



Bogotá, D.C., mayo de 2021

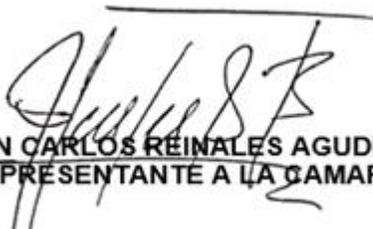
Honorable Representante
GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ
Presidente Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Informe de ponencia para segundo 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 Blanco,

En cumplimiento de la honrosa designación realizada por la Mesa Directiva de la Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, por medio del presente escrito nos permitimos rendir informe de ponencia positiva para segundo 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”.

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
Departamento de Santander
Partido Comunes
Ponente



CONTENIDO

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. CONCEPTO DEL MINISTERIO DE SALUD**
- 6. POSIBLE CONFLICTO DE INTERESES**
- 7. PROPOSICIÓN**
- 8. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO 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.

En la sesión virtual del 25 de marzo de 2021, de la Comisión VII Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, se aprobó en primer debate el Proyecto de ley 017 de 2020, acta número 34 de 2021.

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.

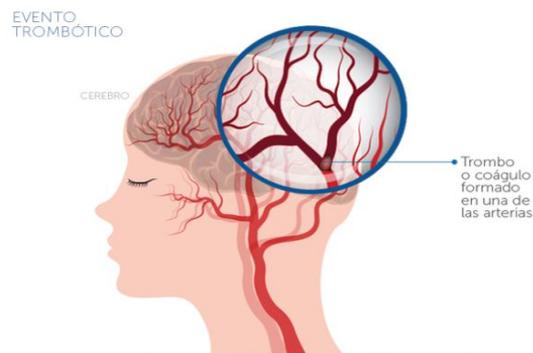
Dicha enfermedad, se define como déficit neurológico agudo que ocurre por la disminución sanguínea cerebral, es decir que, en alguna parte del cerebro le disminuye el aporte sanguíneo, esto se presenta a causa de taponamiento de la arteria o por el rompimiento de arteria, lo que causa es que el cerebro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

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA EVENTOS TRÓMBICOS Y EMBÓLICOS



Fuente: Fuente: Médica sur Mexico

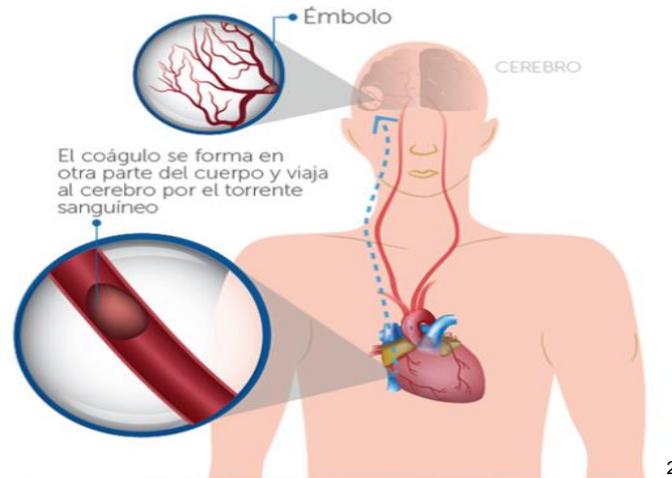
1

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

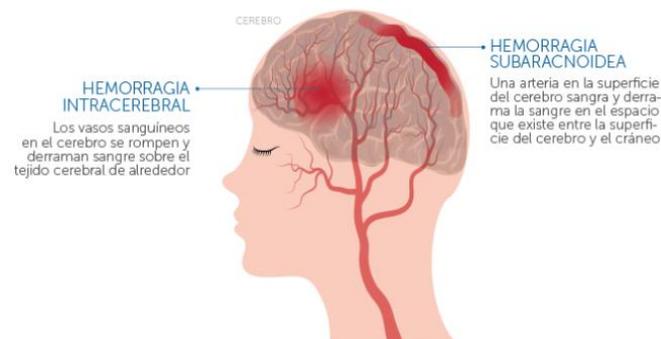


Fuente: Médica sur Mexico

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

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



cuidado prehospitalario y en los servicios de urgencias, antes de categorizar su naturaleza (hemorrágica o isquémica). Equivale al Stroke» (p. 6).

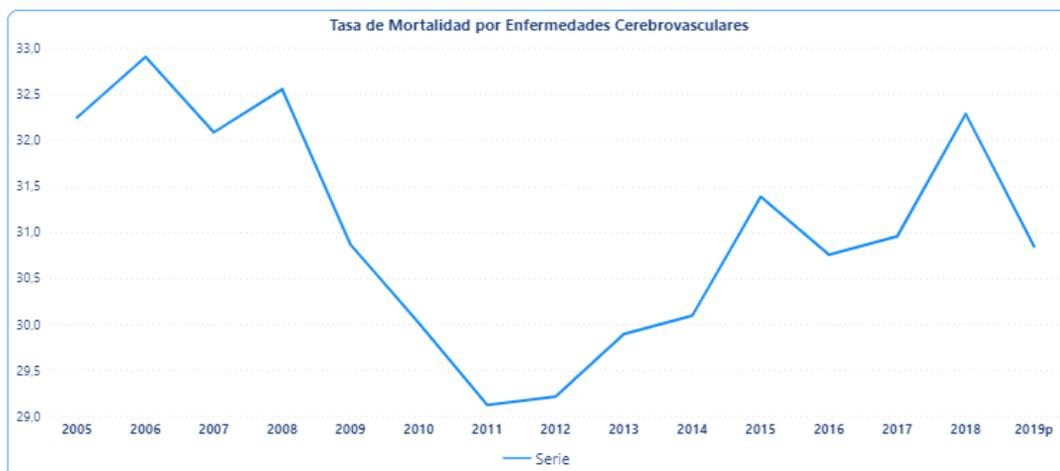
Más aún, el documento de trabajo No. 63 de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes titulado Caracterización del accidente cerebrovascular en Colombia, señala, con base en el National Health Service, que «el ACV puede ocasionar daños cerebrales irreversibles y, posiblemente, la muerte. La 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).

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.

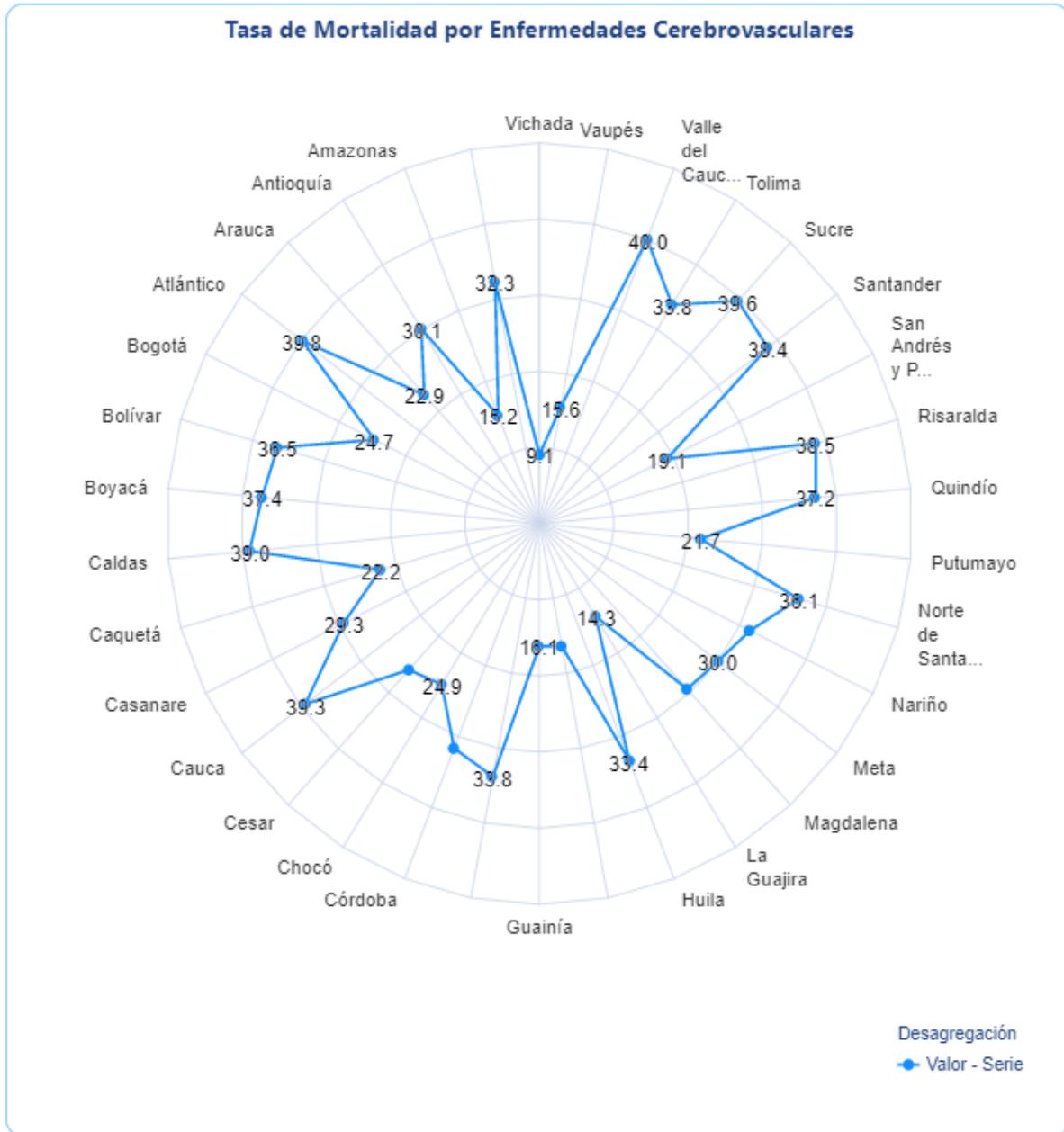
En la siguientes gráficas, se puede evidenciar la tasa de mortalidad de enfermedades cerebrovasculares en Colombia a nivel nacional y departamental, con corte al año 2019, dividido por la población de 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad en enfermedades cerebrovasculares corte al año 2019



Fuente: Así vamos en salud

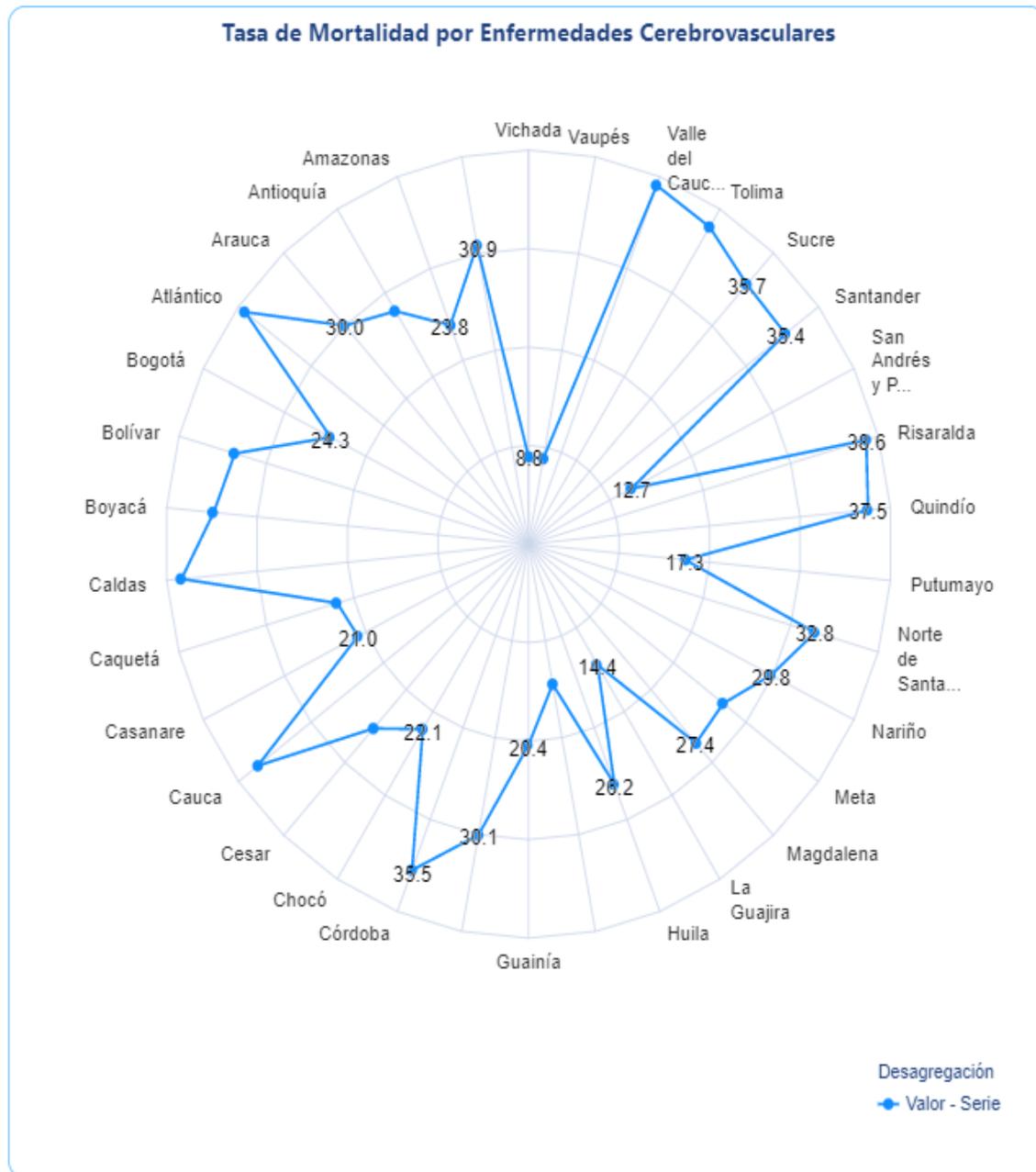
**Tasa de mortalidad en Colombia por Enfermedades Cerebrovasculares.
Cifras nacionales año 2018**



Fuente: Así vamos en salud ³

³Así 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 salud⁴

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

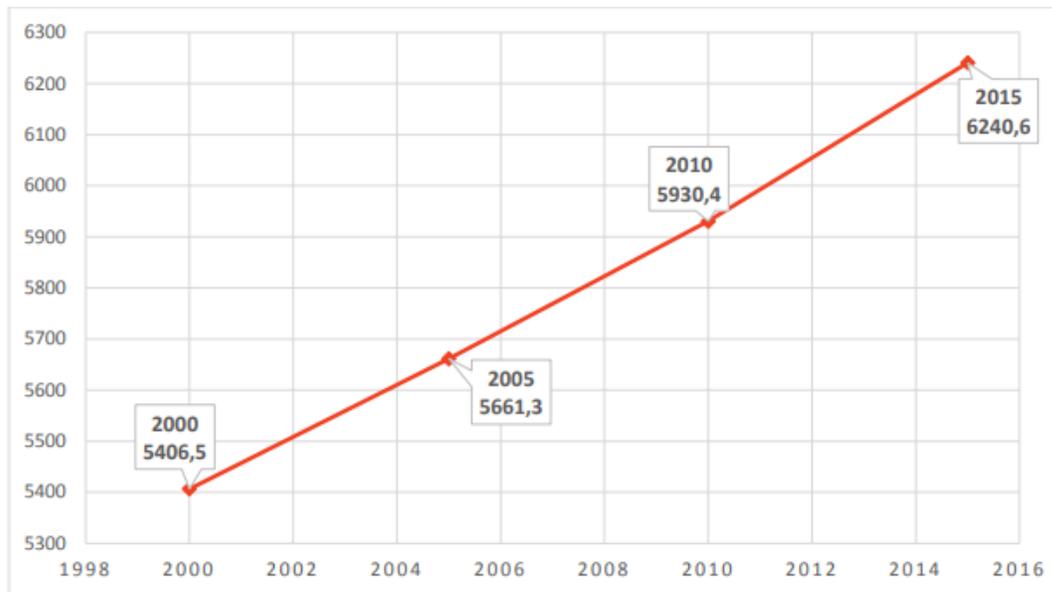
Esta condición necesita una atención y tratamiento oportuno para reducir el daño cerebral y otras complicaciones, por eso está iniciativa legislativa, pretende que, las enfermedades cerebrovasculares, se eleve a categoría de enfermedad de salud pública, con el fin de poder mejorar la atención, el diagnóstico 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

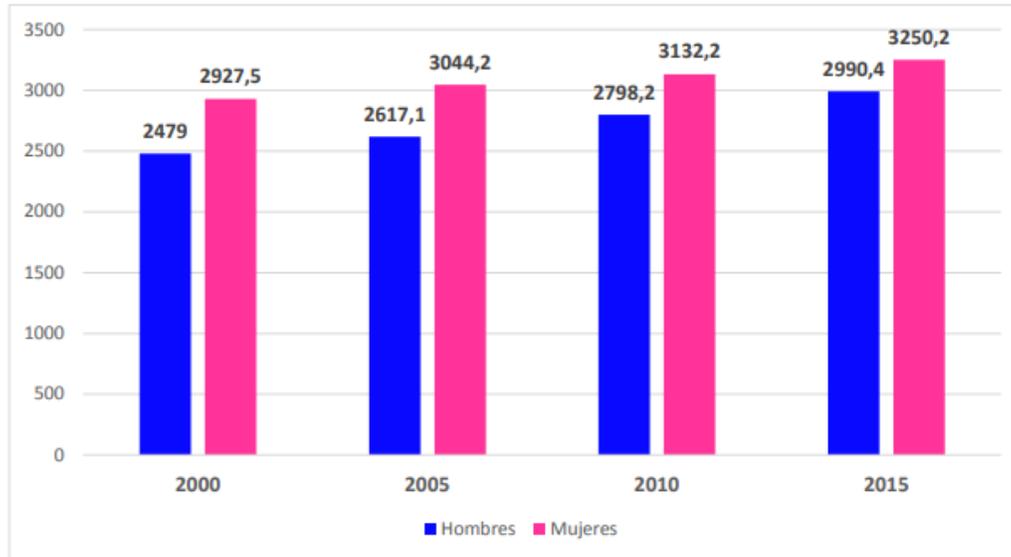


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

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

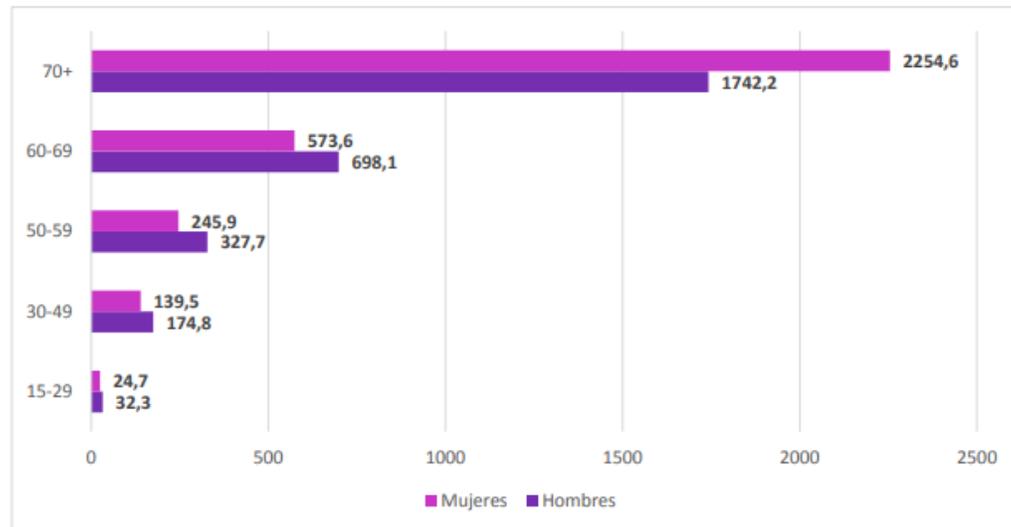


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

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

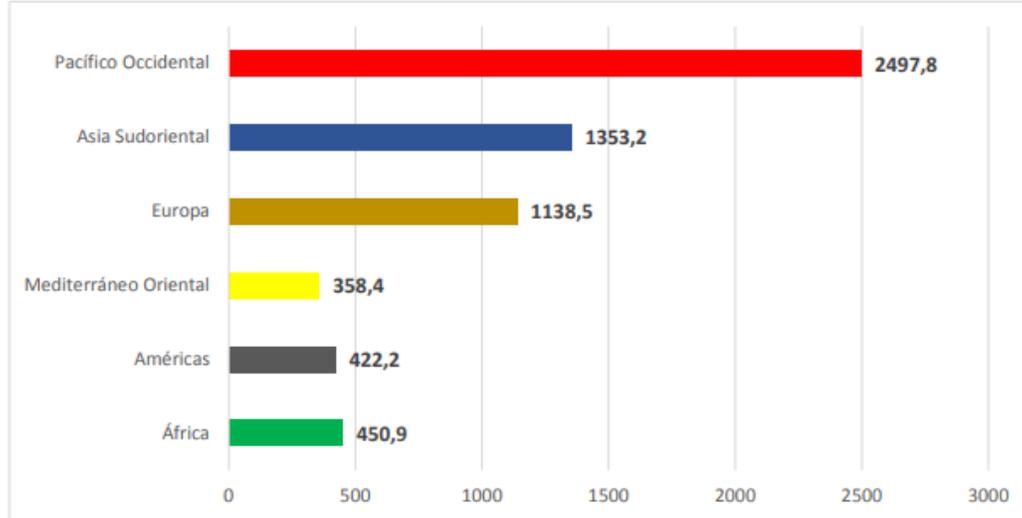


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

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

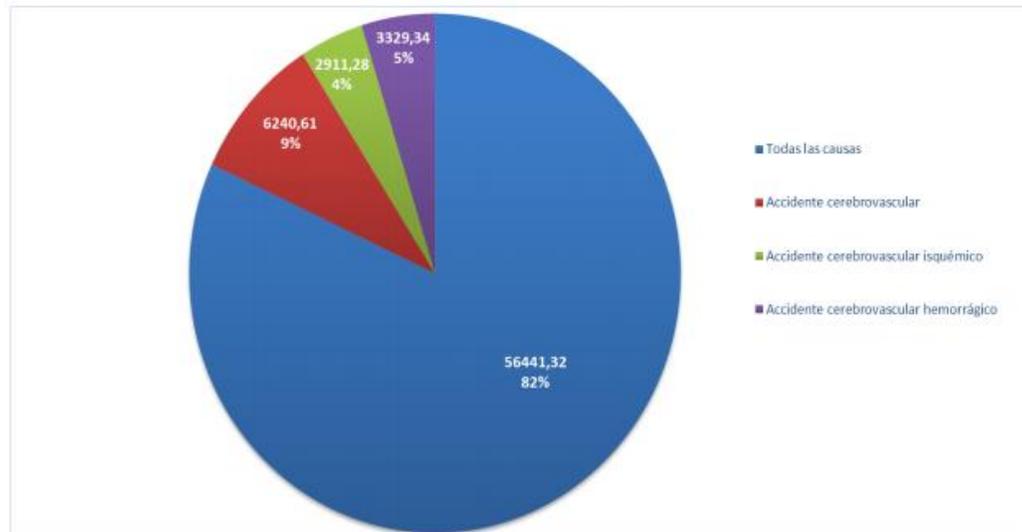


Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular

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

¿Cómo 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, tromboembolectomía 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 cardiovasculares⁵:

- infarto agudo de miocardio
- accidente cerebro vascular

⁵ 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



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 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 comunidad⁶”

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.

⁶ Constitución política art. 49



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.

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. CONCEPTO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El concepto del Ministerio de Salud y Protección Social fue recibido el 22 de enero de 2021, y fue elaborado a partir del texto del proyecto de ley 017 de 2020C publicado en la Gaceta No. 1377 de 2020.

En el concepto se realiza un análisis del proyecto a partir de tres elementos: marco normativo y de política relevante; abordaje integral de las enfermedades cardiovasculares



incluyendo la enfermedad cerebrovascular; y, sus factores de riesgo para una propuesta regulatoria.

El Ministerio reconoce que *“las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo y Colombia no es la excepción”* y señala dentro de los factores de riesgo: *“hipertensión; obesidad; dislipidemia; alimentación no saludable; inactividad física; y, consumo de productos derivados del tabaco y consumo nocivo del alcohol”*.

“Todos estos factores de riesgo son en gran medida prevenibles, controlables a través de intervenciones colectivas e individuales”. (Subrayado fuera del texto)

“Las políticas públicas en el país apoyan la necesidad de intervenir estas enfermedades desde los determinantes sociales de la salud”. (Subrayado fuera del texto)

A continuación se mencionan las normas de referencia, para el análisis de proyecto de ley:

“Según el marco normativo con la expedición de la Ley 100 de 1993, se estableció como uno de sus objetivos, facilitar las condiciones acceso de la población a los servicios de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad en lo previsto en el plan de beneficios”.

“Dada la prevalencia de estas enfermedades en la salud pública colombiana, han sido adoptadas un conjunto de instrumentos de política pública, que posicionan las enfermedades cardiovasculares como prioridad gubernamental, que tienen como objetivo la reducción de la incidencia y mortalidad prematura asociada a este grupo de enfermedades”. (Subrayado fuera del texto)

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022, teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares han sido definidas como una prioridad en salud pública, incluye como objetivos:

- *“Controlar la hipertensión y así reducir el riesgo de enfermedades cerebrovasculares y del corazón (infartos)”*
- *Controlar la hipertensión y así reducir el riesgo de enfermedades del corazón (infartos) y cerebrovasculares.”*

Donde se cuentan una serie de estrategias para poder alcanzar esos objetivos tales como:

- *“Modelos de atención integral desde las citas, las pruebas diagnósticas hasta el suministro de medicamentos.”*
- *Priorización de la prevención de enfermedades cardiovasculares.”*

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, incluye *“metas y estrategias orientadas al control de las enfermedades No transmisibles (dentro de las cuales están las enfermedades Cardiovasculares)”*



La Resolución 3202 de 2016, “con la cual fue adoptada la RIAS para la promoción y prevención de la salud y la ruta integral en salud para la población con Hipertensión arterial primaria (HTA)”, donde “se evidencian las condiciones necesarias para garantizar la atención integral de salud y la guía de implementación de intervenciones poblacionales”.

La Resolución 3280 de 2018, que establece la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la Salud (RPMS) y la Resolución 3202 de 2016 relacionada con las RIAS, donde se aborda la atención integral según las guías de práctica clínica (GPC).

“En virtud de lo expuesto, de manera general se identifica que varios de los artículos propuestos en este PL, ya hacen parte de las diferentes normas, instrumentos de política, resoluciones y herramientas técnicas, por lo cual no resulta pertinente su inclusión”. (Subrayado y negrilla fuera del texto)

Contemplando el abordaje integral de las enfermedades cardiovasculares incluyendo la enfermedad cerebrovascular, el Ministerio de Salud y Protección Social hace referencia a la Resolución 3202 de 2016, la cual determina:

En el artículo 3, 4, 5 y 9. donde se evidencia el alcance, los objetivos, características y responsabilidades de las RIAS (Rutas integrales de atención en salud) y se determina que **“la normatividad vigente ya ha incorporado las intervenciones, de carácter colectivo e individual.”** (Subrayado y negrilla fuera del texto)

Por último, tenemos el tercer elemento de análisis, referido al análisis de la propuesta regulatoria contenida en el Proyecto de Ley No. 017 de 2020.

Al respecto, el Ministerio dictamina, que, **“desde el punto de vista jurídico, ya existen disposiciones adecuadas para una garantía integral.”**

Bajo esta perspectiva se observa que la propuesta recae sobre materias ya reguladas sin estipular criterios adicionales que permitan afirmar su necesidad. De esta forma y de conformidad con lo planteado, el PL no supera el test de necesidad de la norma y por ende no resulta conveniente.

Igualmente se debe de reconocer el carácter multifactorial en el desarrollo de estas enfermedades, las cuales en su gran mayoría son prevenibles y evitables”. (Subrayado y negrilla fuera del texto)

En conclusión, el Ministerio dictamina que la aprobación del proyecto de ley generaría inconvenientes al introducir duplicidad en las acciones de salud pública, además el ACV hace parte de las enfermedades cardiovasculares (dentro de la categoría de enfermedades no transmisibles), las cuales ya cuentan con una serie de intervenciones de carácter poblacional, colectivo e individual.

El Ministerio de Salud y Protección Social, tiene argumentos valederos y científicamente probados, para poder dictaminar la no viabilidad del Proyecto de ley, ya que, tanto en la parte jurídica – normativa, dicho modelo de proyecto se encuentra funcionando en la actualidad, como se pudo evidenciar en lo anteriormente expuesto.



Por último, enfatizar en el componente de prevención, ya que es comprobable que esta patología obedece a una serie de riesgos, donde todos estos, con un trabajo de sensibilización y un sentido de necesidad regulatoria, pueden ser mitigables.

Dentro de estas, se encuentra: el fortalecimiento de intervenciones de carácter estructural como la publicidad de alimentos; la oferta o el incentivo de los alimentos y refrescos naturales; medidas de impacto fiscal: como los impuestos saludables, la regulación, y el control adecuado de la composición de los alimentos procesados. Aclarando que todo lo anterior, no solamente ayudaría a mitigar los problemas de esta patología, sino que en general podría lograrse que la ciudadanía tenga una vida más saludable con menos problemas de salud.

6. POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

“Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

(...)

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.



c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

e) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.

f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...)" (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual.

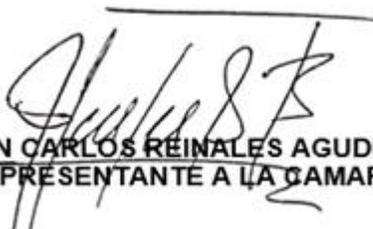
En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.



7. 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 plenaria de la Cámara de Representantes, dar aprobación al segundo 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.

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
Departamento de Santander
Partido Comunes
Ponente

8. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO 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 COLOMBIA

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, presenten factores de riesgo o sufran 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 los Accidentes 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.

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 consecuencias 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.

Parágrafo 2º. Las EAPB deben garantizar el pago en un plazo no mayor a 30 días, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas y a las Empresas Sociales del Estado (ESEs), de todos los costos que se deriven de los tratamientos, diagnósticos, rehabilitación y cuidado de las personas que sufren accidentes cerebro vasculares.

Parágrafo 3º. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), garantizará el suministro, los exámenes, medicamentos, rehabilitación, terapias, insumos, dispositivos médicos, ayudas técnicas y en general de todos los servicios y tecnologías en salud necesarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los Accidentes Cerebro Vasculares.

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.

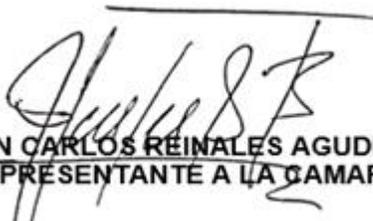
Artículo 8. Alianzas público - privadas. Con el objeto de mejorar la implementación de los procedimientos, intervenciones y condiciones en los cuales son atendidos los pacientes de ACV en el país, especialmente en zonas de difícil acceso, las entidades territoriales y actores privados podrán formular 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
Representante a la Cámara
Departamento de Santander
Partido Comunes
Ponente