



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - Nº 303

Bogotá, D. C., viernes, 3 de mayo de 2019

EDICIÓN DE 24 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTA NÚMERO 32 DE 2019

(abril 10)

Legislatura 2018-2019

“Tema: audiencia pública al Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado, por medio de la cual se racionalizan trámites en el sector salud a través de la creación de la historia clínica electrónica única y se dictan otras disposiciones”.

Siendo las nueve y cuarenta minutos de la mañana (09:40 a. m.) del día miércoles diez (10) de abril de dos mil diecinueve (2019), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo, la honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez en su calidad de Vicepresidenta y como Secretario General el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio a la sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

ORDEN DEL DÍA

Miércoles 10 de abril de 2019 - Acta número 32

Legislatura 2018-2019

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Fecha: **miércoles 10 de abril** de 2019

Hora: **09:00 a. m.**

Lugar: Recinto de sesiones de la Comisión Séptima del Senado, piso tercero del edificio nuevo del Congreso de la República, Bogotá, D. C.

Por instrucciones de la Honorable Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (**honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo, Presidente, y honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez, Vicepresidenta**), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del **miércoles 10 de abril de 2019**, que aquí se convoca según el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Consideración, discusión y aprobación de Actas de la legislatura 2018-2019

1. Acta número 30 del miércoles 3 de abril de 2019 - ***Gaceta del Congreso*** número XXX/2019.

(Se envían textos digitales adjuntos: Acta número 30, con cuadro de asistencias).

Las observaciones que se formulen a dicha acta, según el inciso cuarto del artículo 35 del Reglamento Interno del Congreso, si las hubiere, se presentarán por escrito ante la Secretaría de la Comisión y se insertarán en el Acta número 32 del miércoles diez (10) de abril de dos mil diecinueve (2019), Legislatura 2018-2019.

IV

Audiencia pública al Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado, por medio de la cual se

racionalizan trámites en el sector salud a través de la creación de la historia clínica electrónica única y se dictan otras disposiciones.

Iniciativa: honorable Senador **Carlos Fernando Motoa Solarte**, honorable Representante **Juan Fernando Reyes Kuri**.

Radicado: en Senado, 28-02-2019. **En Comisión Séptima Senado:** 06-03-2019

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA PRIMER DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COMISIÓN SÉPTIMA SENADO	PONENCIA SEGUNDO DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA PRIMER DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COMISIÓN SÉPTIMA CÁMARA	PONENCIA SEGUNDO DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
17 artículo 98 de 2019								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HONORABLES SENADORES PONENTES (26-03-2019)	ASIGNADO(A)	PARTIDO
Carlos Fernando Motoa Solarte	Ponente Único	C a m b i o Radical

TRÁMITE EN SENADO
MAR.26.2019: Designación de Ponentes mediante Oficio CSP-CS-0245-2019
PENDIENTE RENDIR PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

AUDIENCIA PÚBLICA DE LA INICIATIVA DEL HONORABLE SENADOR CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE

Aprobada por la Comisión Séptima del Senado en la sesión del día miércoles tres (3) de abril de dos mil diecinueve (2019) según consta en el Acta número 30 de esa fecha

“De conformidad a los artículos 230 y 232 de la Ley 5ª de 1992, propongo desarrollar audiencia pública el día jueves 11 de abril de 2019 a las 10:00 a. m. en el recinto de la Comisión Séptima de Senado con el objeto de conocer la posición del Gobierno nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de la Información y las Tecnologías, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Superintendencia de Salud), la academia y la sociedad civil, con relación al **Proyecto de ley número 233 de 2019, por medio del cual se racionalizan trámites en el sector salud a través de la creación de la Historia Clínica Electrónica Única y se dictan otras disposiciones**”.

Citados

Doctor **Juan Pablo Uribe Restrepo**, Ministro de Salud y de la Protección Social.

Doctor **Alberto Carrasquilla Barrera**, Ministro de Hacienda.

Doctora **Silvia Constaín Rengifo**, Ministra de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Doctor **Fabio Aristizábal Ángel**, Superintendente de Salud.

Invitados

Doctor **Jorge Enrique Enciso Sánchez**, Presidente Coalición Nacional de Sindicatos Médicos.

Doctor **Andrés Sarmiento Rodríguez**, Decano Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

Doctor **Gerardo Campo Cabal**, Decano Facultad de Salud - Universidad del Valle.

Doctor **Carlos Alberto Palacio Acosta**, Decano Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Señores Asociaciones de Pacientes

Doctor **José Villamil**, Director Ejecutivo Veeduría Nacional de Salud.

Doctor **Gustavo Morales Cobo**, Presidente ACEMI

Doctor **Juan Carlos Giraldo Valencia**, Director Ejecutivo ACHC.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Doctora **Olga Lucía Zuluaga**, Directora Ejecutiva de ACESI.

Doctora **Elisa Carolina Torrenegra**, Directora Ejecutiva de Gestarsalud.

Doctor **César Burgos**, Presidente Asociación Colombia de Sociedades Científicas

Doctor **Gustavo Adolfo Quintero Hernández**, Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Universidad del Rosario.

Doctora **Mary Bermúdez Gómez**, Decana Académica Facultad de Medicina - Universidad Javeriana.

Doctora **Yuri Takeuchi**, Decano Facultad de Medicina Universidad ICESI – Cali.

Doctor **Fabio Bolívar Grimaldos**, Decano Facultad de Salud Universidad Industrial de Santander.

Doctor **Luis Eduardo Mejía Mejía**, Decano Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Pasto.

Doctor **Fredy Pomares Herrera**, Decano Facultad de Medicina Universidad de Cartagena.

Doctor **Jorge Enrique Gómez Marín**, Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Quindío.

Doctor **Hernando Baquero Latorre**, Decano Facultad de Medicina Universidad del Norte - Barranquilla.

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras y los honorables Senadores

*La Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, altamente agradecerá la **puntual asistencia**, para efectos de evacuar las temáticas contempladas en el presente Orden del Día.*

El Presidente,

Honorio Miguel Henríquez Pinedo

La Vicepresidenta,

Laura Ester Fortich Sánchez

El Secretario de la Comisión,

Jesús María España Vergara

Esta sesión contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras:

Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores y honorables Senadoras:

Blel Scaff Nadya Georgette

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Motoa Solarte Carlos Fernando

Simanca Herrera Victoria Sandino

En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores:

Castillo Suárez Fabián Gerardo

Fortich Sánchez Laura Ester

Lizarazo Cubillos Aydeé

López Peña José Ritter

Palchucán Chingal Manuel Bitervo

Polo Narváez José Aulo

Pulgar Daza Eduardo Enrique

Uribe Vélez Álvaro

Velasco Ocampo Gabriel Jaime

Con excusa dejó de asistir el honorable Senador

Castilla Salazar Jesús Alberto

Su excusa fue enviada oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia. La Secretaría informó al señor Presidente que la sesión se inició con quórum deliberatorio.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes durante el desarrollo de la presente sesión ordinaria, legislatura 2018-2019 de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Muy buenos días. Un saludo a los honorables Senadores, a los asistentes e invitados, bienvenidos a esta Audiencia Pública al Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado, *por medio de la cual se racionalizan trámites en el sector salud a través de la creación de la historia clínica electrónica única y se dictan otras disposiciones.*

Señor Secretario, le solicito el favor llamar a lista a los invitados a participar en esta audiencia para poder así dar inicio a la misma, la cual estará coordinada por el honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las nueve cuarenta (09:40 a. m.) de la mañana, el señor Presidente de la Comisión ordena al Secretario hacer el llamado a los citados e invitados a esta Audiencia Pública que se realiza con base en proposición aprobada por la Comisión Séptima del Senado de la República por la iniciativa del honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte en relación con el Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado. La Secretaría cursó las respectivas citaciones e invitaciones y vamos a llamar a lista para verificar quiénes están, las excusas que se han recibido y quiénes están por llegar.

Doctor Juan Pablo Uribe Restrepo, Ministro de Salud, está; el doctor Germán Rueda, Asesor del Despacho del Ministerio de Salud, está presente.

Doctor Alberto Carrasquilla Barrera, Ministro de Hacienda; hay una delegación en la doctora María Virginia Jordán, Directora de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda. ¿Está presente la doctora María Virginia? No se encuentra.

Doctora Silvia Constaín Rengifo, Ministra de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), delegó en el doctor Jehudi Castro Sierra, Viceministro de Economía Digital. Me informaron que llegaba a las nueve y treinta de la mañana (09:30 a. m.) y son las nueve y cuarenta y dos (09:42 a. m.) y no ha llegado.

Doctor Fabio Aristizábal Ángel, Superintendente de Salud; hay una delegación en la doctora María Andrea Godoy Casadiego. ¿Está presente la doctora María Andrea Codoy Casadiego? No está presente, queda constancia de no asistencia hasta este...una vez que vayan llegando, iremos registrando asistencias.

Doctor José Villamil, Director Ejecutivo Veensalud, Veeduría Nacional de Salud, no se encuentra; estoy llamando a lista en este momento y no se encuentra.

Doctora Elisa Carolina Torrenegra, Directora Ejecutiva de Gestarsalud; hay una delegación en el doctor Miguel Uprimny. Doctor Uprimny, lo vimos por aquí, ¿dónde está? El doctor Uprimny aquí está presente.

Doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, Director Ejecutivo ACHC, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, presente.

Doctora Juliana Moreno Ladino, Presidenta de la Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes (ANIR); hay una delegación en el doctor Jaime Melo, no se encuentra.

Doctor Jorge Enrique Enciso Sánchez, Presidente Coalición Nacional de Sindicatos Médicos; hay una excusa y delegaron también en la doctora María Virginia Jordán. No se encuentra.

Doctor Andrés Sarmiento Rodríguez, Decano Facultad de Medicina Universidad de los Andes, no se encuentra.

Doctor Jesús A. Hernández, Decano Facultad de Salud Universidad del Valle; hay una delegación en el doctor Carlos Andrés Pineda Cañar, Director del Programa Académico de Medicina Cirugía de la Universidad del Valle, sí está presente, está presente el delegado de la Facultad de Medicina Univalle.

Doctor Carlos Alberto Palacio Acosta, Decano Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; hay una delegación en el doctor Santiago Patiño Giraldo, presente.

Doctor Gustavo Morales Cobo, Presidente de ACEMI; nosotros registramos la presencia y está acá.

Asociaciones de Pacientes

Tenemos por acá la presencia de Nestor Álvarez de pacientes de alto costo.

¿Quién más está de Asociaciones de Pacientes?, porque son tantas las asociaciones que la Secretaría no las alcanza a recopilar, solo distinguimos a Marta Herrera, a Néstor Álvarez, pero hay una delegación de pacientes de alto costo.

Doctora Olga Lucía Zuluaga, Directora Ejecutiva de ACESI; hay una delegación en Carlos Mauricio Parra, presente.

César Burgos, Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas...

Está presente el Veedor Nacional en Salud, doctor Villamil.

Doctor Gustavo Adolfo Quintero Hernández, Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario; hay una delegación en el doctor Andrés Isaza, está presente el doctor Andrés Isaza.

Doctora Mary Bermúdez Gómez, Decana Académica Facultad de Medicina Universidad Javeriana.

Doctora Yuri Takeuchi, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad ICESI de Cali, está presente.

Doctor Fabio Bolívar Grimaldos, Decano Facultad de Salud Universidad Industrial de Santander. Hay una excusa y no hay delegación.

Doctor Luis Eduardo Mejía Mejía, Decano Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Pasto.

Doctor Fredy Pomares Herrera, Decano Facultad de Medicina Universidad de Cartagena.

Doctor Jorge Enrique Gómez Marín, Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Quindío.

Doctor Hernando Baquero Latorre, Decano Facultad de Medicina Universidad del Norte. Hay una excusa, que compromisos previamente adquiridos no le permiten acompañarnos.

Martha Herrera Olaya, de la Asociación de Pacientes de la Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística, no se encuentra.

María del Pilar Suárez, de la Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas...

Está presente acá el doctor Gustavo Morales, Presidente de ACEMI.

Hermana María Inés Delgado o Doris Leonila Delgado Suárez, la hermana María Inés no se encuentra.

Néstor Álvarez Lara, de Pacientes de Alto Costo, se encuentra.

Luis Felipe Torres, Director de la Cámara de Bebidas de Empresarios de Colombia, en representación de la ANDI, no se encuentra.

Luis Rosembert Zambrano Guerrero, de ACESI; doctor Gustavo Morales, de ACEMI.

Ilda Graciela Pacheco Gaitán, del Programa Nacional de Ciencia, Tecnología, de Innovación en Salud, Colciencias, está la doctora Ilda Graciela.

Yenny Adriana Pereira Oviedo, también de Colciencias, también está presente.

Es el listado, señor Presidente y honorables asistentes, de los citados e invitados que se encuentran presentes en el recinto. En la medida en que algunos de los que fueron llamados se vayan registrando, haremos el registro en el acta respectiva, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Tiene el uso de la palabra el doctor Germán Rueda, Asesor del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social.

Doctor Germán Rueda, Asesor Despacho Ministerio de Salud y Protección Social:

Gracias, señor Presidente. Pero no sé si...

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Con la venia suya, el citante a esta audiencia tiene el uso de la palabra, el Senador Carlos Fernando Moota Solarte.

Honorable Senador Carlos Fernando Moota Solarte:

Presidente, gracias por la oportunidad, por la prioridad que le dio a esta Audiencia Pública. Reconocerle también a la Mesa Directiva el apoyo y a los Senadores de la Comisión Séptima en esta iniciativa, el proyecto de ley que busca crear la historia clínica digital en Colombia. Agradecer a los Senadores que han manifestado de tiempo atrás el apoyo, como la Senadora Aydeé Lizarazo, como el Senador Fabián Castillo, de mi partido, Cambio Radical, la presencia de la Senadora Nadya Blel, de la Senadora Victoria Sandino y la presencia también del coautor de esta iniciativa, el Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes, que nos acompaña hoy también en esta Audiencia Pública.

No voy a referirme a los elementos de fondo de este proyecto de ley ni al articulado, ya cada uno de los asistentes, de los presentes, ha conocido, ha estudiado, ha analizado las bondades y el impacto que este proyecto de ley traerá en los pacientes y en los usuarios del sistema de salud en Colombia. Y es esta Audiencia el espacio propicio, democrático que establece la Carta Política, que establece la Ley 5ª, que es el Reglamento del Congreso, para que la ciudadanía presente sus observaciones, presente las posibilidades de mejorar este proyecto de ley que, como ustedes bien lo saben, no se da trámite antes de la intervención y de escuchar a los ciudadanos y representantes de diferentes órganos que se han inscrito previamente en la Secretaría de la Comisión Séptima.

Solamente quería, Presidente, agradecerles a los presentes, agradecerles a los Senadores las manifestaciones de respaldo y apoyo y las sugerencias que han hecho a esta iniciativa y agradecerle a usted nuevamente, Presidente Honorio, por priorizar esta Audiencia Pública el día miércoles, que es un día que normalmente en la Comisión Séptima se discuten y se aprueban proyectos. Se ha alterado esa costumbre en la Comisión Séptima para darle prioridad a esta Audiencia Pública que para mí es muy significativa no solamente por las calidades de las personas que aquí se han hecho presentes, sino porque sé de la rigurosidad en sus comentarios que van

a ser tenidos en cuenta en la presentación de la Ponencia y en la discusión del proyecto de ley.

No sé, Presidente, con su venia, si el coautor Juan Fernando Reyes quiera hacer alguna acotación, alguna intervención. Digamos, hoy el espacio es para escuchar a la comunidad, pero sí es importante que, como autor, Juan Fernando, el Representante a la Cámara, podamos también auscultar su opinión y sus comentarios sobre esta iniciativa. Gracias, Presidente.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Tiene el uso de la palabra el honorable Representante Juan Fernando Reyes.

Honorable Representante Juan Fernando Reyes:

Muchas gracias, señor Presidente. Un saludo a todos los asistentes, invitados que nos acompañan en el día de hoy; al Senador y coautor de esta iniciativa, Carlos Fernando Moota; a la Senadora Nadya Blel, que se encuentra aquí también con nosotros.

Quiero hacer un par de comentarios importantes y muy breves para iniciar esta Audiencia Pública y es lo siguiente: Digamos, el propósito principal de este proyecto de ley, por un lado, es lograr que las historias clínicas en Colombia se digitalicen porque claramente, según datos oficiales del Ministerio de Salud, un poco más o casi la mitad de las historias clínicas en Colombia se encuentran todavía a mano, de manera física manuscritas, y, de otro lado, por supuesto, es que exista o se comparta información para generar una historia clínica, digamos, única o unificada. Digamos, ahí vamos a escuchar ahora sobre esta palabra que es muy importante y que, por supuesto, existiendo esta unificación de la historia clínica en donde si un paciente es atendido, para poner un ejemplo, en mi ciudad, en Cali, en la Clínica Inbanaco y luego en la Clínica Valle de Lili y se viene para Bogotá a la Clínica Santa Fe pues el médico pueda tener esa historia del paciente, de todos los tratamientos y eso, por supuesto, lo que va a lograr y estamos convencidos de ello y lo anunciamos en el Proyecto con el Senador Moota es va a garantizar el acceso a la salud porque va a ser más eficiente la prestación, va a mejorar los diagnósticos, los tratamientos y, por supuesto, además de garantizar ese acceso al derecho a la salud, vamos a combatir sin duda la corrupción porque esta es una herramienta importantísima para combatir o para reducir los riesgos de corrupción en el sistema de salud y hacerlo más eficiente, por supuesto.

Y segunda cosa que quiero decir de manera general es que aquí no estamos, y lo quiero aclarar insistentemente, aquí no estamos planteando la creación de un *software* único en donde todas las entidades prestadoras de salud tengan que tener un mismo *software*, para nada, eso no lo pretende este proyecto; lo que sí pretendemos es la obligación que todas las entidades prestadoras de salud

den, le proporcionen, a través de mecanismos de interoperabilidad información a esta historia que va a crear el Ministerio de Salud junto con el Ministerio de las TIC y se consolide ahí la información del paciente. ¿Y qué información? También esto es muy importante aclararlo y lo hemos dicho en el proyecto de ley, los datos clínicos relevantes, un conjunto mínimo de datos, no todos los datos del paciente, sino los datos mínimos relevantes.

Y finalmente, algo en que nos han insistido las personas, muchas personas que nos han llamado al Senador Mota y a mí sobre este proyecto, la seguridad, lo que decimos ahí, hay muchas preocupaciones sobre la seguridad de la información porque sabemos que es una información muy sensible la de los datos clínicos y lo que hemos dicho y lo que quedó consignado en el Proyecto es la seguridad deberá garantizarla el Ministerio de Salud, el Ministerio de las TIC con los más altos estándares para tranquilidad, por supuesto, de todos los pacientes.

Eso es todo, esas aclaraciones quería hacer, señor Presidente. Muchas gracias y procedamos a darle inicio a la Audiencia y a escuchar a los invitados. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Pulgar Daza:

Sí, ya ese *software* se está implementando en los Estados Unidos, también en algunas IPS en Colombia; es excelente lo que pretende el Proyecto, honorable Senador Mota. Tiene el uso de la palabra María Virginia Jordán... ah, no, Germán Rueda, Asesor de Despacho del Ministro de Salud y de la Protección Social.

Doctor Germán Rueda, Asesor de Despacho del Ministerio de Salud y de la Protección Social:

Doctor Pulgar, muchas gracias por la palabra. Muy buenos días a todos los asistentes, Senador Mota, Representante Reyes, Senadora Nadia Blel y a los demás invitados a la Audiencia.

Quería compartir un poco antes de entrar a los comentarios un poco el contexto de lo que estamos trabajando desde el Ministerio de Salud y Protección Social. Yo estoy apoyando todo el trabajo de transformación digital y el proyecto de interoperabilidad de la historia clínica que está alineado con lo propuesto en el proyecto de ley. Es un proyecto estratégico para el sector salud y está muy alineado con el objetivo que tenemos desde el Ministerio de Salud y Protección Social, de lograr la triple meta en salud; esta triple meta en salud consiste, en resumidas cuentas, mejorar los desenlaces en salud de la población, cumplir con las expectativas de calidad de todos los usuarios y todo esto en un escenario de sostenibilidad, que es muy importante. Entonces de estos tres elementos surgen diferentes prioridades en la agenda del Ministerio y desde el punto de vista de transformación digital, en la agenda está un

proyecto que llamamos nosotros interoperabilidad de la historia clínica.

Desde hace varios años, en articulación con otras entidades del Gobierno y muy recientemente también con la Alta Consejería para la Innovación y la Transformación Digital, hemos acelerado este trabajo que viene construyendo sobre años de avances desde los diferentes Ministerios. Tenemos un equipo central que está desarrollando este proyecto compuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, por MinTIC, por el DNP, por el Archivo General de la Nación, por la Alta Consejería para la Innovación y la Transformación Digital y desde noviembre hemos venido avanzando en diferentes frentes del proyecto como lo estamos planteando.

El planteamiento inicial del proyecto es lograr que estas historias clínicas intercambien datos para dar continuidad a la atención, pensado como foco central el usuario, el paciente, para mejorar la calidad, para mejorar los desenlaces, para mejorar el cuidado general de la atención y dar continuidad a esa función en salud. Entonces desde enero varias de las personas que nos acompañan en el día de hoy han estado participando en mesas de trabajo y pues esto también lo hemos compartido con el Senador, con el Representante para estar alineados en todo este trabajo y venimos avanzando en siete ejes principales de trabajo, en la planeación estratégica de este proyecto, en el diseño operacional, cómo vemos funcionando esto a nivel país en un trabajo de códigos y estándares, en talento humano, el marco legal, desde el punto de vista de tecnología, que incluye infraestructura y conectividad, y finalmente financiamiento y sostenibilidad.

Entonces en estas líneas lo que hemos avanzando también es lograr incorporar las diferentes perspectivas de los actores. Y quisiera ya para empezar a atarlo a lo planteado en el proyecto de ley, resaltar aspectos positivos en los que estamos alineados, que ya lo mencionaban el Representante Reyes y el Senador Mota, que en principio queremos mejorar la calidad en la atención, facilitarle la vida al ciudadano, que no sea un canal de trámites para cargarlo con su historia clínica, sino también los profesionales puedan tener acceso a esa información vital, relevante. Lo que queremos es lograr ese intercambio de información, no necesariamente unificar ni crear un *software* único, sino que esa información necesaria se pueda compartir a manera de datos o documentos.

Hay muchas actividades que nos ayudarían a simplificar procesos administrativos en salud teniéndolos en medios electrónicos, a dar visibilidad a cosas que... a problemas que estamos viendo hoy que vivimos como ciudadanos, como entidades desde diferentes puntos de vista. Hay posibilidad de eliminar muchísimas ineficiencias y de verdad que esto apoya la evolución de la historia clínica, que es lo que queremos lograr,

esa interoperabilidad. Tenemos hoy unos retos a nivel país, pero vemos esa posibilidad de hacer un planteamiento que en los próximos años logremos la construcción de los lineamientos a los mecanismos para que se dé este intercambio de información de la historia clínica.

Algunos aspectos para fortalecer en cuanto al proyecto de ley y las precisiones las estaremos compartiendo ya en un concepto oficial en los próximos días, pero para resumir a gran escala, el punto de referirnos a la historia clínica como única, unificada, es algo que nos gustaría cambiar para verlo más como interoperabilidad. La idea de tener algo único, unificado, conlleva automáticamente, y aunque lo resaltó el Representante Reyes, no se trata de un *software* único, la idea es que se pueda cambiar ese planteamiento porque lo que queremos es intercambiar.

La historia clínica es un documento complejo, tiene muchísimos componentes y en el trabajo que hemos venido adelantando partimos por la identificación de un subconjunto de datos que viven en la historia, que son los que nos ayudan a dar a conocer los antecedentes del paciente, alergias, qué medicamentos, qué procedimientos, todo eso necesario que es como vital y crítico para que el equipo de los profesionales en salud puedan dar la continuidad a la atención. Entonces como la historia clínica tiene muchos componentes que no se necesitan compartir, vemos la posibilidad de que se pueda fortalecer ese proyecto para cambiar el planteamiento a interoperabilidad. Entonces eso es como un componente clave.

Nosotros en el trabajo tenemos ya unas variables identificadas, que creo que son datos relevantes, pero tenemos también que dejar cabida para que haya una evolución. Nosotros ahorita estamos entrando en esta fase, ese es el planteamiento inicial, pero en la práctica veremos que quizás se necesite intercambiar datos adicionales, documentos que viven en la historia, entonces eso es un punto importante para resaltar en todo el proyecto.

Clave y resaltar también el tema de la seguridad, la confidencialidad de los datos, se hace alusión en el proyecto a la normatividad. Nosotros tenemos normatividad vigente de protección, entonces estar muy alineados porque eso es un componente crítico; los datos de la historia clínica son datos sensibles y necesitamos asegurarnos que estén todos los requisitos tecnológicos y que solamente las entidades, las personas que necesiten acceder a esa información, lo deban hacer. Entonces eso como un componente también para resaltar, sé que lo tienen planteado, pero armonizarlo con todo lo que ya tenemos como normatividad vigente.

Se habla de un cargue de información como a una plataforma; pero como el planteamiento es de interoperabilidad, no estaremos hablando de cargar información y convertir a medios electrónicos lo que ya existe en físico. El planteamiento, creo

que a nivel país vamos a tener que convivir con un híbrido de información mientras logramos ya que todo nazca y viva electrónico porque, o sea, la recomendación es como evaluar la necesidad de volver desde el día, desde un día cero que establezcamos hacia atrás, convertir a medios electrónicos toda la información. Sería un reto que tiene implicaciones no solamente de tecnología, sino monetaria, de personas, entonces una de las recomendaciones también es plantear desde cuándo hacia atrás necesitaríamos tener la información en medio electrónico.

Conociendo que a nivel país tenemos un rango de evolución en cuanto a la situación actual, como se hacía mención, hay unos que todavía, unas instituciones que todavía están manejando historias clínicas en medios físicos, eso va a requerir un tiempo de adaptación y preparación y en el planteamiento nosotros tenemos esas dos líneas de trabajo en paralelo, una que es del fortalecimiento intramural dentro de cada institución que se necesita hacer y al mismo tiempo crear las condiciones a nivel país para que se dé esta interoperabilidad. Entonces las llevamos de la mano, pero la recomendación es pensar bien en la gradualidad y la temporalidad para que todos puedan participar teniendo en cuenta que incluso así se haga, digamos, una conversión de medio físico a electrónico de la historia clínica, tenemos áreas donde hay retos de infraestructura, de tener luz, de tener acceso a internet, entonces también tenemos que en este planteamiento pensar en soluciones que puedan permitir que absolutamente todos puedan participar en la interoperabilidad y en este intercambio de información.

Bueno, ya como unas precisiones, también ampliar un poco pues en las definiciones, lo que queremos lograr en cuanto... cuando hablemos de los datos, cuando hablemos de interoperabilidad, el cargue de información, son como precisiones simplemente para fortalecer como tal. Y también incluir, como tenemos mucha normatividad vigente alrededor de historia clínica, simplemente asegurarnos de armonizar lo que está planteado con lo que ya tenemos en cuanto a quién puede acceder, la protección de datos. Entonces ahí es simplemente como un trabajo simplemente de integrar y algunos, digamos, planteamientos que faltan en las leyes que aplican relacionadas a historia clínica. Y en la parte de financiamiento todav..., o sea, lo estamos trabajando, pero sí recomendamos un análisis del costo a nivel país que tendríamos que abordar para todo este trabajo, que nosotros en el planteamiento en el trabajo que venimos adelantando estamos construyendo una herramienta que nos va a permitir definir esa línea base para saber exactamente dónde están a nivel individual las instituciones y poder, en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y con los otros participantes del equipo central, aterrizar bien y entender el impacto y lo que sería necesario para

el despliegue de la solución de interoperabilidad de la historia clínica.

Ese es como el resumen, hay otras ya precisiones que estaremos compartiendo ya en un concepto pues más formal, pero, en conclusión, creo que estamos alineados en los beneficios que se quieren lograr con el proyecto de ley, lo que estamos trabajando desde el Gobierno en mejorar los desenlaces de salud, de cumplir con las expectativas de calidad que tienen los pacientes y todos los usuarios del sistema de salud, en desplegar esto en un escenario de sostenibilidad. Tenemos que tener eso clarísimo en el planteamiento y pues que todo esto ayuda al final del día a mejorar la vida de todos nosotros como ciudadanos y usuarios que no son ciudadanos también del sistema de salud, de mejorar la calidad, minimizar las oportunidades que haya de riesgo y maximizar en lo posible esa seguridad en las atenciones al paciente. Entonces muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Eduardo Pulgar Daza:

Señor Secretario, deje constancia de la presencia del Senador José Aulo Polo. Y tiene el uso de la palabra el doctor José Villamil, Director Ejecutivo de Veeduría Nacional de Salud por cinco minutos, doctor.

Doctor José Villamil, Director Ejecutivo de Veeduría Nacional de Salud:

Buenos días a todos los señores Senadores y Representantes que se encuentran en el recinto y a todos los participantes. La Veeduría Nacional de Salud viene luchando desde hace diez años por la historia clínica única y ha sido una lucha sin eco, apenas encontramos eco ahora. Yo traje una pequeña presentación de cinco diapositivas por el tiempo, pero sí quiero recomendarles lo siguiente: Nosotros ya hemos analizado la historia clínica única del Distrito Especial de Bogotá y cuántos fueron los costos y cuánto técnicamente y tecnológicamente debería de haberse invertido y pasó por la historia. Esto es... lo primero que decimos es que la historia clínica única o es un solo *software*, la historia clínica no debe ser un solo *software*; y si nosotros estamos pensando en realidad en lo que se viene para este siglo, debemos ir cambiando la mentalidad de la historia clínica única diciéndole al Ministerio de Salud y al Ministerio de las TIC que en la ley debemos dejar un espacio que sea la historia individual del ciudadano y en la historia individual del ciudadano las que nos va a dar el resultado total de lo que es la vida y el análisis de cada uno de ellos.

¿Y por qué decimos que la historia clínica única debe ser un interfaz o, es decir, un bus de datos? Hablo pues un poquito, no muy técnicamente porque no lo manejo muy técnicamente para las TIC, pero sí esa interfaz no requiere obligatoriamente de que sea un solo *software*. Aquí no podemos ponernos a hacer negocios como *software* porque, primero, se nos encarece esto; segundo, un solo

software para el país y para lo que nosotros como Veeduría Nacional de Salud vemos, la historia del ciudadano o sería un *software* ni siquiera fácil de manejar, mucho menos de montar y mucho peor para controlar.

Nosotros hemos analizado bastante y yo le mandé a la Comisión Séptima un estudio analizado sobre lo que había sucedido en diferentes países del mundo donde hemos tenido la historia clínica con análisis y hemos visto las falencias y las fallas que han tenido, por eso decíamos nosotros cambiar y actualizar, es decir, nosotros estamos, y permíteme la expresión, si el delegado de las TIC de pronto me corrige, pero nosotros estamos haciendo en el año 2019 una historia clínica como el año 1980, es decir, estamos crudos, estamos haciendo unas perspectivas para una cosa que no tiene la verdadera proyección de esto. Y lo decimos ¿por qué?, decimos que debe ser diseñada por una empresa con experiencia en el mundo, perdón, yo les pido un poquito de silencio, debe ser diseñada por una empresa que tenga la suficiente experiencia; se va a comportar como un internet sólo para el sector salud, es decir, un sistema de internet que va a funcionar y que es casi lo que se hizo en el Distrito, un sistema de internet que no necesariamente requiere un costo o valor excesivo y eso lo puede analizar inclusive el mismo Ministerio de las TIC; debe ser administrada por el Estado, obligatoriamente debe ser manejada por el Estado; todos los actores de la salud deben conectarse y compartir los datos en tiempo real.

Hago un paréntesis y una comilla, resulta que nosotros en Colombia nunca hemos invitado al Invima a esta situación de la historia clínica y resulta que el Invima es el control de los medicamentos y en la historia clínica deben ser insertados tanto los valores de los medicamentos, los medicamentos que están autorizados, los lotes de los medicamentos que tiene y los controles que requiera ese medicamento a través del Invima, no los hemos tenido en cuenta y es una base fundamental ¿para qué?, para que evitemos el despilfarro de los recursos con esa cuestión que llaman medicamentos de alto costo, que no los controla nadie. Aquí metidos se van a controlar rapidito y en hora efectiva con una auditoría concurrente dentro del sistema.

Las IPS y los profesionales de la salud deben utilizar un programa con este... que cumplan todos los estándares, como el Estado queda abierto a hacer ese... de estándares, podemos nosotros limitar al sector público y al sector privado esa utilización como la manera de la seguridad de la historia clínica. Todo el mundo va a decir “no, pero es que mi historia clínica la va a ver todo el mundo”; no, señor, la historia clínica únicamente la va a ver el médico con la autorización del ciudadano. El delegado del Ministerio nos dice “no, es que se demora mucho tiempo en montar lo que no está hecho”. No. Es que arrancamos desde ahora cuando se comience a hacer como en el Distrito, y

vamos haciendo espacios de requerimiento formal a cada una de las IPS para que actualicen porque como no es un solo *software*, y lo voy a mostrar a lo último en una figura dibujada, entonces vamos a tener la ventaja de que tenemos funcionalidad inmediata y rápida.

Los estándares deben ser verificados por el Estado para evitar las empresas prestadoras de servicios informáticos del sector salud. A esto, el Ministerio de las TIC tiene que poner muchos ojos y condicionamientos y desde ahora les vamos a pedir que en el proyecto de ley quede insertada la Veeduría también para que dé la facilidad de que en los procesos electrónicos tengamos la Veeduría cómo ingresar a ese procedimiento.

Entonces vuelvo y repito que debe ser la hist... Yo traje una solución integral tecnológica para dejársela a los análisis de la Comisión para no, me daría mucho tiempo explicarla, pero lo dejo para la Comisión, pero para que tenga un concepto de los delegados de las TIC y de los delegados del mismo Ministerio. Dejo este cuadro específico formal, lo mismo que la forma de funcionamiento que la vemos nosotros a través de este mismo sistema.

Acá tenemos también un cuadro del modelo de la... es decir, cómo se hace la situación del intercambio para que quedemos claros en que la Veeduría aquí no vino de invitado de piedra. Nosotros estudiamos los procesos, hemos visto un proyecto en Argentina funcionando acoplado casi a Colombia y lo invito a que la Comisión y los compañeros de las TIC lo analicen. Acaban de hacer el de Bruselas, el de España, que hizo el del Distrito. Nosotros estamos analizando todas las historias clínicas que se están haciendo en el mundo.

Y, por último, como el tiempo mío es tan corto, a mí me toca dejarles este pequeño dibujo, que quien lo pueda interpretar lo dice, ese sí me lo dice, en la mitad tenemos al Ministerio, donde, es decir, el bus, el delegado de las TIC sí me entiende lo que estoy diciendo; y acá alrededor están las entidades que van a manejar la situación de la historia clínica en la..., cómo llegarían fluidas al sistema. Tenemos una situación muy particular en las situaciones de la historia clínica y es analizar los sistemas de caída, una caída en el sistema, como ha sucedido, en Dinámica se le cayó 7 días, situación de proyección; a algunas se les ha caído dos, al Distrito se le cayó un tiempo, entonces nosotros sí queremos analizar con el Ministerio de las TIC cómo se va a controlar el sistema de caída para buscar también la responsabilidad porque esto de la historia clínica única amerita una responsabilidad muy grande porque es el conocimiento total del manejo del sistema de salud.

Yo dejo allí y les agradezco, señor Presidente y a los Senadores que nos dieron la oportunidad de decir lo que aquí en Colombia hay que decirlo

aquí en este recinto. Agradecerles mucho. Muy amables.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno, muchas gracias, doctor Villamil. Tiene la palabra la doctora Yury Takeuchi, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad ICESI de Cali.

Doctora Yury Takeuchi, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad ICESI de Cali:

Muchas gracias al Senador Motoa, al Representante Reyes Kuri, al Presidente de la Comisión del Senado. Yo estoy aquí hablando como una *baby boomer*, no como *millennial* ni como *centennial*, de manera que estoy un poquito más aterrizada a las dificultades de la implementación de este proyecto de ley, pero también a las ventajas y beneficios. Yo vengo aquí representándome como paciente, como usuaria del sistema de seguridad social, como médica. Soy neuróloga en ejercicio, todavía en ejercicio de la medicina y también desde la academia como Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad ICESI.

Y quisiera hacer unas precisiones al respecto de lo que nos han pasado como proyecto de ley de la historia clínica electrónica única y quiero también hacer algunas precisiones apoyando los conceptos que ha dado el doctor Rueda, del Ministerio de Protección Social. Me parece muy importante en la definición hablar no solamente de historia clínica digital, eso es obligatorio ya, en el siglo XXI todo debe ser digital, no debe ser en papel, pero el concepto de único es el más importante que hay que recalcar acá; el concepto de único, que es lo que definió el doctor Rueda como interoperabilidad, o sea, que sea compatible con todos los sistemas a todos los niveles del sistema de seguridad social, desde el paciente como usuario del sistema, como el prestador del servicio, como la IPS, como la EPS, como el proveedor de los medicamentos, etc.

Quiero hacer también otras precisiones acerca de que en el artículo 12 se menciona un poquito el tema, pero creo que habría que enfatizar muy claramente el término de interoperabilidad y estoy de acuerdo con el doctor Rueda en cambiarle el término único por algo que tenga relación con ese concepto de interoperabilidad. Eso significa también entonces que hablamos de interoperabilidad, pero también hablamos del otro concepto que es importante, portabilidad, que los datos clínicos de la historia clínica del paciente sean portables, es una traducción que no sé qué tan castiza sea para el paciente. Que el paciente, que es dueño de su historia, dueño de su enfermedad, cargue sus datos de la historia clínica. Y aquí hay una preocupación, de qué es historia clínica y qué son los datos relevantes, porque una historia clínica que tiene los datos del motivo de consulta,

de las cosas, digamos, clínicas, es una cantidad de datos escritos de una narrativa que no pesa mucho; sin embargo, si incluimos en la historia clínica datos relevantes, que también son relevantes como las imágenes diagnósticas, escanografías, resonancias, eso carga el sistema, carga y aumenta los costos, dificulta aún más. Y los sistemas, por ejemplo, de imágenes diagnósticas no son tan interoperables como la historia clínica digital que usamos corrientemente, ya sea en cualquier sistema operativo.

Entonces creo que es importante definir qué es lo que llamamos datos relevantes de la historia clínica y si en esos datos relevantes vamos a incluir imágenes diagnósticas, exámenes de laboratorio, etc.

El otro punto que quería mencionar es que pues yo creo que no hay duda de la importancia de este proyecto de ley, de los beneficios para los pacientes, para el sistema de seguridad social, de los alcances que tiene para facilitar los procesos no solamente de diagnósticos, sino de manejo de pago a los prestadores, de recobros, de provisión de los medicamentos. Sin embargo, pues hay algunas preocupaciones importantes sobre costos y cómo se va a financiar, esto es, probablemente es una cosa, no hemos oído a los de Hacienda, pero probablemente es una cosa muy costosa; inicialmente, el punto del tiempo es también muy importante porque, como dijimos, en Colombia estamos en distintos niveles de electronización de la historia clínica; y el otro punto, que no depende básicamente del sistema o del proyecto de ley, que es todo lo que es infraestructura, acceso a internet y otras cosas similares.

De todas maneras, yo estoy muy optimista porque ustedes pusieron unos ejemplos allí del Perú, del Ecuador y hablaron ahorita de alguna cosa en Argentina. Creo que el proyecto más importante que nos ejemplifica la factibilidad de hacer esta historia clínica interoperable es el Mipres; yo no sé si ustedes han conocido y han accedido como prestador, hemos visto cómo el acceso a la plataforma del Mipres para los medicamentos que no están incluidos en el POS es muy eficiente, es interoperable; cualquier médico en cualquier consultorio accede al Mipres, el paciente tiene su historia clínica digital, esa información se va directamente a su EPS, esa EPS hace los procesos que tengan que ver con la autorización, con las juntas que autoricen el medicamento; esta información va a la farmacia de la EPS y la farmacia incluso llama al paciente y le dice al paciente con su número de cédula y su celular, le dice “ya tiene usted el medicamento aprobado, ya lo tiene disponible, usted puede recogerlo pasado mañana”. Entonces creo que el mejor ejemplo de que esta interoperabilidad del sistema digital e historia clínica, una parte parcial, que es el Mipres, significa que es factible realizarlo en Colombia, significa que ya se ha hecho y es un

ejemplo de una cosa que funciona muy muy bien en cuanto a interoperabilidad del sistema.

Creo que eso es todo. Yo agradezco mucho la oportunidad de estar aquí hablando a nombre de pacientes, prestadores, del mismo sistema y agradezco que ustedes hayan tenido pues la iniciativa de hacer algo que estábamos en mora de tener en Colombia. Muchas gracias.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Muchas gracias, doctora Takeuchi. Tiene la palabra el doctor Gustavo Morales, Presidente de ACEMI.

Doctor Gustavo Morales, Presidente de ACEMI:

Presidenta, señores Senadores, señores Representantes, muchas gracias por esta invitación a nombre de ACEMI, que representa a las EPS del régimen contributivo. Quiero transmitirles un mensaje de aplauso y de felicitación a la Comisión por esta Audiencia y a los líderes de la iniciativa porque realmente abre un debate muy oportuno y muy necesario para el sistema de salud. En lo personal, Senador Mota y Representante Reyes, yo me siento particularmente orgulloso de ser vallecaucano y de ver que nuestra bancada está haciendo la tarea, ojalá allá en la tierra se estén enterando.

Yo sólo quiero decir algunas cosas muy rápidas porque sé que en esta audiencia hay participantes, como lo acabamos de ver, que conocen mucho mejor el detalle técnico del tema y que creo que es a ellos a quienes vinimos a escuchar. Pero desde el gremio de las EPS del régimen contributivo y de las prepagadas, que también tienen algún interés en este tema, los mensajes respecto del proyecto serían los siguientes en el entendido de que nos parece una buena iniciativa y ojalá avance, tomando nota de lo que aquí se diga, por supuesto.

Uno, es importante que se vea este tema de la historia clínica interoperable o la historia clínica electrónica única o como sea que corresponda llamarla como una herramienta importante no solo para la prestación adecuada del servicio, sino también para dos efectos que aunque quizás el proyecto los menciona, valdría la pena abrir una reflexión de qué más puede decir el proyecto sobre estos otros dos aspectos: uno, como un instrumento de gestión del riesgo en salud, es decir, como un instrumento muy útil para la labor de aseguramiento y de gestión del riesgo de los afiliados al sistema de salud. Por supuesto que esa idea está implícita a todo lo largo del proyecto, de eso no cabe ninguna duda, pero quizás, Senador y Representante y miembros de la Comisión, convendría que los técnicos miraran qué más debería poder decir el proyecto que facilitara esa labor de gestión del riesgo y de aseguramiento. Y segundo, quizás más importante aún, una historia clínica como la que este proyecto concibe es una herramienta y esto suena un poco increíble, yo he

venido a aprender en los últimos días de esto y me ha parecido bueno saberlo, es un instrumento, decía, muy importante desde el punto de vista de lucha contra la corrupción. Y eso sería como un segundo mensaje muy importante.

Otra idea es que el proyecto dice lo que el marco legal vigente obliga a decir en materia de protección de datos, recordemos que hay una ley estatutaria de superior jerarquía sobre el particular, y eso está bien, el proyecto no puede salirse de ese marco; sin embargo, no sé si en el curso de la discusión de este proyecto o en otro momento quizás sea conveniente abrir el debate sobre el tema de *habeas data* en salud. En ACEMI estamos todavía en la mitad del debate, no tengo conclusiones definitivas sobre el particular, pero sí creemos que la legislación actual sobre *habeas data* no tiene en cuenta las particularidades, las necesidades de un sistema de salud como el colombiano, que ya llegó a un noventa y ¿qué dijimos?, 97, 98% de cobertura y donde quizás algunas de las restricciones actuales en el régimen de *habeas data* afectan la garantía del derecho fundamental a la salud. Mejor dicho, no quiero entrar en detalles, pero creo que cabe hacerse la pregunta de si no ha llegado el momento de ver si se necesita un régimen de *habeas data* muy particular y muy especial para el sistema de salud.

En el tema específico de las EPS, que yo aquí represento y ya colegas míos que también están haciendo la vocería del aseguramiento lo dirán con más precisión y más conocimiento que yo, es importante tener en cuenta que lo que hacen las EPS frente a este tema de la historia clínica es alimentarse de la historia clínica electrónica, cuyo titular es el usuario y cuyo custodio es el prestador para los efectos administrativos que le corresponden. Entonces en esa medida es de nuestro mayor interés que la interoperabilidad funcione de la mejor manera y creo que el proyecto de ley eso lo contempla y abre las puertas para ello.

Y finalmente, un mensaje final, no perdamos de vista, Senador Motoa, Representante Reyes, que una historia clínica como la que este proyecto está concibiendo es muy útil no solo para el sistema de salud, sino para otros subsistemas de la seguridad social que a mí mismo, por ejemplo, antes de entrar a estudiar este tema se me escapaba, por ejemplo en el tema de riesgos laborales, por ejemplo en el tema de incapacidades y por ejemplo en el tema de pensiones de invalidez. Entonces es bueno que en una segunda o, bueno, me imagino que no segunda sino en muchas lecturas después del proyecto nos hagamos también la pregunta de si el proyecto está siendo lo suficientemente útil para esos otros subsistemas del sistema de seguridad social porque ya, mejor dicho, el mensaje sería, para decirlo más claramente, ya embarcados en esto y qué bueno que estamos embarcados en esto, miremos de qué manera esta idea implícita y explícita del proyecto les ayuda a esos otros

subsistemas de la seguridad social como en efecto ya le está ayudando al sistema de salud. Esos serían mis mensajes y muchas gracias por la invitación, señora Presidenta.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Bueno, muchas gracias, doctor Gustavo, por su intervención. Tiene la palabra el doctor Nestor Álvarez Lara, en representación de los pacientes de alto costo.

Doctor Néstor Álvarez Lara, en representación de los pacientes de alto costo:

Muy buenos días. Muchas gracias por la invitación a la Comisión, a los ponentes. Le damos la bienvenida a un proyecto tan importante que tampoco podemos desconocer que ya hay muchos avances individuales por muchas IPS y por muchos prestadores en esta parte. Como ya lo han aclarado, yo creo que el proyecto va más va hacia la ... en salud, ¿sí?, ¿ustedes conocen el proyecto de Google salud?, donde es un análisis de vida alta; el proyecto en Chile, como le llamaron, El Bus de la Salud en la Nube, que es exactamente ese conjunto de informaciones que se deben reportar para tener unos conceptos.

Como no somos expertos en el tema, hicimos como dos análisis: uno desde el punto de vista emocional de qué piensa la gente, y como tenemos pacientes de mucha comorbilidad, ellos sí querían ver si se puede considerar ya que son minucias en que no hay una sola historia clínica del paciente. Hay un paciente que tiene cáncer y tiene una historia clínica diferente a si tiene VIH, si es trasplantado o si tiene diabetes. Entonces ellos querían ver si ellos van a poder tener como esos paquetes electrónicamente que es donde el paciente es atendido en diferentes IPS, pero que puedan tener esos seguimientos y en algún momento, si se necesita de una enfermedad información para manejar la otra, pudiera ser, pero que hubiera como ese manejo de las diferentes historias clínicas que tiene un paciente con comorbilidad de más de dos o tres patologías. Era un punto.

La seguridad es un punto que tocaron; indiscutiblemente, hay un mensaje de todo el mundo que dice que nunca debe ser administrada por un tercero, que no se puede delegar a que la administre una empresa, sino que debe ser el Estado. Y otra inquietud, ya técnica, que tenemos es sobre todo el manejo con el sistema de información actual del Ministerio con la parte de Sispro, es lo que se está reportando en este momento, que no es en línea directa, sino cómo va a ser esa interoperatividad o si definitivamente es una nube que también va a articular a Sispro más todo lo que se esté en este momento construyendo para un análisis de desde el punto de vista de salud.

Otro aspecto que nos preocupa es el compromiso de las TIC en las áreas rurales y dispersas con la longitud de banda de internet. Consideramos que es uno de los problemas que en

este momento estamos teniendo aun con la parte administrativa de la salud; es que las velocidades de internet en la mayoría de los municipios no dan para una respuesta de un trabajo en línea y que se pueda tener un aspecto de calidad. Entonces sí se necesita un compromiso de las TIC. Hacemos un llamado al atraso que tiene el país en que no vamos, ni siquiera está proyectado salir a licitar las 5G. Ahorita en el Congreso de Comunicaciones de Barcelona se analizaba cómo Colombia y muchos países estamos lejos de las 5G y eso va a retrasar mucho el manejo de la *big data*, especialmente en salud, donde hay tanta información frente a los puntos que se tocaban de qué se debe ir; para nosotros, consideramos importante que imágenes diagnósticas, ayudas clínicas, exámenes paraclínicos, todo esto tiene que estar interactuado, o sea, todas las IPS, tanto la fisioterapia, ayudas diagnósticas, rehabilitación, son totalmente porque en algún momento se necesita una completa información para ese manejo que obviamente va a repercutir en calidad y en muchos casos en disminución de costos de la atención por la facilidad de información a tiempo y en línea, que es algo que le debemos ajustar.

Nos preocupa el presupuesto porque no vemos cómo, sino que de algún lado se busca la plata y este es un proyecto muy ambicioso de *big data* que va a requerir inversión permanente porque lo peor que nos puede pasar es que nos embarquemos en algo y lo dejemos quieto. Sabemos que la tecnología es muy dinámica en este momento y es algo que sí se debe dejar como amparado de una vez por el proyecto de ley, que no se vaya a detener por recursos. Estamos de acuerdo de que puede haber un punto de partida cero, de que debe estar totalmente en la *big data*, a partir de qué momento, pero no desconocemos que muchos de nosotros ya tenemos historias clínicas con todo nuestro historial de años porque las IPS, muchas lo han logrado para mantener al día los tratamientos en las crónicas de los pacientes de alto costo del país, entonces digamos que hay un avance también en muchas patologías.

Y con esto queremos resumir, dar las gracias y ojalá el país y las TIC se comprometan con los presupuestos, el desarrollo del internet en las zonas donde todavía la calidad no es adecuada.

Y, por último, para el presupuesto de los hospitales públicos, que son uno de los mayores prestadores del régimen subsidiado, vemos con gran preocupación de que sería un gran inconveniente porque es un sector que rezagado en presupuesto, no lo vamos a ver que esté totalmente al nivel de poder ponerse al día para cumplir estos objetivos y sí tendríamos entonces unos ciudadanos que no irían a ser beneficiados de esta tecnología y habría una discriminación también por la determinación de presupuestos en términos de las empresas sociales del Estado. Muchas gracias.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Bueno, muchas gracias al doctor Néstor Álvarez. Tiene la palabra la doctora María Andrea Godoy Casadiego en representación de la Superintendencia Nacional de Salud como Jefe de la Oficina Asesora Jurídica.

Doctora María Andrea Godoy Casadiego, Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud:

Buenos días a todos. La Superintendencia reconoce la importancia que tiene esta propuesta legislativa, de contar con una herramienta que nos permita unificar y estandarizar, si bien no toda la historia clínica, por lo menos los datos básicos que son necesarios para la prestación del servicio de salud a los usuarios y para evitarles una serie de trámites engorrosos en que se ven cada día expuestos, sobre todo cuando hay cambios a nivel de aseguradores o de prestadores en sí. El tema que tiene que vivir el usuario cuando cambia de asegurador, cuando cambia de asegurador y perder los datos y la información que viene a nivel de sus tratamientos diagnósticos relacionados con una patología, pues hace que esto dificulte la calidad en la prestación del servicio.

Y consideramos que este es un mecanismo muy importante para este fin frente a los usuarios, pero también para efectos de todo lo que tiene que ver con la duplicidad de costos que se puedan estar presentando en el sistema con el tema de la pertinencia de los diagnósticos y tratamientos que se están haciendo y con el diagnóstico adecuado. Si se cuenta con la historia clínica, con los datos relevantes, independiente de la IPS en que se esté o del asegurador donde se está afiliado, pues obviamente esto garantiza que haya un diagnóstico mucho más acertado sobre la patología que sufre el usuario.

Sin embargo, pues tenemos unos temas que nos preocupan de alguna manera, que ya los han expuesto acá, y uno es las diferencias de las IPS a nivel nacional: No todas tienen el mismo nivel de desarrollo tecnológico, pero tampoco tienen todas el acceso a la tecnología que se requiere y a la conectividad para poder viabilizar este tipo de proyectos. Y es necesario entonces, consideramos desde la Superintendencia, que se establezca una gradualidad en la implementación, porque de pronto esos 24 meses o los 5 años que se hablan al final dentro del proyecto no podrán resultar suficientes para regiones en las cuales están muy apartadas y tienen unas dificultades importantes para poder acceder a estos recursos.

Otro tema que nos preocupa es el tema de qué pasa con los archivos que tienen hoy en medio físico o en otro tipo de medio digital las instituciones, porque lo relevante en la historia clínica, y no hay que olvidarlo, es que la historia clínica es un medio probatorio muy importante en los temas de responsabilidad civil médica

y en otros asuntos y en este... en la medida en que vamos a adoptar una herramienta de estas, es importante preguntarnos cuál es el alcance de esta información, si estamos hablando de una historia clínica que va a sustituir lo que ya se tiene o si es algo alterno donde lo que se va a permitir es la portabilidad de los datos y un tema de auditoría mucho más eficiente.

En la medida en que se hable de una historia clínica, puede entonces entrar el debate de qué pasa con ese fin probatorio que tiene la historia clínica, hasta dónde va a ser valedera esta información que sube allá y para que tenga esa validez probatoria pues tendrá que cumplir las normas del Archivo General de la Nación y demás que es importante que las IPS conozcan y las manejen. Pero obviamente estos son unos temas que implican una serie de recursos tanto económicos como humanos y tecnológicos de las IPS que hay que analizar muy bien hasta dónde están en posibilidad, en qué medida y con qué gradualidad para poder implantarlo y que pues no vayamos a tener un fracaso en algo tan importante como esto.

Para nosotros, desde nuestras funciones de inspección, vigilancia y control es muy importante saber desde cuándo va a entrar en vigor esto, desde cuándo se les aplica a todos, más aún si estamos diciendo que va a ser un requisito de habilitación.

Entonces hay que distinguir muy bien qué pasa con las IPS que van a entrar dentro de su proceso de habilitación como nuevas, versus las que ya están y cómo va a ser ese tema de transición para que nosotros podamos tener una claridad frente al control y la inspección que debemos realizar en el cumplimiento de este tipo de obligaciones.

Y consideramos que hay que armonizar las normas de habilitación desde el Ministerio, las normas de habilitación de IPS con estos temas y no lo podemos aplicar a todos de una manera igual, con los mismos criterios, porque es necesario que reconozcamos las diferencias que hay a nivel nacional en todos los tipos de IPS y las diferencias que hay en los diferentes desarrollos y las inversiones que muchas ya han hecho en este asunto de historia clínica.

Muy importante y celebro la posición del Ministerio, en la medida en que establece que se buscan unos estándares mínimos específicos que se puedan y que pueda ser un tema de interoperabilidad más que de historia clínica, pero es muy importante que en la norma quede así reflejado y no se hable como historia clínica o que se fije el alcance para todos los fines que he dicho a nivel legal que tiene. Muchas gracias.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Señor Secretario por favor verificar quórum, llamado a lista y verificación de quórum.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

H o n o r a b l e Senadora Blel Scaff Nadya Georgette	Presente
H o n o r a b l e Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	No se encuentra
H o n o r a b l e Senador Castillo Suárez Fabián Gerardo	No se encuentra
H o n o r a b l e Senadora Fortich Sánchez Laura Ester	Presente
H o n o r a b l e Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	Presente
H o n o r a b l e Senadora Lizarazo Cubillos Aydeé	No se encuentra
H o n o r a b l e Senador López Peña José Ritter	Presente
H o n o r a b l e Senador Motoa Solarte Carlos Fernando	Presente
H o n o r a b l e Senador Palchucan Chingal Manuel Bitervo	No se encuentra
H o n o r a b l e Senador Polo Narváez José Aulo	Presente
H o n o r a b l e Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	Presente
H o n o r a b l e Senadora Simanca Herrera Victoria Sandino	La Senadora Victoria nos estuvo acompañando desde las nueve de la mañana (09:00 a. m.) y se retiró siendo más o menos las diez y quince de la mañana (10:15 a. m.).
H o n o r a b l e Senador Uribe Vélez Álvaro	Presente
H o n o r a b l e Senador Velasco Ocampo Gabriel Jaime	Presente

Diez (10) honorables Senadores, Senadoras contestaron la confirmación de quórum decisorio señora Presidente, honorables Senadores, honorables asistentes, hay quórum decisorio de la Comisión Séptima del Senado de la República para esta Audiencia Pública.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Bueno, muchas gracias Secretario, continuamos con el orden del día. Agradecerle a la doctora María Andrea Godoy por sus recomendaciones y continuamos con la doctora María Virginia Jordán en representación del Ministerio de Hacienda como Directora de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda. Tiene la palabra.

Doctora María Virginia Jordán, Directora de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda:

Buenos días a todos. Agradecemos desde el Ministerio de Hacienda esta iniciativa que nos parece muy importante. Esta iniciativa la hemos estado revisando previamente en conjunto con el Ministerio de Salud. Nos parece una iniciativa que el Ministerio de Hacienda quiere apoyar; sin embargo, pues todavía hay algunas inquietudes que creo que vamos a ir aclarando poco a poco con mesas de trabajo.

Uno de los puntos importantes es que creemos que no se debe hablar de una historia clínica única, sino más de estándares interoperables que permitan, digamos, la comunicación entre... pues que se puedan hablar, digamos, las historias clínicas como tal. El proyecto en este momento, digamos, no permite ver cuál es su costo fiscal y ustedes saben que para Hacienda, digamos, este es un punto totalmente relevante, entonces ese tema, digamos, nos parece importante; y a su vez también ver cómo se dividen, digamos, las responsabilidades como tal, hasta qué punto es compromiso del Gobierno nacional, digamos, asumir estos costos adicionales, si los vamos a asumir con recursos que ya hoy en día recibe el Ministerio de Salud, por ejemplo, porque la idea es no generar, digamos, nuevas responsabilidades, nuevos costos, pero este es un tema, digamos, que vamos a ir aclarando en las mesas de trabajo, saber de qué estamos hablando, de qué costos estamos hablando como tal.

Otro punto que nos parece importante aclarar es que un artículo nuevo en el Plan de Desarrollo habla ya de una historia clínica electrónica. Entonces pues tenemos que revisar, digamos, si estando ese artículo es requerido un nuevo proyecto de ley o si revisamos el artículo para que en últimas se hablen y el artículo quede de forma que nos deje, digamos, satisfechos, y más vale se necesita es, digamos, una reglamentación posterior una vez esté el artículo. Entonces creo que ese es un punto a revisar porque de pronto estaríamos... de pronto no sería necesario, si hay un artículo donde se crea la historia clínica, pues se hable de un nuevo proyecto de ley donde de igual forma se está creando esta historia clínica como tal, pero entonces creo que ese es un punto a aclarar. Y reitero el interés, digamos, del Ministerio de Hacienda de sacar este tema adelante y de seguir trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud y Ministerio de Tecnología en estas mesas de trabajo para aclarar todos estos detalles y finalmente saber de qué costo fiscal estamos hablando como tal.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Tiene la palabra Senador Motoa.

Honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte:

Gracias Presidenta por, y también a la doctora María Virginia por autorizar esta interpelación. Primero, quiero agradecer nuevamente a la Mesa Directiva de la Comisión Séptima y a los Senadores que han hecho presencia en esta Comisión. Lo decía ahora la Presidenta de la Comisión Séptima, la doctora Laura, hay quórum decisorio. Y es extraño, en otras Comisiones, Senador Uribe, hacen una Audiencia Pública y... que participen la totalidad de Senadores de una Comisión. Yo debo agradecer, lo digo con toda sinceridad, la presencia de además Nadia Blel y Honorio Henríquez y Victoria Sandino que estuvieron al comienzo de esta sesión; la presencia también del Senador Pulgar, del Senador Ritter López, del Senador Álvaro Uribe, del Senador Gabriel Velasco, del Senador Aulo Polo y de la Senadora Aydeé Lizarazo. Gran importancia, gran respaldo le dan ustedes con su asistencia a esta Audiencia Pública.

Segundo, agradecer también y tengo que hacer ese justo reconocimiento al Ministerio de Salud y al Ministerio de las TIC, siempre han estado atentos, disponibles, en las varias reuniones que el coautor Juan Fernando Reyes y quien les habla hemos sostenido, creo que no menos de cinco reuniones hemos podido tener para presentar esta iniciativa. Ha sido ampliamente socializado, pero también muy bien asesorados en la parte técnica en salud y en la parte técnica en toda la competencia del Ministerio de las TIC.

Y hoy celebro, porque sí es un punto fundamental el apoyo que, en principio, por supuesto falta analizar los costos de esta iniciativa que, por intermedio suyo, doctora María Virginia, establece el Ministerio de Hacienda.

Y usted menciona algo que no quiero dejar pasar por alto, menciona usted y yo lo conocí la semana pasada, solamente la semana pasada, esta iniciativa la radicamos en el mes de febrero del presente año y venimos trabajándola desde el año 2018, que se presentó un artículo nuevo en el Plan de Desarrollo.

Tengo tres comentarios, doctora María Virginia: Primero, principio de consecutividad. Recordemos que el Plan de Desarrollo ya fue votado en Primer Debate en Comisiones Conjuntas, no sé si se discutió, se debatió y se dio, digamos, ese análisis en ese Primer Debate, me genera esa inquietud, esa duda que tenemos que revisarla. Segundo, no es la primera vez, y esto es fundamental, lo digo para los presentes intervinientes en esta Audiencia Pública y los Senadores de la Comisión Séptima, Senadora Nadia, no es la primera vez, doctora María Virginia y miembros del Gobierno nacional, que esta idea de historia clínica se presenta en un plan de desarrollo; ya la habían aprobado en el Plan de Desarrollo del Gobierno anterior, Senador Gabriel Velasco, 2014-2018, y no se tramitó, poco se avanzó y hoy no existe.

A mí sí me parece fundamental y qué pena que me extienda en esta intervención, vinimos a oír a los ciudadanos y a los representantes del Gobierno

y de otras entidades, que esto se eleve a Ley de la República, por muchas razones, por la vocación de permanencia, no un Plan de Desarrollo que tiene una durabilidad de cuatro años, por la importancia de los debates, es que en el Plan de Desarrollo en ese artículo no existe lo que hoy estamos haciendo en esta iniciativa, participación ciudadana, socializar con la comunidad, tener en cuenta las observaciones y los interrogantes y las correcciones del ciudadano, fundamental en un proceso de democracia participativa, hoy lo estamos teniendo. Además de otros elementos fundamentales que lo establece la Ley y que no pueden llevarse a una discusión en un Plan Nacional de Desarrollo. Aquí han hablado temas fundamentales como el *hábeas data*, aquí han hablado temas fundamentales como lo mencionado por mi compañero coautor Juan Fernando Reyes en el sentido de crear un nuevo requisito de habilitación en las entidades prestadoras de servicios de salud en las IPS, que es cumplir con este requisito legal hoy de la historia clínica digital y otros elementos que se pueden solamente discutir y ejercer como autoridad o potestad del Estado por medio de la ley.

Así que simplemente quería y gracias por la interpelación, para terminar, si usted me puede dar claridad, ese artículo nuevo quién lo promovió, si tiene el visto bueno, me imagino que si es artículo nuevo tiene ya el aval de Planeación Nacional, del Ministerio de Salud, no lo sé y si ese artículo nuevo está en el Plan Nacional de Desarrollo pues igual debe tener ya el impacto fiscal que hoy aquí se reclama o que aquí se pretende tener porque por qué en el Plan de Desarrollo sí y por qué en esta iniciativa no. Entiendo que faltan los costos y ese es un tema que se viene trabajando con el Ministerio de Salud, ellos han establecido un cronograma, nos han mencionado a nosotros como autores y a mí como Ponentes que aproximadamente para el mes de agosto, julio del presente año ya se tendría un análisis concreto, claro de cuánto podría ser el costo fiscal de esa iniciativa. Gracias nuevamente por la interpelación, pero no podía dejar pasar por alto este tema que para mí tiene la mayor relevancia y que también sea conocido, observado y analizado por los integrantes de la Comisión Séptima del Senado. Gracias Presidenta y gracias doctora María Virginia.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Bueno, continúa el Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, delegado, el señor, el doctor César Burgos Alarcón.

Doctor César Burgos Alarcón, delegado de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas:

Muchas gracias a la Comisión Séptima del Senado por la invitación que nos hacen. Las sociedades científicas integrada por 64 organizaciones médicas de asociaciones científicas de especialistas ve con mucha complacencia esta iniciativa y como lo decía el Senador Mota,

pues lamentó en su momento la no progresión del proyecto de ley en la otra oportunidad, justamente por los beneficios no solamente para el sistema sino para el derecho a la salud como lo consigna la Ley Estatutaria, como derecho fundamental.

Es evidente que son muchos más los beneficios que los costos, pues haciendo... ya que realmente pues veo que hay una inquietud sobre el tema financiero, que no se debe desdeñar, pero que me parece que en este caso no da lugar en la dimensión que se le quiere presentar porque si miramos al presente, al mediano plazo y al futuro, las implicaciones y los beneficios que va a traer esto para los pacientes y para el sistema, podrían en este momento ser poco conmensurables y realmente en proyección son muy importantes los beneficios y hay que verlo en ese sentido, en aras de valorar o hacer el balance dentro de los costos y los beneficios, eso en primer lugar.

Comparto muchas opiniones, por eso no voy a repetir, pero sí tenemos algunas inquietudes, por ejemplo: la aplicación que el mismo proyecto de ley invoca hacia que en cinco años ya se haya desarrollado este proceso, hace prever como si una de las actividades, una de las decisiones y casi de las obligaciones sea el que las instituciones, los prestadores y nosotros los médicos tengamos que hacer la inclusión de la información pasada. A mí me parece que eso es un hecho impráctico, imposible, igualmente inconmensurable, debería modificarse porque sea este el punto de partida justamente y no desgastarnos de hacer un proceso de inclusión de una información, que las mismas razones por las cuales es válida la propuesta de la historia clínica, nos hace muy difícil, muy compleja esa tarea de hacer y nos desgastaríamos haciendo lo pasado y no haciendo lo presente. Eso es como una propuesta de modificación para el proyecto de ley.

Segundo, hay un elemento que nos parece a los médicos, a quienes ejercemos de manera independiente, hay mucho médico que tiene doble ejercicio institucional y privado, no se aborda el compromiso para este fragmento o este segmento de la atención privada, si es obligatorio también para ellos y si la exigencia de habilitación va a cubrir también al ejercicio privado.

De otra parte, vemos también y estaríamos en disposición de aportar en términos prácticos el tema, digamos, de la posibilidad o el alcance de la información que se pueda necesitar para investigación. Si hay alguna, algún elemento importante de este proyecto de ley, de esta iniciativa, es justamente no solamente la parte del sistema, de calidad de atención, sino la posibilidad de ampliar la información y de ampliar una información para la investigación ¿por qué?, porque debería estar adjunta una custodia, por ejemplo, de paraclínicos como lo mencionaba una doctora anteriormente, porque los paraclínicos en la tecnología actual es muy difícil, especialmente los métodos radiográficos y la tecnología de imágenes, es muy difícil abordarla desde lo tecnológico, pero

eso se necesita tanto para la investigación como para la transmisión del conocimiento, de la información en telemedicina por ejemplo. Me parece que debe haber adjunto un párrafo que hable sobre la custodia de ese material paraclínico, porque no se puede transmitir a través de este recurso tecnológico.

También nos preocupaba el tema de la telemedicina, es decir, debería adjuntarse o tenerse una información paralela y coordinar este proceso con lo que se ha hecho en telemedicina; me parece que la telemedicina nos puede aportar, quienes estén responsables de este proceso en el Ministerio pueden aportar elementos para enriquecer este proyecto de ley.

Y finalmente, no nos queda muy claro y estaríamos dispuestos a aportar nuestra opinión sobre lo que se considera desde el punto de vista de la información clínica los datos relevantes, no sabemos para el proyecto qué significa información relevante, porque puede ser información relevante distinta a la que se necesita la parte administrativa para los procesos de pago a la información clínica. Se hace muy necesaria esta aclaración en aras de integrar y de darle una mayor agilidad a ese proceso, consultar a las sociedades científicas, estamos dispuestas para informar que para nosotros desde el punto de vista clínico y de beneficio del derecho es una información relevante.

Dejo hasta ahí pues nuestras propuestas, muchas gracias por la invitación.

Presidenta, honorable Senadora Laura Ester Fortich:

Muchas gracias al doctor César Burgos por sus recomendaciones. Tiene la palabra por parte del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, el Viceministro de Economía Digital, el doctor Jehudi Castro Sierra.

Doctor Jehudi Castro Sierra, Viceministro de Economía Digital del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones:

Muchísimas gracias señora Presidenta, honorables Congresistas, especialmente Senador Motoa, Representante Reyes, muchas gracias por la invitación y un reconocimiento para ustedes por haber...y a la Comisión por abordar este tema tan importante.

Como vemos, hasta ahora en las intervenciones hay algún nivel de consenso en la importancia del tema, hay que mirar unos temas puntuales. Yo les diría que, en primer lugar, esto es una posición de Gobierno. Por eso comparto integralmente la intervención de Germán como Minsalud; eso me permite ser un poco breve para no repetir.

Yo les diría que como Mintic y desde Presidencia, la Consejería de Transformación Digital tenemos planes de interoperabilidad en diferentes sectores y también tenemos lo que son los planes de servicios ciudadanos y hay total consonancia con lo que sería una historia clínica interoperable, en la medida en que uno de esos servicios ciudadanos es interoperabilidad.

Y ahí respondo una de las inquietudes que había en las intervenciones anteriores, es cómo aprovechar este esfuerzo, para que otros subsistemas también se beneficien. Esta interoperabilidad va a tener sentido a nivel de todo el Estado y con distintos sectores y la parte de salud sería parte de ella y los otros sectores se podrían alimentar de esa misma información.

Otro de los servicios ciudadanos digitales va a ser la carpeta ciudadana, una de las partes fundamentales de esta carpeta ciudadana que es información que va a ser producto de esa interoperabilidad, que va a estar a disposición del ciudadano en cualquier momento y que va a permitir que el Estado no le pida la misma información mil veces durante su vida, va a ser la historia clínica interoperable.

Creo que hay consenso porque lo he escuchado bastantes veces, que es conveniente que sea interoperable y no única, esto nos permite abordar varios posibles problemas; disminuye costos en la medida en que aprovecha esfuerzos que ya se han hecho regionalmente. Bogotá es un ejemplo, no tienen que empezar de cero; no se centraliza, eso también nos permite mitigar un poco...uno de los riesgos que mencionaban ahora es que se caiga el sistema, un sistema único, un sistema centralizado tiene ese riesgo, también tiene el riesgo de seguridad, que la información se encuentre en un solo lugar. En ese sentido, sí preferimos que se hable de interoperable.

También otro tema importante que se hablaba es el tema de estándares, el tema de estándares por un lado nos permite portabilidad, que sea compatible con distintos sistemas, incluso, que eventualmente haya compatibilidad con otros países, eso es muy importante y el tema de estándares también nos permite que esto no sea un negocio para un privado. Cuando nosotros manejamos estándares no existen las barreras de salida para cambiar de un operador tecnológico a otro; esos serían de los temas más importantes que pediríamos que se tuvieran en cuenta en este proyecto tan importante.

Y quisiera hacer una mención a lo que decía el señor Néstor Álvarez, representante de los pacientes de alto costo; él nos decía de la importancia de la conectividad en las áreas rurales y dispersas, para que en realidad tengan acceso a esta tecnología. Él nos decía que por la lentitud del internet allí, por la intermitencia del internet allí, incluso para temas administrativos están teniendo problemas, o sea que sería una quimera decir que tal como está el internet en estas zonas rurales, que es en realidad la mitad del país, puedan ser beneficiarios de este proyecto que estamos hablando.

Por eso va también la invitación de que el proyecto de modernización de las TIC es un complemento fundamental para cualquier tipo de historia clínica interoperable, porque si no, estamos dejando por fuera a la mitad del país que no está conectada. Eso sería la intervención de

Mintic y quedamos atentos a cualquier pregunta que tengan. Muchísimas gracias.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Muchísimas gracias señor Viceministro. Tiene el uso de la palabra el doctor Andrés Isaza, Vicedecano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

Doctor Andrés Isaza, Vicedecano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario:

Buenos días, muchas gracias. Pues yo creo que las cosas esenciales han sido ya planteadas, pero sí me gustaría puntualizar como la forma en que yo lo veo. Hay una cosa que uno... hay un aspecto de toda esta información en salud que creo que es un tema muy grande que se está discutiendo y que está involucrado aquí y hay otra cosa que es la historia clínica del paciente. Durante todo el planteamiento del proyecto, todos los beneficios se están centrando en la atención del paciente y evidentemente, pues desde el punto de vista médico, yo soy cirujano en ejercicio aparte de mi trabajo académico, pues sí se facilitaría mucho contar con la información del paciente en cualquier momento, pero las experiencias previas lo que muestran es que esto puede llegar a ser una cantidad de información irrelevante e imposible de consultar.

Yo veo como la posibilidad de tener una cuestión intermedia donde haya la interoperabilidad de la que se está hablando que bajo ciertas restricciones de manejo y siempre con el control del paciente que debe seguir siendo el dueño de su historia clínica, el médico pueda acceder a historias que puedan ser importantes de hospitalizaciones previas o de atenciones previas que pueda tener el paciente, pero que sí haya una información básica, como por ejemplo la que normalmente el grupo sanguíneo, si hay alergias, los antecedentes que sean más relevantes, haya una... en el diseño del *software* que se maneje, permita que haya el acceso a esa información básica en cualquier momento por cualquier persona.

Recomendaría también en toda la implementación, que esto no represente recargar más la atención en salud por parte de los médicos, porque ya pues de por sí la atención en 20 minutos con la cantidad de información que toca llenar en una consulta médica ha restringido bastante el tiempo que tiene el médico para interactuar con el paciente, de modo que esto no puede reflejar, terminar siendo más trabajo e información que tenga que aportar el médico, sino algo que facilite el trabajo y agilice la atención. Pero también pienso que sí se debe contemplar que haya una cantidad de información básica que permita la gestión del riesgo en salud por parte del Estado, porque pues me parece que no se puede desperdiciar esta gran cantidad de información.

Sobra insistir, ya lo mencioné, el paciente es el dueño de su historia clínica y el problema del *hábeas data*. La cantidad de información

de salud que tiene, yo creo que es el tesoro más grande que hay en este momento de información para múltiples propósitos de todo tipo, de tipo comercial y bueno, de todo tipo de intereses, hay que tener mucho cuidado con el manejo del acceso a la información y de quién puede acceder y qué es lo que el paciente va a permitir que sea consultado por cualquier persona en cualquier momento. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Gracias a usted. Tiene el uso de la palabra el doctor Miguel Uprimny, Coordinador de Salud de Gestarsalud.

Doctor Miguel Uprimny, Coordinador de Salud de Gestarsalud:

Muchas gracias señor Presidente, muchas gracias por la invitación, un saludo de Elisa Torrenegra nuestra Directora que está por fuera. Vengo en representación de esa otra Colombia que tiene que ver con la zona rural que estábamos hablando ahora, y quiero insistir en la importancia de conectar, porque la conexión no solamente es en el tema de historia clínica sino adicionalmente para otras cosas que serían muy útiles para todas las zonas dispersas.

Nosotros vemos con gran alegría que se haya tomado este tema y pues a los Ponentes, doctor Juan Fernando y al doctor Carlos Fernando los felicito porque la verdad este es un impulso muy importante que estamos haciendo. De hecho, desde el Ministerio de Salud ya nos ha invitado a varias reuniones en las que hemos estado trabajando en el tema de interoperabilidad y me parece que ese es el camino y que hay que precisar qué es interoperabilidad, ese es como el primer comentario.

El segundo comentario que... es que nosotros pues en esas muchas colombias que tenemos, tenemos unas colombias todavía en el siglo XIX, llegando al XX, en donde deberíamos no solamente incorporar el tema de unas tecnologías, sino del desarrollo en esas zonas del país. Entonces invitación de nuevo también para que podamos tener unos mejores resultados de salud, entendiendo lo que es un determinante en la salud, eso es un tema muy importante.

Indudablemente, en las expresiones que ya se han dado, hay unos requisitos previos y hay un par de requisitos que no se han tocado. El primer requisito, pues el que decíamos de tener el tema del ancho de banda, pues todos los temas tecnológicos en los puntos donde se tenga. El segundo tema es un tema que tiene que ver con los equipos humanos que manejan el tema, yo creo que no se tocó en el proyecto de ley, yo creo que hay un tema de capacitación, entrenamiento, de formación. Y una invitación muy formal a la academia para que la academia se vincule desarrollando el tema. Tenemos más de 10.000 médicos generales dispersos en el país que han sido, que requieren que se mantengan actualizadas.

Esto debe estar centrado para ir buscando cuáles serían esos elementos esenciales, está centrado en las personas, en los ciudadanos y ahí la continuidad, la integralidad es un tema esencial, y entonces la información que deberíamos manejar es fundamentalmente para ello, para que las personas tengan una mejor atención, una atención mucho más expedita.

El otro elemento que nos parece, ya lo han dicho, pero me parece que este es un elemento que vale la pena precisarlo, esto nos ayuda muchísimo a la transparencia en la información como elemento adicional. Yo sí creo que hay que hacer un trabajo, definir una transición, para que podamos ir caminando hacia el mejor resultado. La idea es que podamos tener en los tiempos que están previstos, me parece que hay que revisarlos, hay que mirar qué es lo que quisiéramos tener. Y estoy de acuerdo con los anteriores, el pasado yo creo que hay que ir incorporarlo a medida que los ciudadanos vayan utilizando la historia clínica; lo otro es un desgaste tremendamente grande que no seríamos capaces de desarrollar.

Y nosotros creemos que ese alcance de esa historia clínica vista desde el ciudadano, vista desde tener las mejores salidas para que las personas tengan la continuidad en la atención es lo que tenemos que buscar. Y adicionalmente, que tengamos equipos de salud suficientemente entrenados para poder desarrollar las actividades frente a ello. En lo demás, yo creo que estamos muy de acuerdo en el camino y muchas gracias por la invitación, muchas gracias por ese impulso, nos parece que ese es el mejor camino por el que podemos transitar. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Gracias doctor Uprimny. Tiene el uso de la palabra el doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas:

Muchas gracias señor Presidente. Un cordial saludo a los autores del Proyecto, al Senador Mota, al Representante Reyes y a todos los integrantes de la Comisión Séptima. Yo quisiera arrancar desde el gremio hospitalario haciendo algunos comentarios de contexto:

El primero de ellos es que hay que entender que todos estos proyectos que incursionan en tecnología, información, comunicaciones, están inmersos en la cuarta ola de la revolución industrial; este es un movimiento que teóricamente ya dicen que arrancó en el año 2011 y que ha acelerado desde el año 2015 y eso tiene un significado que creo que es valioso para este tipo de proyectos y es cuál: El mundo avanza hacia la fusión de las tecnologías, la interacción simultánea que va a juntar los medios físicos, digitales y biológicos. ¿Eso qué representa? Convergencia, velocidad de

cambio y transformación de los sistemas. Ese es un primer contexto para este proyecto.

El segundo, esa cuarta ola se sostiene en los avances enormes que nos dio la tercera ola de la revolución industrial y hay números que confirman eso. Miremos las coberturas en el informe digital global, el último, el 53% de la población mundial utiliza internet, el 42% usa redes sociales, el 67% usa dispositivos móviles. Y si traemos eso aquí a Colombia, las coberturas ¿en cuánto están? 63% de la población colombiana es usuaria de internet y es usuaria o está en las redes sociales y un 110% de la población, que ese es el número como lo reportan, usan dispositivos móviles, es decir, hay una duplicidad.

El tercer comentario de contexto que quiero hacer, señoras y señores Senadores, miren, más allá de la cobertura y de la extensión de los accesos a internet o a las redes, hay que reconocer que hay un boom de tecnologías emergentes. Por eso es necesario mencionar títulos como los siguientes: inteligencia artificial, tecnologías cognitivas, aprendizaje en las máquinas, *blockchain*, contratos inteligentes, redes sociales, economía colaborativa y *big data*, entre otros.

¿Por qué traigo esto?, porque este proyecto de ley está ahí, está inmerso y es uno de los... el mundo se está moviendo, el contexto está creciendo, el contexto está evolucionando y eso le tiene que dar aliento a este proyecto de ley para que no encuentre obstáculos, sino que, por el contrario, sea capaz de insertarse porque al final del día todas esas tecnologías tienen un tremendo impacto que está creciendo en los sistemas, en la enseñanza, en la práctica, en el funcionamiento de los mercados y en las industrias sanitarias.

Nosotros hicimos una investigación desde el gremio hospitalario, señoras y señores, especialmente a los autores y ponentes, y les preguntamos por... en Colombia en una muestra de 100 grandes hospitales de este país que representan una quinta parte de todas las camas hospitalarias, les preguntamos cuál era el grado de implementación de las TIC y son 7 aspectos, 7 respuestas les doy en este momento, la primera, presencia en redes, el 66% de las IPS; plataforma de intranet, el 63% de ellos y 20% están en proceso, es decir, un 83%; en redes sociales un 49%; tienen programas de formación en línea Senadores, el 14% y un 27% más están en proceso; trámites en línea ya tienen estos hospitales, 10% totalmente implementado y un 25% en proceso. Lo que es más exiguo es la capacitación de los pacientes en línea, solamente un 4%.

Pero les preguntamos por la historia clínica electrónica, esta es una serie del 2012 al 2016 y nos dicen que el 61.7% ya tienen totalmente implementada la historia clínica electrónica y un 25.6% está en proceso, recuerdo, esa es una muestra de esos hospitales que les preguntamos, pero una muestra muy representativa. Lo más importante de esta parte ¿cuál es?, les preguntamos por qué ellos creían que ese era el camino, avanzar

por la historia clínica electrónica y aquí está una serie de frases que confirman la pertinencia del proyecto de ustedes, del 233, ¿cuál? Los hospitales colombianos de esa muestra dicen “es una solución que puede ser costosa, pero genera eficiencia; tenemos la esperanza de que nos va a generar eficiencia, nos va a dar posibilidades de conseguir más calidad, nos va a ayudar a aumentar la adherencia a las guías, nos va a ayudar a disminuir los errores en la medicación, a soportar mejor las decisiones y a aumentar la satisfacción de los pacientes”, es decir, es absolutamente pertinente.

Estas cifras ¿para qué las traje?, para demostrarles algo y es que nosotros en Colombia y estamos ya en un nivel de desarrollo moderado con respecto al tema de historia clínica electrónica y digitalización. No estamos en la prehistoria. El sistema hospitalario colombiano, quiero decirles, viene incorporando esta tecnología, y el cambio se acerca; sin embargo, debo reconocer que la variabilidad aún es amplia.

Con respecto y ya entrando a mi fase final de esta intervención, con respecto al Proyecto de ley 233 en concreto, destaco como lo he venido diciendo, la importancia y pertinencia de este proyecto, porque apunta a diseminar el uso, porque apunta a generalizar el uso, porque incorpora el concepto de historia clínica electrónica dentro de las políticas y porque de la lectura uno desprende que la base es hacia una unificación o lo que vamos a hablar ahora, la interoperabilidad.

Destaco algunos asuntos que son estratégicos del proyecto señores Senadores: Primero, da una transición, es decir, esto no se hace de un día para otro, lo sabemos, es inteligente que haya una transición y le ponen una fecha que es el año 2024; segundo, está pensando en los ciudadanos, los artículos de guarda, de titularidad y de gratuidad son en defensa del ciudadano, explícitos; lo tercero, este proyecto se vuelve un requisito habilitatorio para las IPS y nosotros desde el sector hospitalario estamos completamente de acuerdo. Y una cosa muy importante para las autoridades gubernamentales, este proyecto permite un espacio de reglamentación, ¿qué significa? Que es inteligente el proyecto y deja que los avances que ustedes tienen desde el Ministerio de Salud y desde el Ministerio de las TIC en todo el trabajo que están elaborando de interoperabilidad, de esa ruta que ella tiene, pues no se va a ver truncado, sino que, al contrario, se puede insertar en el proceso derivado de este proyecto de ley señor Representante.

Me parece que es cuidadoso el proyecto, teniendo en cuenta que existe una ley estatutaria y que hay una ley de *habeas data* y también es inteligente que se abra un capítulo de financiación en el cual el Gobierno nacional tendrá que coordinar todas sus áreas pertinentes para saber si de aquí se va a generar un plan de fomento para el avance de la historia clínica electrónica.

Pero destaco un artículo en específico, el artículo 2 que habla de la creación y la administración y al Ministerio de Salud como administrador, y es que menciona la palabra que es obsesiva en todas las intervenciones que me han antecedido y es la interoperabilidad. Qué bueno que haya dentro de la ley un glosario de términos. Nosotros comprendemos que la interoperabilidad es la capacidad en traer esos servicios de compartir información y conocimiento mediante el intercambio de datos entre respectivos sistemas de información, eso lo entendemos nosotros como interoperabilidad, tiene que haber claridad de qué es lo que se entiende en el proyecto como interoperabilidad. Creo que estamos pensando lo mismo; es bueno dejarlo explícito para que todas esas dudas sobre si es única, si es unificada, si es uniforme, se pueden despejar y se entiende que no, que es la búsqueda de una serie de capas nuevas que permitan juntar una serie de información independiente de los *software* o de las soluciones individuales de las entidades.

Termino, mis conclusiones finales desde el gremio hospitalario, es un proyecto, señoras y señores Senadores que lo consideramos pertinente, oportuno y útil y creemos que si se avanza de verdad en la interoperabilidad, podremos tener, le vamos a permitir al ciudadano ejercer derechos, ejercer el derecho, la portabilidad, la conexión, la disponibilidad, la privacidad, la soberanía de los datos; a las instituciones se le va a permitir mejorar la toma de decisiones y rápidamente mirar tendencias y advertir patrones; y al Gobierno, diseñar unas mejores políticas públicas de acuerdo a la información que se pueda compartir.

Finalmente, este proyecto de ley es muy valioso, porque permite abrir la discusión sobre lo que decía al principio, el mundo va avanzando rápidamente, qué vamos a hacer con *blockchain*, *blockchain* en algún momento llegará a reemplazar todas estas iniciativas, cómo va a ser la portabilidad en un mundo de *blockchain* y de inteligencia artificial, esa puerta la abre este proyecto. Creemos además y les sugerimos, nunca sobrá tener más esfuerzos con el tema de seguridad y la ética, es decir, los temas de confidencialidad y de intimidad son fundamentales si ustedes tienen que hacer todos los esfuerzos para que quede amarrado esto allí dentro de este proyecto de ley.

Y para terminar, este proyecto y todos sus contenidos y lo que está alrededor, lo que estamos hablando de facturación electrónica, de normas internacionales de información financiera, de historia clínica electrónica, qué bueno que esto hiciera parte, no sé si por la técnica legislativa se pueda, pero ahora que estamos hablando de un proceso de búsqueda de consensos y de pacto de la salud para una reforma al sistema de salud, estos contenidos que están aquí pudieran estar insertados dentro de ese cuerpo normativo que estamos esperando todos los usuarios e integrantes del sistema de salud. Muchas gracias señoras y señores.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Muchas gracias doctor Juan Carlos. Tiene el uso de la palabra el doctor Santiago Patiño Giraldo, profesor del área de informática médica de la Universidad de Antioquia.

Doctor Santiago Patiño Giraldo, Profesor del área de informática médica de la Universidad de Antioquia:

Buenos días señor Presidente, señores honorables Senadores de la Comisión Séptima, representantes de la Academia, de IPS, EPS, y pacientes. Les extiendo un saludo de parte el doctor Carlos Palacio, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, quien se excusa por no poderlos acompañar el día de hoy. Y vengo a presentarles desde la experiencia que tenemos en la Academia, los beneficios que vemos de este proyecto.

Aplaudimos desde la academia, desde la Universidad de Antioquia esta iniciativa y yo soy académico, trataré de no ser muy técnico, pero traigo unos datos que podrían ser de muchísima ayuda para los ponentes. Y es que nos dice la literatura en informática médica, que el 63% de las historias clínicas ambulatorias son reprocesos de cosas que ya se hicieron hospitalariamente y sabemos que muchos de los médicos tenemos quejas de que estamos haciendo y rehaciendo las cosas, de allí pues la importancia.

Adicionalmente, algo que tiene mucho que ver con el impacto fiscal y es que está calculado que el 20% de los estudios diagnósticos se repiten de una forma innecesaria, porque no se tiene acceso a esta información; entonces el clínico lo único que hace es volverle a ordenar. Y según un estudio realizado en el año 2005 en los Estados Unidos, se calcula que interoperar podría ahorrar hasta el 5% de los recursos del sistema general de seguridad social en salud; esto en Estados Unidos equivale a unos 77.000 millones de dólares que son el 5% del 1.7 trillones de dólares que utilizan ellos en salud.

Quisiera como poner en contexto qué hemos entendido. Entonces cuál es la propuesta que se tiene desde los niveles de interoperabilidad partiendo de lo más básico y es que no hay uso de tecnologías de la información, simplemente el llamado una carta hasta llegar al nivel máximo de interoperabilidad que consideramos es el que proponen los señores ponentes, en el cual los mensajes sean estructurados y los datos sean estandarizados; esto lo que facilita es un flujo de información mucho más transparente y adicionalmente que sean interpretados no solo por humanos, sino también por máquinas, y eso nos ahorraría muchísimo. También nos preocupa esto de las historias que están en papel, porque llegaríamos a un nivel dos y allí no habría tanto beneficio como podría darlo este proyecto.

Este es el estudio que les presentaba, también como para plantear desde el orden como magnitud,

esto cuánto podría costarnos. En Estados Unidos calculan que implementar una interoperabilidad para todo ese sistema tendría un costo de unos 276 billones de dólares y un beneficio de 613 billones de dólares en un horizonte temporal de 10 años, o sea, un valor neto a pesar de que miren que es costoso, de 337 billones de dólares. Y a partir de que se alcance el estado estable que ellos lo calculan en 10 años, de ahí pues lo que han planteado algunos de los que han participado, que el horizonte temporal de 5 años quizás es un poco corto, el ahorro de 77.800 millones de dólares que mencionaba.

También ha mencionado desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas cuál es nuestro nivel de madurez en sistemas de información, y esta es una de las formas que tiene la madurez de los sistemas de información que se llama el HINs y que va del estado cero todo en papel a siete, un hospital completamente digital. Miremos el comportamiento que tiene los Estados Unidos el año pasado, que no es muy diferente del estado en el que está el sistema de salud colombiano. También nos habla de un horizonte temporal de alrededor de unos 10 años para poder alcanzar unos niveles adecuados de la interoperabilidad que el proyecto de ley sugiere.

No me voy a detener mucho en las observaciones, creo que hay suficiente ilustración con respecto al ruido que está generado, si esa historia única, unificada o interoperable. También con respecto al subir la información que reposa en papel, proponemos desde la Universidad de Antioquia considerar un horizonte temporal muy estrecho, los últimos 5 años que es lo que hay legislado que es el archivo de gestión de historias clínicas electrónicas o las últimas dos atenciones que se tengan dentro de cada una de las IPS.

Nos quedan unas inquietudes con respecto a si las atenciones por fuera del sistema general de seguridad social en salud están obligadas o no a reportar a la historia clínica unificada, si todas estas consultas de los consultorios médicos privados también van a ir o solo aquellas que estén metidas dentro del sistema y las atenciones de atención pre hospitalaria que cada vez empezamos a hacer más atenciones fuera de los hospitales, esto va a ingresar o no va a ingresar con las dificultades de acceso tecnológico que puede tener.

El artículo 6° es muy puntual de que la accesibilidad es solamente por el titular. Tenemos inquietudes respecto a los menores de edad, los pacientes que no tengan capacidad de decisión, que están en estado de inconciencia, quién va a ser el titular de esa información a aquellos que sean dependientes desde el nacimiento.

Ya también lo han mencionado, creo que es muy importante dejar en el articulado la integración con no solo lo que tiene que ver con el sistema si vigila sino también articularlo con Mipres que son las prestaciones no PVS y también con los datos

demográficos de nacimientos y defunciones para intervenir en ese gran sistema de información que tenemos que es el Sispro.

Preocupaciones que tenemos desde el acceso y la privacidad de la información; una de las mejores formas para prevenir que no se tengan esos accesos es que el acceso solo sea a través de sistemas de información locales y no que sea directamente a la historia clínica unificada, porque allí es muchísimo más fácil ser víctima de “hackeo”, y articular esto del secreto profesional con la ley de ética médica que aún es vigente.

Considerar entonces en la exposición de motivos la ventaja en la disminución de duplicidad de exámenes, puede haber una reducción de hasta el 20% y eso va a significar un beneficio económico para nuestro sistema de salud que sabemos cuál es la presión. Se ha hecho la pregunta de si solo van a ser los registros clínicos, solo el papel o si también van a ser todas las ayudas diagnósticas, eso multiplicaría por miles las necesidades tecnológicas para subir una resonancia, una tomografía, que requiere una gran cantidad de capacidad, no solo de flujo de información sino de almacenamiento.

Desde la academia nos quedan estos dos puntos misionales muy, muy importantes que no sabemos cuál será su uso y es si vamos a tener acceso desde la docencia y desde la investigación a los datos en forma anónima y que nos permitan construir conocimiento. Y también, que lo han mencionado desde la educación, que hay aquí como una dificultad y es que hoy en día los que más necesitan el uso de los sistemas de salud son los pacientes que más brecha digital tienen ¿cierto?, entonces son los que tienen menor capacidad de acceder a estas propuestas, allí habría que hacer un trabajo de capacitación muy, muy importante.

Creo que eso es todo, solo una reflexión final muy reciente en una gran revista médica que es la *The New England Journal of Medicine* que dice que la introducción de la historia clínica electrónica mejoró la disponibilidad de datos, sin embargo, estos sistemas también han frustrado a los médicos con un montón de listas de chequeo o documentación administrativa o de facturación, interfaces de usuario que no entienden ni los que las desarrollaron, aumento del tiempo en entrar los datos y muy importante, aparecen nuevas formas de cometer errores médicos. Entonces hay que buscar desde el proyecto, también cómo empezar a tapar estas falencias que la literatura nos menciona desde la historia clínica electrónica. Muchísimas gracias por la invitación.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Muchas gracias. Tiene el uso de la palabra el doctor Carlos Andrés Pineda Cañar, Director del Programa Académico de Medicina y Cirugía de la Universidad del Valle.

Doctor Carlos Andrés Pineda Cañar, Director del programa académico de medicina y cirugía de la Universidad del Valle:

Muy buenos días. Muchas gracias pues a la Comisión por la invitación y sobre todo a los ponentes, al Senador Mota y al Representante Reyes.

Bueno, primero quiero pues muy brevemente algo, pues los Senadores ya conocen perfectamente, la Ley 1438 ya había planteado lo de la historia clínica, no se cumplió; después vino en el Plan de Desarrollo, ya lo habían mencionado, también se planteó y no se cumplió, esperamos que la tercera sea la vencida. Lo obvio, eso pues ya no quiero repetir mucho esto, pero la importancia y necesidad de la historia clínica electrónica en Colombia es irrefutable, ya todos los que han antecedido lo han mencionado.

La historia clínica, quiero recordar que es el fundamento del acto médico; un gran personaje de la historia de la medicina, un médico español había dicho que el invento más importante en toda la historia de la medicina es la silla, que es la que permite sentarse al lado del paciente y conversar con él. Y quiero recalcar esto sobre todo porque no podemos olvidar que esto en últimas aporta una gran cantidad de información que tiene que ver con procesos administrativos, con facturación, etc., pero, en últimas, la esencia de la historia clínica es ese encuentro personal que hay con el paciente y para lo cual sirve.

Lo otro es simplemente para recordar que el hecho de que una historia clínica esté en un computador no implica que cumpla con todos los estándares que se requieren para comunicación y todo lo demás, porque tenemos diferentes niveles de desarrollo en diferentes instituciones respecto a esto; o sea, pasamos desde el papel y muchos ya usan computador, pero realmente es casi que pasarlo del papel a un computador, pero no sirve para nada más realmente.

Entonces las dudas que nos planteamos, la brecha realmente está en la interoperabilidad como ya se ha dicho, la trazabilidad de la información clínica de las personas para que se den todos los beneficios que ya se han planteado; en qué información clínica es la que hará parte de la historia clínica electrónica.

Esa parte es muy importante; ya se ha mencionado previamente y aunque algunos de mis antecesores, sobre todo los colegas médicos, han mencionado la dificultad que implica el hecho de que ahí esté disponible los paraclínicos y sobre todo las imágenes diagnósticas, debemos decir que para obtener los beneficios realmente que se mencionaban ahora, que por ejemplo no se repitan procesos, no se repitan exámenes, pues realmente los ... tendrían que estar disponibles, porque si no realmente no tendría mayor sentido.

Podría haber una discusión y en este sentido sería bueno que lo conversaran con la academia

y con las sociedades científicas respecto a que las imágenes diagnósticas es lo más pesado, pero las imágenes todas son leídas e interpretadas por un especialista generalmente en radiología, pero la verdad es que todos sabemos que a los técnicos nos encanta ver las imágenes a pesar de que ya estén interpretadas. Pero digamos, que eso podría ser una discusión porque las imágenes es lo más pesado allí. Por ahí, claro, hay otra gran cantidad de información que puede tener la historia clínica, que habría que discutir qué es lo que realmente debe estar allí.

¿Cómo se garantizará el cubrimiento de toda la historia clínica en todo el territorio nacional? Ya se ha mencionado, más de la mitad del país tiene dificultades en este sentido, nuestra situación actual de cobertura de internet, de velocidad de ancho de banda es un problema, y la verdad para que esto funcione bien tiene que estar disponible en todo el país, o sea, no puede ser que yo en la mitad de Colombia no pueda tener acceso a mi historia clínica realmente.

¿Cómo se garantiza que exista el adecuado ancho de banda en todo el territorio nacional? Inclusive si antes la Ley de Financiamiento le metió impuesto al ancho de banda, pues ahí habría cierta incoherencia en ese sentido, antes habría que facilitarlo.

¿Cómo poner a funcionar esto en un sistema tan particular como el colombiano que es un poco federal y casi, en algunas situaciones raya en la anarquía?, no es fácil, muchos de los ejemplos que ustedes encuentran a nivel internacional son sistemas de salud que son más unificados, con... único, entonces ahí hay unos retos muy importantes que habría que mirar.

¿Qué evitar? Y quiero destacarlo porque para mí es importante mencionar esto que inclusive ahora se mencionó en la última diapositiva del profesor de la Universidad de Antioquia, y es el impacto que tiene esto en los profesionales en la salud, el dato versus el proceso: Está estudiado que en este momento los profesionales de la salud estamos invirtiendo más tiempo en registrar datos que en atender al paciente realmente y eso es muy desafortunado, que los usuarios se tengan que acomodar al sistema y no el sistema al usuario. Cuando se desarrolle, esto es muy importante porque hemos tenido muchos problemas en esto; si ustedes hablan con los profesionales de la salud, la mayoría tienen quejas sobre cómo funciona esto en las diferentes instituciones y cómo en últimas es el médico, el profesional de la salud el que tiene que adaptarse a lo que el sistema le esté exigiendo, y no al contrario, el sistema debería responder a nuestras necesidades como tal.

En este momento estamos en una fase pandémica en lo que se denomina el síndrome de Burnout y quiero destacar esto, los trastornos depresivos en profesionales: Estudios a nivel internacional, estudios en Colombia están encontrando que más o menos uno de cada dos profesionales de la salud están con trastornos depresivos, están con Burnout

y desafortunadamente uno de los elementos que más mencionan los profesionales en los estudios que influyen esto es la sistematización. Es paradójico pero es el hecho de cómo esto puede influir en la sensación de autonomía que se tiene sobre el acto médico.

Entonces es evitar un poco lo que estoy denominando como el síndrome de lista de chequeo en el sentido de que todo al final se vuelve es como cuestión de marcar una casilla, marcar una casilla y eso denota pues totalmente una pérdida absoluta de toda la autonomía, porque uno dice “bueno, para qué estudié tanto como para llenar solamente casillas”. Entonces es un dato importante porque eso está influyendo, –si claro, podemos ya terminar ahí–, puede influir en la aceptabilidad de todo esto.

De todas maneras, manifestar el apoyo, igual estamos en el siglo XXI, o sea, esto hay que hacerlo, esto es definitivo, pero lo importante es que lo hagamos bien. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Muchas gracias. Tiene el uso de la palabra la doctora Yenny Adriana Pereira Oviedo, Asesora de Planeación de Colciencias.

Doctora Yenny Adriana Pereira Oviedo, Asesora de Planeación de Colciencias:

Muy buenos días a todos. Inicialmente agradecer la invitación hecha al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación en el análisis de este proyecto de ley. En general, nos parece un proyecto pertinente, dado que no solo la dificultad que existe en la integralidad, confidencialidad y disponibilidad de la historia clínica afecta el proceso de análisis entre el...en medio del diagnóstico y la definición de una conducta, sino que, desde el punto de vista de Colciencias, también afecta el contar con información integral, confiable y disponible para el proceso de análisis, de investigación en relación con nuevos tratamientos, incorporación de tecnologías, que obviamente afectan los procesos de innovación en procesos de salud, desarrollo tecnológico y apropiación social del conocimiento para poder fomentar la adopción de mejores prácticas en el desarrollo y optimización de los recursos disponibles en atención en salud.

Entonces nos parece un proceso muy pertinente y por ello solamente traemos como tres recomendaciones generales para mejorar y fortalecer este proyecto: la primera es relacionada con que en el artículo 2°, en el que mejora el tiempo de implementación del proyecto de ley, se considere la posibilidad de evaluar una implementación priorizada de esta historia clínica, con el fin de dar una mayor prioridad a que pacientes que tienen situaciones especiales y de riesgo sean los primeros en los que se incorpore esta implementación de esta historia clínica.

¿Qué tipo de pacientes? Por ejemplo, en pacientes de alto costo con enfermedades raras que se dan en grupos poblacionales de alto riesgo como en población materno-infantil, materno-perinatal, niños, jóvenes y adolescentes y obviamente pacientes que requieren una intervención prioritaria. Y en este caso el contar con esta historia clínica va a evitar repetir procesos y sobrecostos al sistema, al tener que pasar por diferentes entidades de prestación de servicios de salud en donde nuevamente deben ser aplicados todo el proceso paraclínico para la definición de conducta. Entonces deseáramos que en el artículo 2° se precisara todo este tema.

Frente al tema de financiación, nos permitimos recomendar que se puede considerar que con cargo a la unidad de pago por capitación se estime la consideración de un punto porcentual que esté únicamente destinado a este proceso. ¿Por qué? Porque obviamente la UPC tiene una destinación, pues precisa a la prestación de servicios de salud, pero esta historia clínica electrónica aportaría a mejorar la eficiencia precisamente en este proceso de prestación de servicios de salud; entonces con incorporación a la UPC se podría financiar y buscar una alternativa importante, a fin de garantizar que efectivamente se pueda llevar a cabo la implementación de la historia clínica.

Y, como último, es pues sí, precisar que yo creo que ya lo han mencionado también, que la historia clínica no solamente contenga los datos de la evolución del paciente, sino los medios diagnósticos porque también esto mejoraría el tema de eficiencia y reduciría costos en la prestación de servicios que irían pues obviamente a favorecer el proceso de financiación ¿por qué?, porque a la hora de tomar decisiones pues el personal médico requiere no solamente la evolución que esté en la historia clínica, sino el medio diagnóstico que le permita pues definir conducta.

Básicamente ese sería nuestro aporte y pues cerramos en que nos parece un proyecto muy pertinente para mejorar y fomentar realmente la innovación, la tecnología y la apropiación de mejores prácticas a nivel de salud que van a beneficiar a toda la población y obviamente a prestadores y administradores de servicios de salud. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Tiene el uso de la palabra el Senador Carlos Fernando Mota Solarte.

Honorable Senador Carlos Fernando Mota Solarte:

Presidente para agradecer a todos los intervinientes, de verdad que fue una Audiencia Pública impecable por la organización que le ha dado la Mesa Directiva, por la calidad y profundización en los temas que hicieron los intervinientes en esta Audiencia Pública. Muy reconocido con los Senadores de la Comisión Séptima que asistieron y solamente quería,

además de resaltar y lástima que las mociones de aplauso aquí no se puedan dar, pero de verdad, todas las intervenciones fueron muy importantes en el desarrollo, en el análisis y en la discusión que va a tener este proyecto de ley.

Y quería mencionar cuatro temas puntuales que aquí se mencionaron:

Primero, la historia clínica tiene reserva legal, es una ley del año 1981, la cual no estamos modificando, quiero hacer énfasis en ese tema, sigue el carácter de reservado de la historia clínica.

Segundo, no estamos modificando ni alterando normas fundamentales como es el *hábeas data*, en este proyecto no estamos modificando ninguna de las condiciones que ha establecido la Carta Política o la ley estatutaria sobre el *hábeas data*.

Tercero, me parece que es un proyecto que, además de generar eficiencia, además de generar atención prioritaria al paciente, además de luchar contra la corrupción, porque si esta iniciativa ya estuviera implementada en Colombia, esos llamados carteles de las incapacidades médicas ya no existirían; si este proyecto ya estuviera implementado en Colombia, lo que el país conoció con asombro, casi con terror del llamado cartel de la hemofilia en el departamento de Córdoba, no hubiera existido. Este es un proyecto fundamental para luchar contra la corrupción en el sistema de salud.

Y cuarto, este proyecto en mediano y largo plazo, por supuesto que economiza costos en el sistema de seguridad social en Colombia, es un debate que por supuesto profundizaremos cuando la Mesa Directiva establezca dar el debate, primer debate en esta Comisión.

Pero quería, Presidente, integrantes de la Comisión Séptima y asistentes a esta Audiencia Pública, enfatizar en esos cuatro aspectos que me parecen relevantes de lo que aquí se discutió. Y claro, ha quedado muy en sintonía y en criterio de todos los intervinientes un criterio que es fundamental, que tendremos que analizar y desarrollar en la Ponencia, la interoperabilidad que es fundamental para que este proyecto pueda cumplir con ese objetivo y con ese fin.

Gracias Presidente, el coautor y Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes, me ha manifestado que también quiere hacer alguna intervención para culminar esta, repito, impecable audiencia pública. Gracias Presidente.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Gracias honorable Senador. Tiene el uso de la palabra el Honorable Representante Juan Fernando Reyes.

Honorable Representante Juan Fernando Reyes:

Muchas gracias señor Presidente. Quiero agradecerles a todos los Senadores presentes y a todos los asistentes.

Lo primero que quiero decir es que, como hemos escuchado, no queda la menor duda después de esta audiencia pública de la importancia de este proyecto, de la necesidad de implementar este proyecto en Colombia para, por un lado, garantizar el acceso al derecho a la salud, y, por otro lado, disminuir los riesgos de corrupción en el sistema de salud.

Lo segundo es que, por supuesto lo han manifestado aquí algunos intervinientes y es: Claro que este proyecto debe ir por partes, no pretendemos y eso lo hemos conversado con el Gobierno, que este proyecto se implemente de manera inmediata en todo el territorio nacional. Sabemos que hay unas dificultades en acceso a internet, en tecnología, pero creemos que hay unas ciudades y unas entidades que ya están listas y podríamos comenzar esta implementación de manera inmediata, eso es lo primero.

Lo segundo, respecto a los datos clínicos relevantes que algunos mencionaron; lo que hemos establecido en el proyecto es que el Ministerio de Salud vía reglamentación, vía decreto, establezca cuáles son esos datos relevantes.

Cuarto, por supuesto que hay que insistir y ahí lo dejamos en el proyecto, en la estandarización de los datos, eso por supuesto que es fundamental y el Ministerio de Salud viene avanzando en ello.

Y finalmente, lo establecemos también en el proyecto y es, digamos, establecemos que se deben integrar en lo posible esas bases de datos, esos reportes que exige el Ministerio de Salud con esta historia clínica electrónica única. Creemos que es necesario para avanzar en la toma de decisiones, por supuesto, como lo mencionaba uno de los intervinientes y además también, en la gestión del riesgo y en las políticas públicas en el sector. Eso es todo y muchas gracias a todos por la asistencia.

Presidente, honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Gracias honorable Representante. De esta manera damos por concluida la Audiencia Pública a través de la cual se pudo debatir sobre la creación de la historia clínica electrónica y única y se dictan otras disposiciones. Muchas gracias. Y a los honorables Senadores les informamos que estamos citados para el martes después de la Semana Santa, martes veintitrés (23) de abril, diez de la mañana (10:00 a. m.). Se levanta la sesión, muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El señor Presidente levantó la sesión siendo las once y cincuenta y dos de la mañana (11:52 a. m.), de esta Audiencia Pública al Proyecto de ley número 233 y convocó para las diez de la mañana (10:00 a. m.) del martes veintitrés (23) de abril para discutir y someter a votación los Proyectos de Ley que fueron anunciados en la sesión del día martes. Gracias a todos, muy buenas tardes.

H. S. HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO
PRESIDENTE
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

H. S. LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ
VICEPRESIDENTA
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA
LEGISLATURA 2018-2019
ACTA No. 32 – MIÉRCOLES 10 DE ABRIL DE 2019

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veinticinco (25) días del mes de abril del año dos mil diecinueve (2019).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la **Ley 5ª de 1992** y lo dispuesto en el numeral 2º, del artículo primero y el inciso quinto del artículo segundo de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación, en la **Gaceta del Congreso** de la República, del **Acta número 32** de fecha **miércoles diez (10) de abril de dos mil diecinueve (2019)**, correspondiente a la **Trigésima Segunda Sesión** de la Legislatura 2018-2019.

El Secretario,

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA