derecho a la salud, regula la acción de los actores comprometidos con la atención en salud y establece mecanismos de protección del derecho a la salud para la población colombiana.

⁷ Constitución política art. 49

El artículo 8 hace referencia a la integralidad y determina que “los servicios y tecnologías se suministran de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad.

Resolución 429 de 2016 La Política de Atención Integral en Salud, orienta hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, busca el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

4.3. MARCO JURISPRUDENCIAL

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 7º 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.

4.4. DERECHO COMPARADO

ARGENTINA

Mediante la Ley 9.613 del año 2014, la Cámara de diputados, sancionó con fuera de Ley que crea el programa a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades cerebro vasculares y ACV accidentes Cerebrovasculares. Además, se crea la unidad de atención del accidente cerebrovascular y un registro de pacientes con factores de riesgo.

Por las consideraciones presentadas anteriormente, presentamos texto de modificación del proyecto de ley 017 de 2020.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto radicado PL 017 de 2020	Texto propuesto para primer debate PL 017 de 2020	Justificación
Título: Por medio de la cual se adoptan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones”	Título: Por medio de la cual se adoptan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares ACV y se dictan otras disposiciones”	
Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, atención adecuada,	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, atención adecuada, diagnóstico oportuno,	Se justifica que incursionando la ley debe de estar bajo el marco normativo como lo exige la ley.

<p>diagnóstico y tratamiento oportunos a los pacientes con Accidentes Cerebrovasculares (ACV) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	<p><u>tratamiento y rehabilitación</u> los pacientes con accidentes Cerebrovasculares (ACV) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>Garantizando lo más importante en el ACV, que es la atención y diagnóstico oportuno, debido a que se cuenta con una ventana de tiempo muy limitada donde es de vital importancia la atención y oportuna, con la finalidad de reducir las consecuencias mortales. Como también es necesario el tema de rehabilitación de los pacientes, dado que es necesario ofrecerle esté acompañamiento para una recuperación más efectiva.</p>
	<p>Nuevo Artículo 2°Ámbito de aplicación: La presente ley se aplica a todas las personas que sufran cualquier tipo de accidente cerebrovascular ACV, que se encuentren afiliados al sistema de seguridad social del régimen contributivo y subsidiado.</p>	
<p>Artículo 2. Atención prioritaria. Declárese el Accidente 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</p>	<p>Artículo 3. Atención prioritaria. Declárese el Accidente 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, tratamientos <u>y personal idóneo</u> para hacer efectiva la protección del derecho fundamental a la salud.</p>	

<p>protección del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Parágrafo 1º. El día 29 de octubre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de respuesta ante el Accidente 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.</p>	<p>Parágrafo 1º. El día 29 de octubre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de respuesta ante el Accidente 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.</p>	
<p>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 accidente 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.</p> <p>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,</p>	<p>Artículo 4. 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 los incidencia y características de las <u>Accidente</u> Cerebrovasculares 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.</p> <p>La Estrategia en <u>accidentes cerebro vasculares</u> 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,</p>	<p>Cabe resaltar en este punto, que no se prioriza ningún grupo especial, sino que la ley aplica para toda la población colombiana residente en el Territorio nacional.</p>

<p>tratamiento y rehabilitación del ACV, basado en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio.</p> <p>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.</p>	<p>basado en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio.</p> <p>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.</p>	
<p>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:</p> <p>a) 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.</p> <p>b) 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.</p> <p>c) Aumentar el control de los grupos de riesgo a través de programas de seguimiento.</p> <p>d) Disponer de las herramientas clínicas efectivas para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes con ACV.</p> <p>e) Promover un sistema de cuidado y rehabilitación integral.</p>	<p>Artículo 5. Objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Son objetivos de la Estrategia en <u>accidentes</u> cerebrovasculares ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud:</p> <p>a) Fomentar la educación en temas salud para que la población conozca y entienda los factores de riesgo y consecuencias <u>que puedan desarrollar un Accidente Cerebrovascular - ACV</u></p> <p>b) 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.</p> <p>c) Aumentar el control de los grupos de riesgo a través de programas de seguimiento.</p> <p>d) Disponer de las herramientas clínicas efectivas para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes con ACV.</p>	<p>En temas de prevención, es importante que la sociedad conozca y entienda cuáles hábitos se deben de tener en cuenta para la prevención del ACV. Tales como realizar actividad física llevar una dieta saludable, poner atención a la presión alta y diabetes, no fumar, no consumir alcohol en exceso y realizar chequeos médicos periódicamente</p> <p>Cabe anotar que el 90% de los ACV están vinculados a factores de riesgo que puede ser controlados.</p> <p>Se adiciona un literal donde especifica la importancia de tener personal idóneo para la atención del ACV</p>

<p>f) Crear un plan de formación continuada específico en ACV dirigido al talento humano en salud para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes.</p> <p>g) Priorizar los Departamentos en los que hay alta incidencia de ACV y un acceso limitado a procedimientos e intervenciones de tratamiento oportuno y adecuado.</p> <p>h) Promover la investigación científica y el avance médico en el tratamiento del ACV.</p> <p>i) Reducir la incidencia de ACV.</p> <p>j) Monitorear y hacer seguimiento continuo del ACV en el país.</p> <p>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.</p>	<p>e) Disponer de personal capacitado en salud para la atención de pacientes ACV</p> <p>f) Promover un sistema de cuidado y rehabilitación integral.</p> <p>g) Crear un plan de formación continua específica en ACV dirigido al talento humano en salud para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes.</p> <p>h) Priorizar los Departamentos en los que hay alta incidencia de ACV y un acceso limitado a procedimientos e intervenciones de tratamiento oportuno y adecuado.</p> <p>i) Promover la investigación científica y el avance médico en el tratamiento del ACV.</p> <p>j) Reducir la incidencia de ACV.</p> <p>k) Monitorear y hacer seguimiento continuo del ACV en el país.</p> <p>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.</p>	
<p>Artículo 5. Atención en fase aguda y rehabilitación. Dentro de la Estrategia en ACV se deberán incluir criterios e indicadores para</p>	<p>Artículo 6. Atención en fase aguda y rehabilitación. Dentro de la Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV se deberán incluir criterios e</p>	

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>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.</p>	<p>Artículo 7. Ciencia y tecnología. La Estrategia en <u>accidentes</u> cerebrovasculares 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.</p>	
<p>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</p>	<p>Artículo 8. 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</p>	

<p>conformidad con la Ley 1508 de 2012 y la normatividad vigente. El resultado de las alianzas público – privados deberá permitir la reducción de morbilidad y discapacidad asociadas al ACV.</p>	<p>vigente. El resultado de las alianzas público – privados deberá permitir la reducción de morbilidad y discapacidad asociadas al ACV.</p>	
<p>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.</p>	<p>Artículo 9. Línea telefónica ACV. El Ministerio de Salud y Protección Social creará y promoverá una línea telefónica especial para la atención de pacientes que presenten accidentes cerebro vasculares 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.</p>	
<p>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.</p>	<p>Artículo 10. 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 Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, un informe con los resultados de la Estrategia en Accidentes cerebro vasculares ACV y el cumplimiento de la presente ley.</p>	
<p>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.</p>	<p>Artículo 11. Vigencia de la Ley. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	

6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, proponemos a los Honorables Representantes de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, dar aprobación al primer debate del Proyecto Ley número 017 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 accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones. Con el pliego de modificaciones propuesto.

Atentamente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda
Partido Liberal Colombiano
Coordinador ponente



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Departamento de Risaralda
Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común
Partido FARC
Ponente

7. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

PROYECTO DE LEY 017 DE 2020

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

El congreso de la República

Decreta:

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

Artículo 2° Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todas las personas que, sufra cualquier tipo de accidente cerebrovascular ACV, que se encuentre afiliado al sistema de seguridad social del régimen contributivo y subsidiado.

Artículo 3. Atención prioritaria. Declárese el Accidente 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, tratamientos y personal idóneo 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 Accidente 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 4. 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 los incidencia y características de las Accidente Cerebrovasculares 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 accidentes cerebro vasculares 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 5. Objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Son objetivos de la Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- a) Fomentar la educación en temas salud para que la población conozca y entienda los factores de riesgo y con secuencias que puedan desarrollar un Accidente Cerebrovascular - ACV
- b) 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.
- c) Aumentar el control de los grupos de riesgo a través de programas de seguimiento.
- d) Disponer de las herramientas clínicas efectivas para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes con ACV.
- e) Disponer de personal capacitado en salud para la atención de pacientes ACV
- f) Promover un sistema de cuidado y rehabilitación integral.
- g) Crear un plan de formación continua específica en ACV dirigido al talento humano en salud para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes.
- h) Priorizar los Departamentos en los que hay alta incidencia de ACV y un acceso limitado a procedimientos e intervenciones de tratamiento oportuno y adecuado.
- i) Promover la investigación científica y el avance médico en el tratamiento del ACV.
- j) Reducir la incidencia de ACV.
- k) 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 6. Atención en fase aguda y rehabilitación. Dentro de la Estrategia en accidentes cerebrovasculares 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 7. Ciencia y tecnología. La Estrategia en accidentes cerebrovasculares 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 8. 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 morbilidad y discapacidad asociadas al ACV.

Artículo 9. Línea telefónica ACV. El Ministerio de Salud y Protección Social creará y promoverá una línea telefónica **especial** para la atención de pacientes que presenten **accidentes** cerebro vasculares 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 10. 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 **Constitucionales Permanentes** del Congreso de la República, un informe con los resultados de la Estrategia en **Accidentes** cerebro vasculares ACV y el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 11. Vigencia de la Ley. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda
Partido Liberal Colombiano
Coordinador ponente



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Departamento de Risaralda
Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común
Partido FARC
Ponente