



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - N° 34

Bogotá, D. C., viernes, 8 de febrero de 2019

EDICIÓN DE 32 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

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 309 DE 2019 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la ley 1757 del 6 de julio de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia del mecanismo de participación ciudadana de revocatoria de mandato de alcaldes y gobernadores.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* El objeto de la presente ley es asegurar el respeto de derechos fundamentales en el marco regulatorio de la revocatoria de mandato de alcaldes y gobernadores.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1757 del 6 de julio de 2015, el cual quedará así:

Artículo 6°. Requisitos para la inscripción de mecanismos de participación ciudadana. En el momento de la inscripción, el promotor de cualquier mecanismo de participación ciudadana deberá diligenciar un formulario, diseñado por la Registraduría Nacional del Estado Civil, en el que como mínimo debe figurar la siguiente información:

- El nombre completo, el número del documento de identificación y la dirección de notificaciones del promotor o de los miembros del Comité promotor;
- El título que describa la propuesta de mecanismo de participación ciudadana;
- La exposición de motivos que sustenta la propuesta;
- El proyecto de articulado, salvo en el caso de las propuestas de revocatoria de mandato.

Inscrito un Comité promotor de un referendo, la Registraduría contará con un plazo de ocho (8) días para verificar el cumplimiento de los requisitos de la iniciativa, a partir del cual dicho comité contará con un plazo de seis (6) meses para la recolección de los apoyos ciudadanos.

Para el caso de la revocatoria de mandato, luego de que la Registraduría verifique y acredite el cumplimiento de los requisitos de la iniciativa, comunicará dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al Consejo Nacional Electoral tal acreditación para que dicha autoridad notifique personalmente al alcalde o gobernador, según sea el caso.

Así mismo, el Consejo Nacional Electoral, respetando las reglas procesales del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, citará a los integrantes del comité promotor y a la autoridad a la cual se pretende revocar a una audiencia pública en la cual se escucharán los argumentos sobre los cuales emitirá una decisión de fondo indicando si encuentra o no razones objetivas que den cuenta del incumplimiento del plan del Gobierno del alcalde o gobernador apoyándose en los indicadores de evaluación de desempeño provistos por el Departamento Nacional de Planeación (DNP).

El plazo de los seis (6) meses para la recolección de apoyos ciudadanos empezará a contar para el caso de la revocatoria de mandato, luego de ejecutoriada la decisión por parte del Consejo Nacional Electoral, siempre que la mencionada autoridad haya encontrado objetivamente fundadas las razones por las cuales se pretende adelantar la revocatoria de mandato.

Parágrafo 1°. Se podrán inscribir iniciativas para la revocatoria del mandato siempre que hayan transcurrido doce (12) meses contados a partir del momento de posesión del respectivo alcalde o gobernador y no faltare menos de un año para la finalización del respectivo periodo constitucional.

Parágrafo 2°. La inscripción de iniciativas podrá realizarse a través de medios electrónicos, en cuyo caso deberá utilizarse lenguaje estándar de intercambio de información en el formulario.

Artículo 3°. Modifíquese el artículo 7° de la Ley 1757 del 6 de julio de 2015, el cual quedará así:

Artículo 7°. Registro de propuestas sobre mecanismos de participación ciudadana. El registrador correspondiente asignará un número consecutivo de identificación a las propuestas de origen popular sobre mecanismos de participación ciudadana, con el cual indicará el orden en que estos han sido inscritos y la fecha de su inscripción. En el registro se tendrá en cuenta si la propuesta hace referencia a la convocatoria a un referendo, a una iniciativa legislativa o normativa, a una consulta popular de origen ciudadano o a la revocatoria de un mandato, el cual será publicado en la página web de la entidad.

Parágrafo. Además de la publicación en la página web de la entidad, para el caso de la revocatoria de mandato, se deberá notificar personalmente al alcalde o gobernador según sea el caso, tal como lo establece el inciso 3° del artículo anterior, siguiendo en todo caso las reglas de notificación estipuladas en el artículo 69 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Artículo 4°. Modifíquese el artículo 11 de la Ley 1757 del 6 de julio de 2015, el cual quedará así:

Artículo 11. Entrega de los formularios y estados contables. Al vencer el plazo para la recolección de apoyos, el promotor presentará los formularios debidamente diligenciados, al Registrador del Estado Civil correspondiente. Vencido el plazo sin que se haya logrado completar el número de apoyos requeridos, la propuesta será archivada.

Quince días después de la entrega de los formularios de los que trata este artículo, o del vencimiento del plazo para la recolección de firmas, o su prórroga si la hubiere, el promotor o comité promotor deberá entregar los estados contables de la campaña de recolección de apoyos de cualquier propuesta sobre mecanismo de participación ciudadana. En los estados contables figurarán los aportes, en dinero o en especie, que cada persona natural o jurídica realice durante la campaña respectiva.

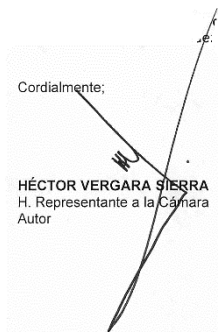
Será el Consejo Nacional Electoral, a través del Fondo Nacional de Financiación Política, el encargado de recibir, revisar y expedir, dentro

de los diez (10) días siguientes a su radicación, la certificación correspondiente de los estados contables presentados por el promotor o comité promotor.

En el caso en el que el Fondo Nacional de Financiación Política, luego de revisar la información contable de que habla el inciso anterior, encuentre alguna inconsistencia, oficiará por una única vez al promotor o comité promotor, quien tendrá diez (10) días para realizar las correcciones a que hubiere lugar, luego de la cual empezarán a contarse diez (10) días adicionales para que la autoridad electoral emita una certificación relacionada con la información recibida.

Artículo 5°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

Cordialmente;

 HÉCTOR VERGARA SIERRA
 H. Representante a la Cámara
 Autor

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY NÚMERO 309 DE 2019

por medio de la cual se modifica la Ley 1757 del 6 de julio de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia del mecanismo de participación ciudadana de revocatoria de mandato de alcaldes y gobernadores.

I. INICIATIVAS LEGISLATIVAS

El artículo 150 de la Constitución Política establece:

“Corresponde al Congreso hacer las leyes (...)”.

Así mismo, el mismo texto constitucional consagra en su artículo 154 lo que sigue:

“Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156, o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución (...)” (Subrayado fuera de texto).

En el desarrollo legal, la Ley 5ª de 1992 estableció en su artículo 140, modificado por el artículo 13 de la Ley 974 de 2005, lo que a continuación se indica:

Pueden presentar proyectos de ley:

1. Los Senadores y Representantes a la Cámara individualmente y a través de las bancadas.
2. El Gobierno nacional, a través de los Ministros del Despacho.
3. La Corte Constitucional.

4. *El Consejo Superior de la Judicatura.*
5. *La Corte Suprema de Justicia.*
6. *El Consejo de Estado.*
7. *El Consejo Nacional Electoral.*
8. *El Procurador General de la Nación.*
9. *El Contralor General de la República.*
10. *El Fiscal General de la Nación.*
11. *El Defensor del Pueblo.*

(Subrayado fuera de texto).

II. OBJETO DEL PROYECTO

El objeto de la presente iniciativa es fortalecer la figura del mecanismo de participación ciudadana de la revocatoria de mandato, otorgándoles garantías en el ejercicio de sus derechos a los integrantes del comité promotor, al mandatario al cual se pretende revocar y a la comunidad que tomará la decisión de fondo. Adicionalmente, se atenderá lo decidido por la Corte Constitucional en Sentencia SU-077 del 8 de agosto de 2018.

Desde el preámbulo del texto constitucional se intuye que la relación Estado-ciudadano se desarrolla dentro de un marco participativo y democrático, estableciendo en su artículo primero la declaratoria de Colombia como un Estado democrático y participativo y estableciendo en el artículo segundo como uno de los fines del mismo el “facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación”. El constituyente de 1991 añadió la participación ciudadana como principio fundamental en el derecho constitucional colombiano y como medida de fortalecimiento de la democracia, en pro de mejorar la gobernabilidad, sin olvidar el poder que sobre el constituyente primario recae.

Dentro de los mecanismos de participación ciudadana estipulados desde la misma Constitución Política encontramos la revocatoria de mandato, una disposición considerada por la doctrina como instrumento de democracia directa que resurgió luego de la crisis de la democracia representativa suscitada después de la segunda guerra mundial.

Colombia acogió en su ordenamiento jurídico una herramienta que, tal como lo estipula la Real Academia de la Lengua Española, permite que el mismo pueblo *deje sin efecto una concesión, un mandato o una resolución*, siempre, claro está, con la existencia previa de razones objetivas y respetando en todo caso los derechos de la persona que haya sido elegida como gobernante de la entidad territorial.

No obstante lo anterior, desde la expedición de la Ley 134 de 1994, el desconocimiento de la figura y la poca eficacia de la misma se han convertido en una constante que ha llevado al legislador a tomar medidas en pro de mejorar y facilitar el trámite (Ley 741 de 2002 y Ley 1757 de 2015). Precisamente por la importancia del mecanismo de participación ciudadana y los

derechos fundamentales que en ella confluyen el estudio y la disertación a cerca de la revocatoria de mandato no ha cesado, prueba de ello es lo ocurrido en el caso de la iniciativa presentada en contra del alcalde mayor de la ciudad de Bogotá, D. C., elegido para el periodo 2015-2019, evento en el cual se presentó una revisión por parte de la Corte Constitucional que culminó con la expedición de la Sentencia SU-077 del 8 de agosto de 2018, Magistrada sustanciadora doctora Gloria Stella Ortiz Delgado, de la cual surgieron una serie de análisis importantes por los cuales el alto tribunal constitucional en su artículo tercero ordena “*Exhortar al Congreso de la República para que adopte las disposiciones estatutarias que aseguren la eficacia de los derechos fundamentales en tensión y, en particular, de defensa y de información, en el marco del mencionado mecanismo de participación ciudadana*”.

Dentro de los apartes de la sentencia de unificación, la corte indica que al analizar a la revocatoria de mandato “...se debe tener en cuenta que se trata de un mecanismo de participación estrechamente vinculado al instituto del voto programático, puesto que es a partir de la verificación del incumplimiento del programa de Gobierno que se expresa un criterio objetivo que sustenta la insatisfacción de la ciudadanía”, lo que lleva a pensar que, a juicio de la Corte, esa insatisfacción ciudadana en la que se soporta la iniciativa del mecanismo de participación ciudadana se sustenta en el incumplimiento del programa de Gobierno, para ello, continúa el alto tribunal diciendo que “...debe estarse ante la presencia de hechos igualmente objetivos y expresos, que sustenten las causales de revocatoria y que sean debidamente conocidos tanto por los ciudadanos como por el mandatario elegido. Así pues, en este mecanismo de participación se deben ponderar dos contenidos constitucionales en tensión: de un lado, el principio democrático representado en el mandato conferido al elegido y, de otro, el derecho al voto libre de la ciudadanía. A su vez, la resolución de la mencionada tensión está vinculada a la vigencia de dos principios constitucionales de aplicación normativa directa cuya eficacia y exigibilidad es obligatoria, estos son, los derechos a la información y de defensa.

De la sentencia ya mencionada se desprende, además, que es sumamente importante que el mandatario al cual se pretende revocar tenga las suficientes garantías procesales para defenderse y controvertir los supuestos incumplimientos de su programa de Gobierno, situación que, además de respetar con plenitud el derecho a la defensa y al debido proceso, permite al electorado tener la suficiente información e ilustración para formar su opinión en relación a las razones expuestas para que se continúe con el mecanismo o, tal como lo expresa la Corte, “...esas instancias no solo son necesarias para que el mandatario local respectivo exprese las razones que contrasten los motivos

de revocatoria, sino también que a partir de ese contraste se permita que los electores conozcan y valoren ambos extremos de la discusión y, de esta manera, se propicie el voto informado”.

Para dar cumplimiento a lo anterior, la Corte considera que *“del derecho fundamental de defensa se deriva la obligación de la Registraduría Nacional del Estado Civil y del Consejo Nacional Electoral, de garantizar que el elegido cuente con instancias de conocimiento y controversia de las razones que sustentan las iniciativas de revocatoria del mandato, las cuales deberán llevarse a cabo con posterioridad a su inscripción y antes de que inicie el proceso de recolección de apoyos”*, lo que se traduce en que se deberá crear un espacio dentro del trámite ya establecido, en el cual las partes tengan la oportunidad de presentar, soportar y controvertir las pruebas, siendo necesaria la existencia probada de razones objetivas (a juicio de la autoridad electoral) para que se pueda continuar con el trámite de recolección de apoyos (firmas) y, de cumplir con el número necesario, seguir con la convocatoria al debate en el cual el mismo pueblo elector decida la continuidad o no del mandatario elegido.

Ahora bien, en la medida en la que el Consejo Nacional Electoral solo está facultado para expedir aspectos técnicos y de detalle, debe ser el mismo órgano legislativo el que por sus competencias constitucionales para la regulación de mecanismos de participación ciudadana, debe expedir o modificar la norma estatutaria, respetando en todo momento derechos como el debido proceso o a la defensa que adicionalmente propician una información completa para el voto informado de los que al final van a decidir la continuidad del mandatario.

Por todo lo anterior y en vista de que se creó un precedente jurisprudencial que muestra deficiencias y aspectos no regulados en la normatividad actual que podría afectar derechos fundamentales y futuras iniciativas de revocatoria de mandato, además de responder ante la exhortación realizada por la Corte Constitucional en el artículo tercero de la Sentencia SU-077 del 8 de agosto de 2018, es necesario modificar la Ley 1757 del 6 de julio de 2015, adecuando el articulado de la misma en el sentido indicado en los párrafos anteriores.

III. ANTECEDENTES

III.I. Marco Normativo y Procedimiento Actual

Desde la Constitución Política de 1991, Colombia se ha consolidado como un país que cuenta con una democracia participativa-representativa que ha perdurado a lo largo de los años, es por esto que uno de los objetivos de la Constitución es aumentar la participación de la ciudadanía con respecto a los niveles de Gobierno, en especial el nivel subnacional. Con esta premisa, se crearon los mecanismos de participación ciudadana establecidos en el artículo 103 de

la Constitución Política (a excepción del voto popular), y reglamentados inicialmente por la Ley 134 de 1994. Así mismo, mediante la Ley 1757 de 2015 fueron complementados y modificados.

El mecanismo de participación ciudadana de la revocatoria de mandato, objeto de este proyecto de ley, es definido por la Ley 134 de 1994 como: *“un derecho político, por medio del cual los ciudadanos dan por terminado el mandato que le han conferido a un gobernador o a un alcalde”*, lo que quiere decir que su justificación es producto de la posible insatisfacción general de la ciudadanía con el mandatario relacionado con el incumplimiento del programa de Gobierno, lo que sitúa a este mecanismo dentro de una medida de origen popular; es decir, es promovido o presentado directamente mediante solicitud avalada por firmas ciudadanas.

La revocatoria de mandato tiene fundamento constitucional en los artículos 40, 103 y 259 de la Constitución Política de Colombia, desarrollado por la Ley 134 de 1994, con la salvedad de que se le hicieron modificaciones procedimentales con la Ley 741 de 2002, y otras modificaciones con la Ley 1757 de 2015 (Estatuto de participación ciudadana).

Según la legislación vigente, el procedimiento correspondiente a la Revocatoria de Mandato es el siguiente:

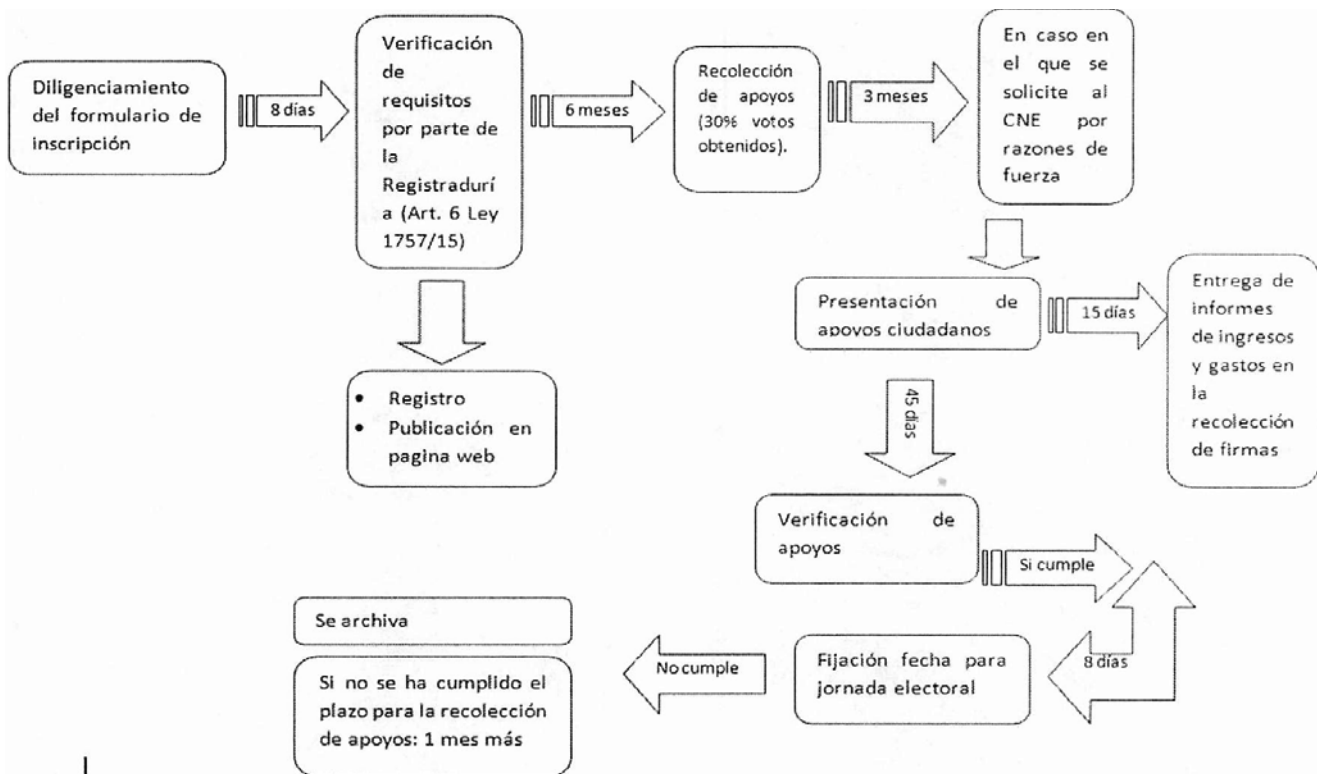
1. Que haya transcurrido al menos un año contado a partir de la posesión del respectivo mandatario. Período de tiempo estipulado para evidenciar cumplimiento o no de Plan Municipal de Desarrollo o Plan Departamental de Desarrollo. Así mismo, la Corte Constitucional ha considerado que por razones de eficiencia administrativa, no pueden proceder trámites ni votaciones para la revocatoria del mandato en el último año del período correspondiente al Gobernador o al Alcalde, tal como se estipula en el párrafo 1° del artículo sexto de la Ley 1757 de 2015.
2. Presentar por escrito ante la Registraduría Nacional del Estado Civil la solicitud de convocatoria a pronunciamiento popular para revocar el mandato, esto mediante un comité promotor y posteriormente acompañado de un número de apoyos ciudadanos. El número de firmas no debe ser inferior al 30% del total de votos que obtuvo el gobernante que se pretende revocar.
3. Antes de la modificación realizada a la Ley 134 de 1994, los apoyos ciudadanos solo podían provenir de personas que hubieran participado en las elecciones del mandatario a revocar, situación que varió con la Ley 741 de 2002, donde se establece que cualquier ciudadano mayor de edad que se encuentre registrado en el censo electoral pueda

consignar su apoyo ciudadano. Lo anterior tiene fundamento adicional en la Sentencia C-179/2002 de la Corte Constitucional, la cual considera que dentro del proceso de revocatoria del mandato no es válido limitar el derecho de participación únicamente a las personas que habían intervenido en las elecciones y en consecuencia lo amplió a toda la ciudadanía.

4. Luego de radicadas las firmas, se procede a la revisión de estas con pruebas de grafología por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Para la revisión de los apoyos la autoridad electoral cuenta con 45 días a partir de la fecha del radicado de las firmas.
5. Revisados los formularios, la Registraduría expedirá certificación que acredite o desacredite el cumplimiento de los apoyos

ciudadanos requeridos. En caso de que se expedida la certificación de cumplimiento.

6. La Registraduría Nacional, dentro de los 8 días siguientes a la certificación de los apoyos ciudadanos necesarios, fijará la fecha en la que serán convocados a la votación de la revocatoria dentro de un plazo no superior a 2 meses contados a partir de dicha certificación.
7. La Ley 1757 de 2015 indica que, además de la certificación de las firmas, para la fijación de la fecha de la jornada electoral, es necesario que el comité promotor de la revocatoria de mandato haya dado cumplimiento a la obligación de presentar los informes de ingresos y gastos de campaña y que de la revisión de los mismos no se evidencie una superación de los toques de gastos fijados por el Consejo Nacional Electoral.



Hasta aquí, el proceso de revocatoria habrá superado su primer paso formal: la inscripción de la iniciativa y recolección de los apoyos ciudadanos. El siguiente paso, es el de la jornada electoral a la que se convoca a la ciudadanía, evento en el cual se necesita una serie de requisitos para su aprobación:

1. Cumplir con un umbral mínimo de participación ciudadana. Según la Ley 1757 de 2015, la validez del acto de revocatoria depende de que en él participe un número mínimo de votantes que le otorguen legitimidad. El umbral establecido por la ley corresponde al 40% de la votación válida registrada el día en que se eligió al mandatario que se pretende revocar.

2. Aprobación por parte de la mitad más uno de los ciudadanos que participaron en la votación de la revocatoria. Es decir, se necesita que la mitad más uno de los sufragantes elijan la opción “Sí”.

En caso en que se cumplan todos los requisitos hasta aquí expuestos, el mecanismo de participación ciudadana tiene efectos inmediatos que se traducen en las siguientes acciones:

1. El Registrador Nacional comunicará al Presidente o Gobernador, según el caso, para que proceda a remover del cargo al funcionario revocado. En el caso de la revocatoria de un gobernador, será el Presidente el encargado de removerle del cargo y, en el caso de la revocatoria de un

alcalde, el encargado será el Gobernador, quienes igualmente tendrán el deber de suplir la vacancia temporal mediante una terna que presentaría el partido o movimiento político que avaló al funcionario revocado.

2. Se deberá convocar a elecciones dentro de los 30 días siguientes donde se presenten nuevos candidatos.

Es importante aclarar en este punto que cuando al funcionario revocado le faltasen menos de 18 meses para la terminación de su mandato, el Presidente o el Gobernador, según el caso, deberá suplir la vacancia de manera definitiva seleccionando una persona de la terna enviada por el partido al que pertenecía el mandatario, sin que

se realicen nuevas elecciones. (Artículos 303 y 314 de la Constitución Política modificados por la Ley 741 de 2002).

III.II. Uso del mecanismo desde su creación

III.II.I Primeros veinte años del mecanismo

A partir de datos oficiales y revisando el libro de la Misión de Observación Electoral (2012) *Mecanismos de Participación Ciudadana en Colombia - 20 Años de Ilusiones*, desde 1991 hasta junio de 2012, en Colombia se habían tramitado un total de 132 iniciativas de Revocatoria de Mandato. De las 132 propuestas, 130 eran dirigidas a revocar a alcaldes mientras que tan solo en dos oportunidades se dirigió contra gobernadores, como se observa en el cuadro siguiente:

GRUPO	DEPARTAMENTO	INICIATIVAS DE REVOCATORIA	% FRENTE A TOTAL DE INICIATIVAS	Nº DE MUNICIPIOS CON REVOCATORIA	Nº DE MUNICIPIOS DEL D/PTO	% DE MUNICIPIOS CON REVOCATORIA
1º	Atlántico	21	16 %	14	23	61%
	Antioquia	17	13 %	16	125	13%
	Valle	14	11%	10	42	24%
	Bolívar	9	7 %	9	48	19%
	Santander	8	6 %	7	81	9%
	Boyacá	7	5 %	5	123	4%
	Caquetá	6	5 %	4	16	25%
	Cundinamarca	6	5 %	6	116	5%
2º	Huila	4	3 %	4	37	11%
	Córdoba	4	3 %	3	31	10%
	Casanare	4	3 %	2	19	11%
	Sucre	4	3%	4	26	15%
3º	Cauca	3	2%	3	39	8%
	Meta	3	2 %	3	29	10%
	Tolima	3	2 %	3	47	6%
	Quindío	2	2%	2	12	17%
	Cesar	2	2 %	2	25	8%
	Nariño	2	2 %	2	64	3%
	Magdalena	2	2 %	2	30	7%
	N. de Santander	2	2 %	2	40	5%
	Guaviare	1	1 %	1	4	25%
	Putumayo	1	1 %	1	13	8%
	Risaralda	1	1 %	1	14	7%
	Vichada	1	1 %	1	4	25%
	Caldas	1	1 %	1	27	4%
	Arauca	1	1%	1	7	14%
	Bogotá	1	1 %	1	1	100%

Fuente: elaboración de los autores con base en datos de RNEC, prensa y entrevistas.

Fuente: MOE (2012)

Adicionalmente, y con el fin de brindar un panorama actual, según el periódico *El Tiempo*, a mayo de 2017 se encontraban en trámite 107 procesos de Revocatoria de Mandato en Colombia, incluso el CNE estuvo a punto de suspender los procesos en curso debido a que se argumentaba que muchos no contaban con justificación suficiente (*El Tiempo, 2017*). Esto nos proporciona un consolidado de 239 iniciativas de Revocatoria de Mandato presentadas en Colombia desde su creación hasta mayo de 2017.

Sobre el comportamiento de las iniciativas de Revocatoria de Mandato es pertinente resaltar que antes de la reforma de 2002 se presentaron 34 trámites de revocatoria y, luego de la reforma

de 2002 fueron radicadas 96 iniciativas, lo que representa un incremento del 182% luego de la reducción de los requisitos establecidos con la transformación normativa. De las 130 iniciativas que se habían presentado hasta 2012, 98 (es decir el 75%) no lograron superar la etapa de recolección de firmas; las restantes 32, equivalentes al 25%, cumplieron las condiciones estipuladas para el mínimo de apoyos, alcanzando la etapa de votación. Sin embargo ninguna de ellas condujo en su momento a la revocatoria de los gobernantes.

Solo hasta el día 29 de julio de 2018 tuvo lugar la primera Revocatoria de Mandato exitosa en la historia de Colombia, ocurrida en Tasco (Boyacá) municipio de 6.200 habitantes. El mandatario de

turno había sido elegido con 1.123 votos, y el comité promotor logró reunir el apoyo de más de 1.609 votos a favor de la iniciativa.

III.II.II Resultados de las últimas revocatorias de mandato

Revisando los resultados de las revocatorias de mandato realizadas en los últimos dos años, según datos publicados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, la abstención (a excepción de lo ocurrido en el municipio de Tasco) ha sido la gran protagonista en cada evento de esta naturaleza.

Lo anterior demuestra la escasa información a los ciudadanos en cuanto al por qué de la iniciativa y de la necesidad de la utilización del mecanismo de la revocatoria de mandato, creándose una percepción generalizada y poco atractiva de un enfrenamiento meramente político entre las administraciones de turno y sus rivales políticos.

En el año 2017 se celebraron 12 jornadas para decidir la revocatoria de mandato de alcaldes (sin contar la suspendida en el municipio de Sogamoso) así:

N°	Departamento/municipio	Fecha	Potencial Electoral	Umbral	Total Votación	% Participación
1	Cesar/El Copey	21/05/2017	22.473	5.839	3.821	17,00%
2	N. de Santander/Ocaña	21/05/2017	76.946	18.418	17.354	22,55%
3	Sucre/San Benito Abad	04/06/2017	18.639	5.654	4.913	26,36
4	Tolima/Icononzo	02/07/2017	8.438	2.046	801	9,49%
5	Santander/Barrancabermeja	02/07/2017	169.907	44.242	16.902	9,95%
6	Bolívar/El Carmen de Bolívar	09/07/2017	54.384	13.289	6.197	11,39%
7	Sucre/Palmito	09/07/2017	9.850	2.944	1.586	16,10%
8	Vichada/Puerto Carreño	30/07/2017	17.942	3.604	1.906	10,62%
9	Magdalena/Sitio Nuevo	30/07/2017	18.165	4.524	2.659	14,64%
10	Magdalena/Remolino	13/08/2017	7.095	2.033	1.645	23,18%
11	Boyacá/Sogamoso (Suspendidas)					
12	Caldas/Villa María)	10/09/2017	38.484	8.909	3.726	9,68%
13	Cundinamarca/Girardot	24/09/2017	83.141	19.250	9.064	10,90%
Promedio participación						15,15%

En el año 2018 se celebraron 8 jornadas para decidir la revocatoria de mandato de alcaldes, así:

N°	Departamento/municipio	Fecha	Potencial Electoral	Umbral	Total Votación	% Participación
1	Bolívar/El peñón	24/06/2018	6.360	1.604	382	6,00%
2	Córdoba/San Pelayo	15/07/2018	36.179	10.051	1.856	5,13%
3	Boyacá/Sogamoso	29/07/2018	92.303	22.204	3.480	3,77%
4	Boyacá/Tasco	29/07/2018	4.816	1.382	1.658	34,42%
5	Meta/Cumaral	12/08/2018	16.827	4.325	2.162	12,84%
6	Bolívar/Cicuco	19/08/2018	10.062	2.684	1.088	10,81%
7	Cundinamarca/La Calera	09/09/2018	22.033	5.203	3.838	17,42%
8	Tolima/Herveo	16/09/2018	5.814	1.464	17	0,29%
Promedio participación						11,33%

III. III Costo de las revocatorias de mandato en Colombia

El organizar y llevar a cabo una jornada democrática para que la ciudadanía manifieste su voluntad de revocar o no el mandato de su gobernante representa unos gastos para la nación a través de la organización electoral, sin olvidar los costos adicionales en los que incurre la municipalidad responsable en la cual se lleva a cabo cada jornada.

Según información suministrada por la Registraduría Nacional del Estado Civil, en el año 2017 se utilizó una cifra cercana a los mil ciento cuarenta millones de pesos (\$1.140.000.000) en trece (13) jornadas de revocatoria de mandato de alcaldes.

Así mismo, en el año 2018, en un total de ocho (8) jornadas de este mecanismo de participación

ciudadana se invirtieron más de seiscientos cuarenta y un millones de pesos (\$641.000.000). Lo anterior, sin tener en cuenta los recursos invertidos en los procesos previos a la jornada electoral (revisión de firmas, reuniones de seguimiento previas, etc.).

IV. VOTO PROGRAMÁTICO

El artículo 249 de la Constitución Política establece:

Quienes elijan gobernadores y alcaldes, imponen por mandato al elegido el programa que presentó al inscribirse como candidato. La ley reglamentará el ejercicio del voto programático.

En desarrollo de la norma constitucional, el Congreso de la República expidió la Ley 131 del 9 de mayo de 1994, estableciendo en su artículo primero, lo que sigue:

“...se entiende por *Voto Programático* el mecanismo de participación mediante el cual los ciudadanos que votan para elegir gobernadores y alcaldes, imponen como mandato al elegido el cumplimiento del programa de Gobierno que haya presentado como parte integral en la inscripción de su candidatura”.

De lo anterior se desprenden varias conclusiones a saber: I) El voto programático se convierte en la expresión de la soberanía en cabeza de la ciudadanía. II) De la democracia participativa se crea una relación entre el elector y el gobernante electo, al cual se le impone, por mandato popular, un programa de Gobierno. III) Ese mismo voto programático posibilita a los electores el ejercer un control efectivo sobre el cumplimiento del programa de Gobierno.

Para garantizar el control efectivo por parte de la ciudadanía, el artículo 40 de la Constitución estableció:

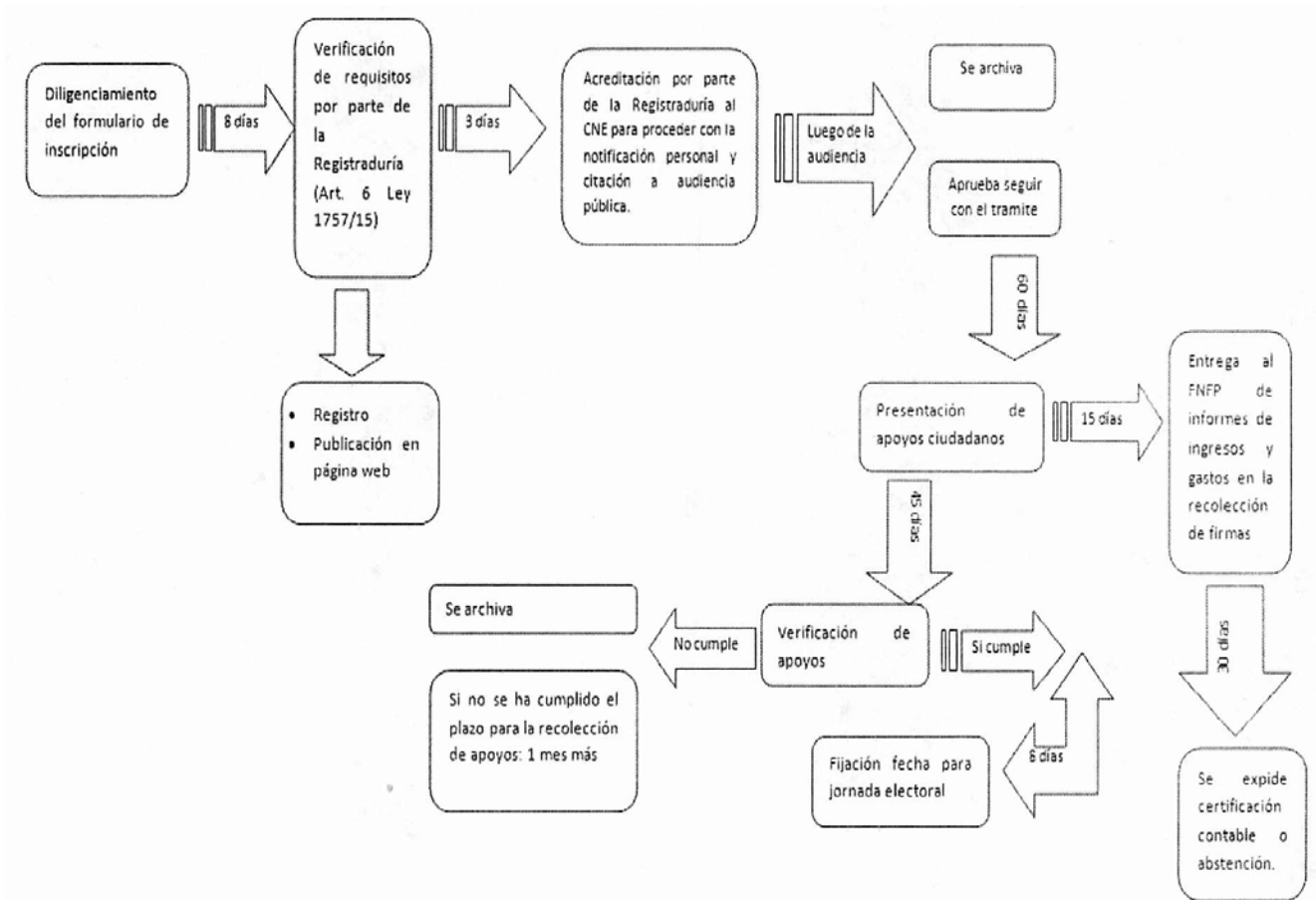
Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político. Para hacer efectivo este derecho puede:

(...)

4. Revocar el mandato de los elegidos en los casos y en la forma que establecen la Constitución y la ley.

Así las cosas, podríamos afirmar que la revocatoria de mandato procede en los casos en los que el mismo pueblo soberano muestra una insatisfacción relacionada con el incumplimiento por parte del alcalde o gobernador del programa de Gobierno por el cual fue elegido; así lo ha considerado la Registraduría Nacional del Estado Civil al considerar que “*El mecanismo de revocatoria de mandato está diseñado para defender el voto programático. En consecuencia, los habitantes de un determinado municipio o de un departamento de Colombia pueden pedir que sus alcaldes o gobernadores sean retirados de sus cargos cuando exista insatisfacción general de la ciudadanía frente a la labor del mandatario o mandataria, o se presente incumplimiento del Programa de Gobierno*”¹, en otras palabras, esa insatisfacción y el mecanismo de revocatoria de mandato están íntimamente ligados al cumplimiento o no del programa de Gobierno por parte del mandatario, posición que ha acogido la Corte Constitucional al establecer en la Sentencia SU-077 de 2018, al afirmar que “...es a partir de la verificación del incumplimiento del programa de Gobierno que se expresa un criterio objetivo que sustenta la insatisfacción de la ciudadanía” (Subrayado por el autor).

V. FLUJOGRAMA DE LA PROPUESTA



¹ <https://www.registraduria.gov.co/Registraduria-presenta-20.html>

VI. NECESIDAD DEL PROYECTO

Es claro que en el mecanismo de la revocatoria de mandato se exponen derechos estipulados en el mismo texto constitucional como el de participar en la conformación, ejercicio y control del poder político y principios en cabeza de los ciudadanos como el de soberanía popular. Ahora bien, al momento de hacer uso de la mencionada iniciativa, entran en tensión esos derechos con los de dos nuevos protagonistas: el mandatario al cual se pretende revocar, sujeto que también exige el respeto de unos derechos fundamentales como al del debido proceso y a la defensa, y los ciudadanos a los que se convoca a tomar la decisión de fondo a los que se le debe brindar todas las pesquisas necesarias para llegar a lo que se ha denominado “voto informado”.

La Corte Constitucional en la Sentencia SU-077 de 2018, expuso la necesidad de modificar la normatividad vigente que regula el trámite de la figura de la revocatoria de mandato, teniendo como premisa el respeto efectivo de los derechos de las partes en conflicto. Para ello, el alto tribunal manifiesta la necesidad de crear dentro del trámite un espacio en el cual se presenten ante las autoridades competentes, por un lado, las razones que a juicio de los comités promotores muestran el incumplimiento de los programas de Gobierno y, por otro, la defensa del mandatario ante los fundamentos de la contraparte.

Igualmente, es de suma importancia el regular de una manera clara el proceso de presentación de informes de ingresos y gastos en los que incurrió el comité promotor de la revocatoria de mandato, asignando tal responsabilidad a una dependencia contable especializada en este tipo de trámites como lo es el Fondo Nacional de Financiación Política del Consejo Nacional Electoral.

La revocatoria de mandato es un mecanismo que muestra que la soberanía reside en el pueblo y se constituye en la principal figura que tiene la ciudadanía para manifestar su inconformidad con un mandatario que, a su juicio, incumplió con el voto programático depositado a su favor. Sin embargo, la Corte Constitucional, luego de realizar un estudio minucioso a una iniciativa presentada en contra del alcalde de la ciudad de Bogotá, D. C., observó que el mecanismo, tal como estaba regulado, presentaba unas fallas que se debían corregir por el mismo órgano legislativo.

Así mismo, al día de hoy, solo una iniciativa de revocatoria de mandato ha prosperado, lo que demuestra que en una marcada mayoría de los casos las razones de los comités promotores no son aceptadas por los ciudadanos y sí representa un gasto para la nación. Ello crea la necesidad de crear, tal como lo conmina la Corte Constitucional, un mecanismo previo a la jornada democrática, en el cual se acrediten razones objetivas públicas que le den mayor seriedad a cada iniciativa.

El alto tribunal constitucional unificó su criterio en la materia, lo que implica que en adelante cualquier revocatoria de mandato que se realice en el marco del trámite actual, aplicando los fundamentos de la Corte, se desplomará por las mismas razones esbozadas en el caso de la revocatoria de mandato del alcalde mayor de la alcaldía distrital de Bogotá, D. C., trámite que necesita de algunas modificaciones que hagan de ella una figura respetuosa de los derechos fundamentales de cada uno de los sujetos que en ella coinciden y otorgándole mayor publicidad al mecanismo en pro del “voto informado” y garantizando la utilización de una figura fundamental para la democracia y el estado de derecho.

CÁMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARÍA GENERAL

El día 22 de enero del año 2019 ha sido presentado en este Despacho el Proyecto de ley número 309, con su correspondiente exposición de motivos por:

El Secretario General (e),

Norbey Marulanda Muñoz.

PROYECTO DE LEY NÚMERO 310 DE 2019 CÁMARA

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.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Objeto, Creación, Sujetos Obligados, Custodia y Guarda

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto facilitar, agilizar y garantizar el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, combatir la corrupción y fomentar la competitividad, mediante la creación de la Historia Clínica Electrónica Única, en la cual se consignarán todos los datos clínicos de cada persona o paciente desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.

Artículo 2°. *Creación y administración.* El Ministerio de Salud y Protección Social creará y administrará la Historia Clínica Electrónica Única, haciendo uso de la interoperabilidad y de las herramientas tecnológicas más apropiadas para cumplir con este fin, a la cual tendrán acceso las personas o los pacientes, todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras del servicio de salud.

Parágrafo 1°. La Historia Clínica Electrónica Única deberá ser creada en un término máximo

de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo transitorio. Una vez creada la Historia Clínica Electrónica Única, los sujetos obligados del artículo tercero de la presente ley deberán subir toda la información que reposa en las historias clínicas físicas de las personas o pacientes vivos, dentro de los cinco (5) años siguientes a su creación.

Artículo 3°. *Sujetos obligados.* Todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras del servicio de salud, así como los profesionales de la salud, están obligados a subir en línea, a la Historia Clínica Electrónica Única, todos los datos clínicos de las personas o pacientes, desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.

Parágrafo 1°. Si los sujetos obligados en el inciso anterior no cuentan con las condiciones tecnológicas y técnicas, tendrán plazo hasta el tiempo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para subir los datos de las personas o pacientes a la Historia Clínica Electrónica Única.

Parágrafo 2°. Todos los sujetos obligados conforme a este artículo deberán, a más tardar para el año 2024, contar con las condiciones tecnológicas y técnicas para el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 4°. *Guarda y custodia.* Todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras del servicio de salud, seguirán teniendo la responsabilidad de la guarda y custodia de las historias clínicas de las personas o pacientes en sus propios sistemas tecnológicos de acuerdo con la ley vigente, pero deberán cargar toda la información de la que trata esta ley en la Historia Clínica Electrónica Única haciendo uso de la interoperabilidad.

CAPÍTULO II

Titularidad

Artículo 5°. *Titularidad.* Cada persona o paciente será titular de su Historia Clínica Electrónica Única, a la cual tendrán acceso los sujetos obligados en el artículo tercero de la presente ley, con el previo expreso consentimiento de la persona o paciente; en caso de que este sea menor de edad el expreso consentimiento lo darán sus padres o quien sea su acudiente, o en caso de que este no lo pueda dar por razones de salud, uno de sus familiares lo podrá dar, de acuerdo con las leyes vigentes relacionadas.

Parágrafo. El profesional de la salud quedará exonerado de solicitar el previo consentimiento de la persona o paciente de acuerdo con las leyes vigentes.

Artículo 6°. *Autorización a terceros.* Sólo la persona titular de la Historia Clínica Electrónica Única podrá autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida.

CAPÍTULO III

Contenido, Gratuidad y Autenticidad

Artículo 7°. *Contenido.* La Historia Clínica Electrónica Única deberá contener los datos clínicos de la persona o paciente, de forma clara y de fácil entendimiento.

Parágrafo. La información suministrada en ella no podrá ser alterada, sin que quede registrada la modificación de que se trate, aun en el caso de que ella tuviera por objeto subsanar un error.

En caso de ser necesaria la corrección de una información de Historia Clínica Electrónica Única, se agregará el nuevo dato con la fecha, hora, nombre e identificación de quien hizo la corrección, sin suprimir lo corregido y haciendo referencia al error que subsana.

Artículo 8°. *Gratuidad.* Toda persona o paciente tendrá derecho a que las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras del servicio de salud, previa solicitud, le suministren su historia clínica física y/o virtual de forma gratuita y en formato legible.

Si la persona o paciente llegase a solicitar más de un ejemplar de su historia clínica física, a partir de la segunda copia, esta tendrá el costo del valor de las impresiones o fotocopias.

Artículo 9°. *Autenticidad.* La Historia Clínica Electrónica Única se presumirá auténtica, siempre que su contenido esté validado por una o más firmas electrónicas, mediante claves u otras técnicas seguras de acuerdo con las normas vigentes que regulen la materia.

CAPÍTULO IV

Profesionales de la salud e Instituciones avaladas

Artículo 10. *Profesionales de la salud avalados para cargar información.* Solo los profesionales de la salud avalados por el Ministerio de Salud y Protección Social podrán subir en línea archivos a la Historia Clínica Electrónica Única de cada persona o paciente.

Parágrafo. Los profesionales de la salud que hayan sido sancionados con suspensión temporal o definitiva de su tarjeta profesional no podrán subir en línea archivos a la Historia Clínica Electrónica Única ni acceder a ella, hasta que, de ser el caso, su sanción haya terminado.

Artículo 11. *Requisito para la constitución de instituciones de salud.* Para la constitución de instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras del servicio de salud, será

requisito habilitante y de funcionamiento darle cumplimiento a la presente ley.

CAPÍTULO V

Disposiciones Generales

Artículo 12. *Reglamentación.* El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará esta en un término máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo. El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones reglamentará junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, lo concerniente con los temas tecnológicos.

Artículo 13. *Reportes obligatorios de salud pública.* El Ministerio de Salud y Protección Social propenderá por articular la información consignada en los reportes obligatorios de salud pública con la Historia Clínica Electrónica Única.

Artículo 14. *Pago medicamentos, procedimientos y otros servicios.* La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), o quien haga sus veces, no podrá exigir la historia clínica física de las personas o pacientes, sino que deberá revisar y constatar la Historia Clínica Electrónica Única, para efectos del pago o reconocimiento a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los medicamentos, procedimientos y otros servicios.

Parágrafo. Si la información suministrada por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para el pago de los medicamentos, procedimientos y otros servicios, no coincide con la información almacenada en la Historia Clínica Electrónica Única, la ADRES se abstendrá de realizar el pago.


Artículo 15. *Prohibición de divulgar datos.* Constituirá falta gravísima para los profesionales de la salud y para los servidores públicos, la divulgación de la clave, contraseña, y los datos personales de cualquier sujeto que disponga de la Historia Clínica Electrónica Única, aun cuando la clave, contraseña o datos no llegasen a ser utilizados.


Artículo 16. *Seguridad cibernética y habeas data.* La Historia Clínica Electrónica Única deberá cumplir con todos los requisitos de seguridad cibernética que existan y además deberá respetar lo señalado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 (Ley de Hábeas Data), o en aquellas que la modifiquen.

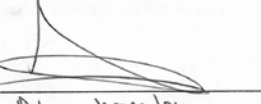
Artículo 17. *Financiación.* El Gobierno nacional deberá considerar la incorporación de las partidas presupuestales necesarias, de acuerdo con los recursos disponibles y con los lineamientos del Marco Fiscal de Mediano Plazo, para ejecutar la presente ley.

Artículo 18. *Vigencia.* La presente ley rige desde su promulgación, y deroga las normas que le sean contrarias.

Atentamente,


 JUAN FERNANDO REYES KURI
 Representante a la Cámara
 Partido Liberal


 CARLOS FERNANDO MOTTA SOLARTE
 Senador de la República
 Partido Cambio Radical


 Álvaro Mondrago

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETIVO

La presente ley tiene por objeto facilitar, agilizar y garantizar el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, combatir la corrupción y fomentar la competitividad, mediante la creación de la Historia Clínica Electrónica Única, en la cual se consignarán todos los datos clínicos de cada persona o paciente desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.

2. PROBLEMAS QUE PRETENDE RESOLVER ESTE PROYECTO DE LEY

La ausencia de una Historia Clínica Electrónica Única ha generado problemas tales como:

- Cada entidad de salud debe llevar una historia clínica propia, es decir una persona o paciente que, en cada institución de salud, tiene un documento diferente, sin secuencia y sin hilo conductor.
- Cada institución de salud no tiene la certeza sobre a cuáles medicamentos es alérgico una persona o paciente, por tanto, se debe llevar su propia historia clínica o los medican erróneamente por no tener la información.
- Las personas o pacientes que pueden o no decir la verdad u omitir ciertos detalles que pueden ocasionar una falencia médica.
- El médico no tiene la certeza de los tratamientos suministrados con anterioridad a una persona o paciente, cuando viene de otra institución de salud.
- Existen altos riesgos de corrupción, pues en el país se ha encontrado un cartel de incapacidades médicas falsas que están afectando directamente las finanzas del Estado, porque al existir incapacidades falsas, se está perdiendo fuerza de trabajo físico y/o mental, para el funcionamiento de las empresas y del Estado¹. Por ende,

¹ *El Tiempo* (2017). Incapacidades médicas falsas: un jugoso negocio. (26 de noviembre de 2017) Disponible en: <https://www.eltiempo.com/economia/empresas/>

la economía del país se ve afectada, pues el Estado está gastando una cantidad significativa de presupuesto a través de la ADRES para el pago de las incapacidades.

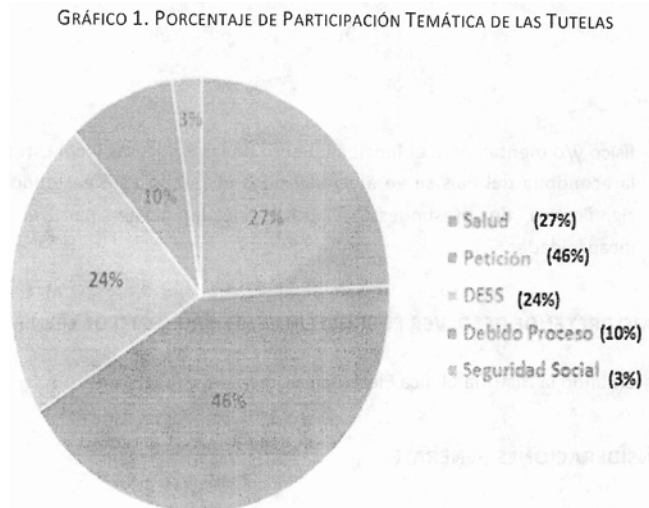
3. CÓMO PRETENDE RESOLVER EL PROBLEMA ESTE PROYECTO DE LEY

Creando la Historia Clínica Electrónica Única.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

La Tramititis afecta directamente nuestros derechos, sino fuera así no tendríamos que interponer más de 600.000 tutelas² al año (2016), es decir y de acuerdo con la Defensoría del Pueblo (2017), en Colombia aproximadamente **cada 51 segundos**, un ciudadano interpone una acción de tutela por la presunta vulneración de un derecho fundamental, el 27% relacionado con trámites en salud (Derecho a salud) (ver Gráfico 1). La salud de los colombianos está siendo afectada por la **Tramititis**, según el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en el primer semestre del 2018, con la Encuesta de Percepción Ciudadana de Trámites y Servicios en las entidades públicas, para los ciudadanos encuestados **solo el 0,2%** asocia los trámites con el acceso de derechos.

GRÁFICO 1. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN TEMÁTICA DE LAS TUTELAS



Fuente: Elaboración UTL Reyes Kuri con base en los datos de la Defensoría del Pueblo (2017).

Además, en promedio, según el BID (2018), los colombianos gastamos **9.2 horas** en la realización de un trámite de salud (ver Gráfico 2). De acuerdo a un sondeo en nuestras redes sociales (UTL Reyes Kuri, Septiembre de 2018), existe dificultad a la hora de reclamar medicamentos, trabas para obtener una cita médica, demoras para

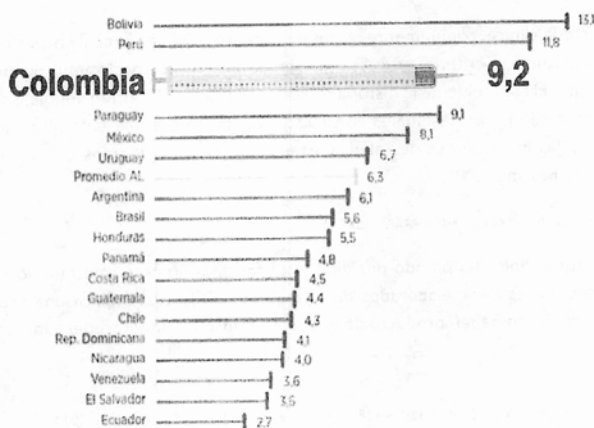
autorizar exámenes o intervenciones quirúrgicas, entre otros.

La **Tramititis** en el sector salud, ha logrado que hasta el servicio más elemental, se convierta en un infierno para los usuarios, al punto que instaurar una acción de tutela se ha convertido un trámite más. Los colombianos no tendríamos que acudir a la acción de tutela para lograr que, una EPS autorice la entrega de un medicamento o de un procedimiento que por derecho nos corresponde.

También, **la Tramititis es un foco de corrupción que afecta la confianza de los ciudadanos con el Estado. El 29% de los latinoamericanos reportó haber pagado un soborno en el contexto de un servicio público en el último año**, lo que equivale a más de 90 millones de personas en la región, según Transparencia Internacional (2017). Y es en el sector de la salud donde más se vulneran los derechos y más tiempo toma la realización de un trámite pues tiene el registro de la tasa más alta de sobornos, **1 de cada 5 latinoamericanos** dijo haber pagado un soborno para poder acceder a un servicio de este sector (Transparencia Internacional, 2017).

GRÁFICO 2. HORAS NECESARIAS PARA COMPLETAR TRÁMITES DE EDUCACIÓN O SALUD

GRÁFICO 2. HORAS NECESARIAS PARA COMPLETAR TRÁMITES DE EDUCACIÓN O SALUD.



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (2018)

El contexto colombiano en trámites de salud es alarmante, está violando nuestros derechos, propiciando la corrupción y disminuyendo la competitividad del país. Por ello, es importante empezar a tomar medidas y es con este proyecto de ley, que crea la Historia Clínica Electrónica Única, se combatirá la **Tramititis** en el sector de la salud; para facilitar, agilizar y hacer efectivo el acceso y ejercicio del derecho a la salud y a la información de las personas; combatir la corrupción y, fomentar la competitividad.

4.1 QUÉ ES LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica *“es un documento privado que comprende una relación ordenada y detallada de todos los datos acerca de los aspectos físicos y psíquicos del paciente. El artículo 34 de la Ley*

informe-denuncia-impactos-negativos-de-las-incapacidades-medicas-falsas-en-colombia-155320

² “La tutela se convirtió en un puente entre la realidad y la Constitución que va más allá de un mecanismo jurídico, para convertirse en una fuente material de goce efectivo de derechos” (Manuel José Cepeda, Exmagistrado de la Corte).

23 de 1981, define dicho documento como el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”³.

La historia clínica es un registro obligatorio, de carácter privado y tiene una gran importancia. Pues en ella se consignan detalladamente todos los datos psicofísicos de una persona o paciente, la evaluación de una enfermedad, un determinado tratamiento, los medicamentos que se le recetan al paciente, las enfermedades que padece o ha padecido, las alergias a ciertos medicamentos, entre otros datos necesarios para el adecuado tratamiento de un paciente, y para que el médico tenga los elementos para hacer un oportuno diagnóstico.

La historia clínica, comúnmente es un documento físico, en el cual los profesionales de la salud plasman su criterio, procesos y observaciones respecto a la atención médica de cada paciente. El contenido de la historia clínica es confidencial e intransferible, solo deben tener acceso a ella los profesionales en salud y la persona o el paciente, por eso su custodia exige a las instituciones de salud prestar plena atención (Ramos López, Cuchí Alfaro & Sánchez Molano, 2009).

4.1.1. LA HISTORIA CLÍNICA MANUSCRITA

La historia clínica ha pasado por diferentes fases, la primera como un documento físico manuscrito, es decir elaborados de forma manual, lo cual implica una acumulación de anotaciones en papel, producto de una lenta transcripción y recuperación de datos al ser procesados. Las condiciones para el manejo y almacenamiento de esta información requieren un ingente espacio físico, y cuando se tiene poca disponibilidad de espacio se limita su accesibilidad (Arellano, 2008).

La falta de un sistema único de información en salud, manifiesta riesgos para el manejo de la información médica, incluyendo errores, duplicidad e incumplimiento de algunas regulaciones, coadyuvando a transgredir los derechos de privacidad de la persona o paciente. La historia clínica tradicional tiene una serie de inconvenientes, que se han venido acentuando, dadas las grandes cantidades de usuarios que los prestadores de los servicios de la salud tienen (Arellano, 2008).

Entre los inconvenientes tenemos: la ilegibilidad, es conocida el adagio aquel de “letra de médico”; la imposibilidad para acceder a ellas de manera inmediata; dependiendo de la entidad, la velocidad de acceso puede variar de entre unos minutos a horas; el hecho de que sea en papel es

una desventaja ya que se deteriora con el tiempo; problemas de espacio para almacenarla y el más importante; las inconsistencias, cada entidad tiene la historia clínica de cada paciente, no hay cruce de datos entre ellas (interoperabilidad), funcionan separadamente y esto ayuda a que se repitan exámenes en varias ocasiones derrochando recursos y haciendo el tratamiento del paciente poco ágil y eficiente (Solarte, 2015).

A lo anterior podemos adicionar los tiempos de búsqueda y consulta, el consumo de papel y la seguridad de la información ante eventos de robos o pérdida de los archivos, debido a factores climatológicos, incendios, etc. El acceso oportuno a la historia clínica para la atención rápida a un paciente, en algunos casos, puede ser la diferencia entre la vida y la muerte (Solarte, 2015).

Hoy se tiene la necesidad de dejar a un lado la historia clínica física. En conclusión, manejar este tipo de historia clínica conlleva a (Criado del Río, 1999):

- Información poco legible y comprensible.
- Posible información incompleta, porque se convierte más en un criterio personal del médico la decisión sobre los campos obligatorios más que de lo exigido.
- Altos gastos incurridos en papel, lapicero, tinta de impresora, entre otros.
- Posible modificación del orden de la historia clínica.
- Posible alteración de la información, pues fácilmente se puede trastornar la información suministrada en la historia clínica por el personal que la manipula.
- Acceso lento asociado al desplazamiento de los archivos físicos.

Por ello, y en nuestro contexto actual, la tecnología se ha involucrado en todos los procesos empresariales y personales en el mundo, ocasionando cambios acelerados, buscando agilidad, control, funcionalidad, trazabilidad, eficiencia y competitividad. Su impacto se evidencia en distintos sectores económicos, entre ellos el sector salud (Fernández & Oviedo, 2010). La conectividad en Colombia ha aumentado progresivamente, ahora son mucho más los usuarios demandando este servicio, donde los estratos sociales más altos son los que registran mayor acceso. El país ha permitido que las empresas accedan al internet, este acceso ha permitido descubrir nuevas alternativas de trabajo para estar a la vanguardia en cuanto a procesos (Minota & Cardona, 2016).

La historia clínica es uno de los documentos más importantes que existen en el proceso de diagnóstico, es clave que el médico tenga una visión global y muy puntual de los antecedentes de su paciente para poder realizar un plan de manejo acertado. Pero esta presenta dificultades, tanto para el médico como para el paciente, el primero

³ Corte Constitucional, Sentencia T - 408, M. P. Jorge Iván Palacio, 26 de junio de 2014.

no logra el mejor tratamiento porque faltan datos o antecedentes y, el segundo, porque su salud no mejora con la prontitud deseada, todas estas dificultades pueden sino eliminarse, al menos disminuirse en un alto grado con una historia clínica electrónica (Solarte, 2015).

4.1.2. LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

La segunda fase es la **electrónica**. De acuerdo con la International Organization for Standardization (ISO), una Historia Clínica Electrónica es *“un repositorio de datos de un paciente en un formato digital, almacenados de una manera segura y accesible a usuarios autorizados, pero más que eso, es una nueva manera de almacenar y organizar la información del paciente, que junto con la interconectividad de las redes informáticas, permite que sea accesible desde cualquier espacio y en cualquier momento por los actores autorizados (pacientes, profesionales de la salud y técnicos vinculados al sector salud), con observancia de las leyes de reserva, protección de datos personales y seguridad de acceso”* (Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud en línea o electrónica (e- health), como: *“el uso de las tecnologías de información y comunicación (TICS) en la salud, ocupándose de mejorar el flujo de información a través de medios electrónicos, para apoyar la prestación de servicios de salud y la gestión de sistemas sanitarios”*⁴. Por ello, surge la necesidad de desarrollar confianza en las nuevas tecnologías, tanto entre los profesionales de salud como entre las personas o pacientes, dado que de esto dependerá el éxito en la implementación de las TIC en este sector. La experiencia mundial y la bibliografía científica reportan con mucho énfasis que las TIC son un medio para mejorar algunos aspectos en salud, como permitir la mejor gestión de las organizaciones, posibilitar un mejor aprovechamiento de los recursos, y brindar un servicio de mayor calidad a los usuarios, mas no son un fin en sí mismo (Galán & Zamora, 2014).

La historia clínica electrónica es un registro ordenado de una atención médica guardada en un software o aplicación, que mediante medios tecnológicos permite procesar la información de una manera ágil, veraz, confiable y en línea. El recurso tecnológico debe cumplir con la normatividad vigente del país donde se comercializa, para efectos de calidad y habilitación de la institución de salud por parte del ente regulador, para Colombia es el Ministerio de Salud y Protección Social (Minota & Cardona, 2016).

Es de gran importancia contar con un documento médico electrónico en el contexto

de la innovación tecnológica, para mejorar los procesos de atención. En este orden de ideas, las últimas cinco décadas se han producido cambios substanciales en el desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, en beneficio de la salud. En la actualidad, la mayor parte de las organizaciones que prestan servicios de salud, almacenan las historias clínicas electrónicas en todo tipo de formatos y en múltiples sistemas de información médica disponibles en el mercado, sin embargo esta situación se convierte en un serio **problema de interoperabilidad en el campo de la informática médica** (Villegas y Villegas & Pacheco, 2008).

El potencial de la información registrada en la historia clínica electrónica, además de contribuir a las decisiones diagnósticas y terapéuticas, también contribuye a la formulación de políticas en el sector salud y al control de los servicios (Arellano, 2008). Entre más información, se facilita la toma de decisiones para propender por una política pública efectiva y en pro a las necesidades de los colombianos. Ahora bien, en el sector público, las reformas de salud, orientan el uso de TIC como factor clave para el desarrollo de sistemas organizativos y de soporte, que favorezcan la prestación de los servicios con características de calidad, eficiencia y efectividad, teniendo como propósito ofrecer mejores condiciones de vida para la población (Arellano, 2008).

Asimismo, facilita el archivo y conservación de la documentación. Con ello, este documento pasa a ser un registro que forma parte de un sistema integrado de información y que, de forma progresiva, supone parte de la modernización en las diferentes facetas de la actividad sanitaria (Martínez, 2006), y, por supuesto, de todos los intervinientes en el proceso, las instituciones públicas en materia de salud y el Estado en general.

Para quienes utilizan la historia clínica electrónica, este acceso inmediato a los antecedentes y a la información podría contribuir a una comprensión integral y solución de los problemas de salud, y, así, ofrecer algunos beneficios que faciliten: a) el acceso inmediato a la historia, b) el intercambio de experiencias entre médicos e investigadores, c) el control de los servicios de salud, d) la toma de decisiones clínicas integrales (Arellano, 2008).

4.1.2.1. VENTAJAS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Manejar la historia clínica electrónica tiene múltiples ventajas comparados con el proceso tradicional (historia clínica manuscrita). Entre ellas se encuentran (Minota & Cardona, 2016):

- Texto legible.
- Trazabilidad de la información.
- Registro automático por atención médica, secuencia lógica y ordenada en el contenido del registro médico.

⁴ La Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es> (consultado en diciembre de 2018).

- Accesibilidad fácil y rápida.
- Durabilidad.
- Consulta en menos tiempo.
- Integración automática.
- Legalidad en el contenido.
- Estandarización de la información.
- Reducción de costos debido a que evita gastos como papel y personal de archivo.
- Estadísticas en tiempo real.
- Control de accesos por medio de permisos.
- Y tal vez una de las más importantes, la seguridad de la información, contando con una buena asesoría técnica es posible controlar ese proceso y custodiarla sin riesgo a perderla.

Según la doctora Paula Otero (2011), el uso de la historia clínica electrónica mejora la calidad en el servicio y en los procesos internos, permitiendo la unificación de la información y agilidad en la generación de reportes. Además, permite construir análisis y estadísticas con información real.

Sin embargo, tiene como desventaja que las copias de seguridad deben ser controladas y monitoreadas periódicamente, de lo contrario se podría generar pérdida de información. Es común percibir desconfianza o reacciones negativas al cambio por parte del personal de la institución y la inversión inicial podría ser un poco alta sobre todo cuando no se cuenta con el personal idóneo para el manejo de la herramienta tecnológica (Serna & Ortiz, 2005).

4.1.3. LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA

Por ello, la Historia Clínica Electrónica debe evolucionar y en Colombia, se debe crear la Historia Clínica Electrónica Única, **tercera fase**. El uso de tecnologías emergentes, permitirá a las organizaciones maximizar el aprovechamiento de recursos informáticos con la implantación del Sistema de Historia Clínica Única que permita la **interoperabilidad**⁵, pues no solo se benefician

económicamente las instituciones prestadoras de servicios de salud, el Estado y a las personas o pacientes. Así mismo, el desarrollo de este sistema tiene un enfoque ambiental, dado que uno de sus objetivos es reducir el consumo de suministros como papel, lo cual aporta a disminuir la tala de árboles (Cobo & Pérez, 2016).

La incapacidad de la atención médica para lograr un intercambio fluido de información genera frustración en todos los actores. Esto es algo que no sucede en otras industrias, como los bancos, por ejemplo⁶.

Dentro del equipamiento tecnológico de los organismos y entidades del Estado, debemos aplicar la **interoperabilidad** con el fin de lograr una conexión permanente entre ellas, y así hacer mucho más simple los trámites de salud para los ciudadanos y compartir los datos clínicos.

A la Historia Clínica Electrónica Única, deben poder acceder todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras del servicio de salud, así como los profesionales de la salud, los cuales además podrán compartir en línea las adiciones que se hagan a la historia clínica de los pacientes, por supuesto con autorización de la persona o paciente.

Será posible articular la Historia Clínica Electrónica Única, si así lo determina el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de las Tecnologías y las Comunicaciones, por ejemplo, con la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), para que las entidades reporten la información desde sus plataformas; o la que determinen según el avance de la tecnología.

Se busca tener acceso a los datos clínicos consignados en la Historia Clínica Electrónica Única, con el fin de mejorar su protección y seguridad. Además, se mejorará la atención en salud de los pacientes, pues se podrá acceder a la Historia Clínica desde cualquier parte del país, en tiempo real, mejorando la calidad y eficiencia del servicio de salud, trayendo un beneficio para todas las personas o pacientes en el territorio nacional.

dicha autoridad puede acceder a los resultados que ya tiene en su poder el Ministerio de Salud. Otro ejemplo, asociado a las pensiones, es que en muchos países los pensionados deben apersonarse en la oficina de la entidad correspondiente para comprobar que siguen vivos. La interconexión entre la entidad de pensiones y la oficina de registro, que recibe los avisos de fallecimientos de parte de las morgues o de los registros civiles, podría eliminar la necesidad de este trámite por completo, al proveer la misma información que brinda el ciudadano a través de su presencia” (BID, 2018).

⁵ “Según la CEPAL (2007), la Interoperabilidad se define como “la habilidad de los sistemas de las tecnologías de la información y la comunicación, y de los procesos de negocio que estas apoyan, de intercambiar datos y permitir que se compartan la información y el conocimiento”. En relación con la digitalización de trámites, es la interoperabilidad lo que permite que el Estado establezca la coordinación necesaria para facilitar que la información ciudadana con la que ya cuenta se comparta de modo que el ciudadano (o la firma) solicitante no la tenga que volver a presentar. De esta manera, la interoperabilidad ayuda no solo a facilitar la digitalización completa de los trámites, sino que también tiene el potencial de simplificar los procesos que realizan los ciudadanos. Por ejemplo, con un sistema funcional de interoperabilidad es posible que un ciudadano, al solicitar un carnet de conducir, no tenga que presentar los resultados de un examen oftalmológico a la autoridad de tránsito si

⁶ La importancia de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica, 2018. Disponible en: <http://gestionmedica.org/la-importancia-de-la-interoperabilidad-de-la-historia-clinica-electronica/>

Hoy es necesario y es nuestro gran reto que en Colombia se implemente la Historia Clínica Electrónica Única que interoperabilice toda la información, a la cual puedan tener acceso todas las entidades médicas, así como su personal, para un mejor desempeño de la medicina, un mejor diagnóstico y servicio de los pacientes, y para facilitar al paciente no tener la carga de llevar su propia historia clínica.

4.2 LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Diferentes países han tenido ya experiencias exitosas implementando la Historia Clínica Electrónica, han legislado y avanzado en este tema, además se han encontrado con la necesidad de tener, en algunos casos, la Historia Clínica Electrónica Única, entre ellos está Perú, Costa Rica, Uruguay, Francia, entre otros.

4.2.1. PERÚ⁷

En Perú, antes era muy común que casi todas las historias clínicas estuvieran contenidas en papel (HCP). Si el paciente acude por primera vez a un establecimiento, se procede a abrir una nueva historia clínica, lo cual implica llenar formularios en donde se registran datos (administrativos y clínicos) normalizados para una historia clínica. Pero, cuando acude en una siguiente oportunidad, es común que no se ubique su HCP, procediéndose a repetir el ciclo de registro de datos. Asimismo, el procedimiento se repite cuando un paciente cambia de domicilio, cambia de establecimiento o se encuentra en cualquier otra parte del país. Actualmente, un paciente tiene tantas historias clínicas como establecimientos de salud visita y en un mismo establecimiento puede tener más de una (Rojas, Cedamano & Vargas, 2015).

Frente a estos inconvenientes, surgió la Historia Clínica Electrónica (HCE). En Perú, ya existen experiencias de uso de HCE con diferentes grados de desarrollo y se prevé en el corto plazo, contar con HCE en los nuevos establecimientos del Ministerio de Salud (Rojas, Cedamano & Vargas, 2015).

Pero, contar con HCE en todos o la mayoría de establecimientos de salud no resolvería el problema de la multiplicidad de historias clínicas, si no se cuenta con una herramienta tecnológica que permita interoperar y gestionar la información que tenga una persona en los establecimientos de salud del país. Este problema obedece a la fragmentación del sistema de salud en el Perú, en subsectores responsables de diferentes segmentos de la población. Al no existir una sola historia clínica o un mecanismo que la agrupe, se pierde información valiosa para actuar con responsabilidad y celeridad frente a una atención

de emergencia (Rojas, Cedamano & Vargas, 2015).

Mediante **Ley 30024**, se creó el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE), se trata de una plataforma tecnológica que permite al paciente o a su representante legal y a los profesionales de la salud que son previamente autorizados por aquellos, el acceso a la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la atención en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, así como la protección de datos personales de los pacientes (Rojas, Cedamano & Vargas, 2015).

El RENHICE debe ser entendido como un directorio electrónico en el que los profesionales de la salud de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, a través de sus sistemas de información de HCE debidamente acreditados, podrán acceder y consultar en qué otros establecimientos, un paciente tiene una HCE y permitirle acceder a esta o estas, sin que se pueda almacenar en su sistema de información (base de datos del consultante) ni en la del RENHICE, los datos de la HCE del establecimiento consultado (Rojas, Cedamano & Vargas, 2015).

Así mismo, contribuye con la interoperabilidad en el sector salud, para el diseño y aplicación de políticas públicas que permitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas, optimizando el uso de recursos y reduciendo la duplicidad de procedimientos de apoyo al diagnóstico que ya han sido aplicados a la persona o al paciente (Rojas, Cedamano & Vargas, 2015).

4.2.2. COSTA RICA⁸

Costa Rica no es ajena al uso de las TIC en el sector salud, y como reciente logro en este tema, se presenta el caso de éxito de interoperabilidad entre los sistemas de vacunación y notificación obligatoria del Sistema de Expediente Único de Salud (EDUS) de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud, que permite mejorar la calidad de los datos y la toma de decisiones en el país. Con esta interconexión entre instituciones, se tienen datos más exactos de casos de vigilancia de la salud y coberturas de vacunación, lo que posibilita a ambas instituciones, tomar decisiones de forma más oportuna y de manera conjunta (Galán & Zamora, 2014).

En este contexto, es preciso que se sigan impulsando y liderando espacios de discusión e intercambio del conocimiento de los sistemas de información como valor estratégico, siendo

⁷ El caso de Perú puede ser consultado en el estudio de Rojas Mezarina, L., Cedamano Medina, C. A., Vargas Herrera, J. (2015) Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32, (2). (pp. 395-396).

⁸ El caso de Costa Rica puede ser consultado en el estudio de Galán-Rodas, E.; Zamora, A. (2014). La historia clínica electrónica como herramienta de gestión y mejora del proceso de atención de salud en Costa Rica. Acta Médica Costarricense, 56, (1).

clave el recurso humano entrenado, para definir qué sirve y cómo usar mejor las tecnologías, en beneficio de la salud de la población, es necesario caminar junto al desarrollo tecnológico y que estos avances sirvan para mejorar el sistema de salud en un marco de racionalidad y uso eficiente de los recursos (Galán & Zamora, 2014).

4.2.3. URUGUAY⁹

La estrategia uruguaya para la integración de información clínica del usuario de salud se basa en un sistema federado, basado en los estándares internacionales para el intercambio de información clínica. El sistema federado se compone en una plataforma central –Plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional– que permite intercambiar en tiempo real y de manera segura los datos clínicos que permanecen guardados en cada institución que los generó (AGESIC, consultado en enero de 2019).

La estrategia elegida se basa en los pilares y avances tecnológicos preexistentes en las organizaciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y respeta su heterogeneidad tecnológica. De esta forma, fomentamos la mejora de los sistemas de información de cada organización, adaptándolos a los estándares de interoperabilidad internacionales y generando una plataforma salud central que orquesta y audita el intercambio seguro y controlado de información clínica bajo fines asistenciales (AGESIC, consultado en enero de 2019).

4.2.4. OTROS¹⁰

Francia ha implementado un sistema de información moderno hospitalario basado en el concepto de historia clínica electrónica *online*, llamado COHERENC. Dicho no solo integra el concepto tradicional de historia clínica, sino todos los componentes del negocio sanitario y administrativo, desde la gestión de recursos hasta las comunicaciones entre especialistas y cuenta con más de 3.000 usuarios profesionales (Reig, Monteaguado & Speilberg, 2003).

En Rumania, se ha desarrollado el sistema ELIAS-HIS, dirigido a la actividad profesional hospitalaria, permitiendo a los médicos y otro personal, acceder a la historia del paciente desde cualquier lugar y realizar un seguimiento de forma electrónica en línea (Reig, Monteaguado & Speilberg, 2003).

⁹ AGESIC. Historia Clínica Electrónica Nacional. Disponible en: <https://www.agesic.gub.uy/agesicweb/plantillas/imprimir.jsp?contentid=6378&channel=agesic&site=19> (consultado en enero de 2019).

¹⁰ REIG REDONDO, Juan, MONTEAGUADO PEÑA, José Luis, SPEILBERG BIRKENES, Tone Margrethe, *La historia de salud electrónica: Perspectiva Internacional*, 2003. Disponible en: <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO12.pdf>.

En Finlandia, está el proyecto TERIVAN ANTICO, está indirectamente relacionado con la historia de salud electrónica, pues es un portal para el seguimiento simultáneo por el paciente y el médico de la terapia anticoagulación mediante el Internet y dispositivos móviles. Desde ambos extremos del sistema se accede a la información clínica del paciente y a los resultados analíticos del proceso (Reig, Monteaguado & Speilberg, 2003).

5. QUÉ SE HA LEGISLADO EN COLOMBIA SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

La Ley 1438 de 2011 estableció en un párrafo transitorio, en el artículo 112, que “La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá plena validez probatoria”. Esta obligación no se cumplió por parte de las clínicas y los hospitales, quizás porque no se fijaron las condiciones de cómo debería adoptarse esta historia clínica única electrónica, además de que no se establecieron sanciones para su incumplimiento.

También, en el Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018) se plasmó el tema de la historia clínica electrónica, en el siguiente sentido:

*“El MinTIC apoyará: 1) al Ministerio de Salud y Protección Social en el desarrollo de programas que permitan implementar la historia clínica digital, en el marco de la universalización, y el acceso al servicio de salud para todos los colombianos [...]”*¹¹.

Pero este tema no se ha podido materializar y consolidar, pues aún no contamos con la carpeta ciudadana y la historia clínica electrónica, ya que no se cumplió, en el 2018, la meta de 1.500.000 de ciudadanos y empresas haciendo uso de la carpeta ciudadana digital, según el indicador del Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018).

Así mismo, en el artículo 45 de este Plan se consagró, en el párrafo segundo que:

“El Gobierno nacional, a través del MinTIC, diseñará e implementará políticas, planes y programas que promuevan y optimicen la gestión, el acceso, uso y apropiación de las TIC en el sector público, cuya adopción será de obligatorio cumplimiento por todas las entidades estatales y conforme a la gradualidad que para el efecto establezca el MinTIC. Tales políticas comportarán el desarrollo de, entre otros, los siguientes temas:

- a) *Carpeta ciudadana electrónica. Bajo la plena observancia del derecho fundamental de hábeas data, se podrá ofrecer a todo ciudadano una cuenta de correo electrónico y el acceso a una carpeta ciudadana electrónica que le permitirá contar con un repositorio de información electrónica para almacenar y compartir documentos*

¹¹ Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018).

públicos o privados, recibir comunicados de las entidades públicas, y facilitar las actividades necesarias para interactuar con el Estado. En esta carpeta podrá estar almacenada la historia clínica electrónica. El MinTIC definirá el modelo de operación y los estándares técnicos y de seguridad de la Carpeta Ciudadana Electrónica. Las entidades del Estado podrán utilizar la Carpeta Ciudadana Electrónica para realizar notificaciones o cuales. Todas las actuaciones que se adelanten a través de las herramientas de esta carpeta tendrán plena validez y fuerza probatoria”¹². (Negrilla fuera de texto).

En conclusión, por el escaso avance legislativo y su eficacia normativa, por las problemáticas enunciadas y las ventajas de avanzar en materia de TIC para el sector salud, es necesario presentar este proyecto de ley “*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*”, pues es un deber con todo los colombianos y con el país, crear

una herramienta en la cual i) la persona o paciente no se vea en la necesidad de llevar su propia historia clínica a la hora de acudir a otra entidad médica; ii) que el médico tenga la certeza de cómo su paciente ha sido tratado con anterioridad cuando viene de otra entidad hospitalaria y, iii) un sistema interoperable para mejorar con información en línea y certera toma de decisiones.

No solo es una necesidad para interoperabilizar la información y los sistemas de salud, sino que es de suma importancia para disminuir muertes, diagnosticar mejor, entre otros, así como lo muestra nuestra investigación en diferentes entidades del Estado y el derecho de petición enviado al Ministerio de Salud y a la ADRES. En este sentido, hemos encontrado que:

I. Gran registro de muertes en Colombia por reacción alérgica a medicamentos

En los últimos años, han venido aumentando las muertes causadas por reacción alérgica a medicamentos (ver Tabla 1), lo cual puede ser en gran causa por no tener la información completa de la persona o paciente al ser atendido.

Tabla 1.

Número de muertes con causa básica efecto adverso en el uso terapéutico de drogas, medicamentos y sustancias biológicas según departamento de residencia, Colombia 2007-2016

Departamento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antioquia	2	2	4	2	6	1	13	7	8	8
Atlántico	2	0	1	0	1	3	0	7	2	4
Bogotá, D. C.	7	6	4	3	1	5	1	4	6	11
Bolívar	3	0	0	1	1	0	1	3	3	2
Boyacá	1	0	0	2	1	0	0	3	1	1
Caldas	4	1	0	0	0	0	1	2	1	3
Caquetá	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cauca	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Cesar	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0
Córdoba	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0
Cundinamarca	0	4	1	0	0	1	4	0	2	5
Chocó	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
Huila	0	0	1	0	0	2	3	2	1	1
La Guajira	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Magdalena	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0
Meta	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2
Nariño	1	0	0	0	0	0	0	2	2	1
Norte de Santander	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0
Quindío	1	0	0	1	0	0	1	2	0	1
Risaralda	0	0	1	1	0	0	1	0	1	2
Santander	0	1	0	3	1	1	1	3	2	3
Sucre	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1
Tolima	1	0	0	2	1	3	3	2	7	4
Valle del Cauca	9	6	2	1	1	1	2	5	5	3
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Putumayo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Colombia	31	21	15	21	15	21	42	52	48	57

Fuente: Respuesta Derecho de Petición a UTL Reyes Kuri, Estadísticas vitales - EEVV (DANE, 2017).

¹² Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018)

Muchas de las anteriores muertes se hubieran podido evitar, si en nuestro país existiera la Historia Clínica Electrónica Única, pues en ocasiones los pacientes cuando son atendidos por urgencias o en clínicas diferentes a las que normalmente son atendidos, no recuerdan el nombre del medicamento al cual son alérgicos o por cualquier motivo omiten informar sobre este hecho, haciendo más compleja la labor de los profesionales y de las instituciones de salud. Pues si contáramos con una herramienta que interoperable la información, como propone este proyecto de ley, los profesionales y las instituciones de salud podrán acceder a la Historia Clínica Electrónica Única para verificar si su paciente es alérgico o no a algún medicamento.

II. La mayoría de instituciones de salud, públicas y privadas, del país tienen historia clínica manuscrita - en papel

Si bien el artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, así como el artículo 45 de la Ley 1753 de 2015, establecieron de alguna forma la obligatoriedad de las instituciones de salud del país de llevar el registro de las historias clínicas de forma

electrónica, este imperativo no se ha cumplido. Según la respuesta al derecho de petición enviado al Ministerio de Salud y Protección Social, las historias clínicas en la mayoría de instituciones de salud siguen siendo en papel (respuesta derecho de petición a UTL Reyes Kuri, 2018).

En el “*Estudio exploratorio de la situación de la telemedicina en municipios priorizados*” realizado en el año 2014 por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, se encontró que en cuanto a la recolección, almacenamiento y transmisión de la información individual clínica de los pacientes, el **46.12%** de los prestadores refieren que todo se hace sobre papel, y **35.29%** la están realizando con cierto grado de automatización y el **18.58%** no contestaron esta pregunta (ver Tabla 2). En el mismo estudio se encontró que, por naturaleza jurídica del prestador, el **31%** de los prestadores públicos gestiona la información individual clínica de las personas con algún grado de automatización y el **48%** de los privados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Tabla 2. Grado de automatización de las historias clínicas por departamento

Departamento	Existe cierto grado de automatización de información clínica	Todo se hace sobre el papel	Sin respuesta	Total	Porcentaje de grado de automatización
Amazonas	0	11	0	11	0.00%
Antioquia	11	5	3	19	4.17%
Arauca	10	2	35	47	3.79%
Atlántico	14	25	13	52	5.30%
Bogotá, D. C.	11	0	3	14	4.17%
Bolívar	16	40	14	70	6.06%
Boyacá	5	1	4	10	1.89%
Caldas	9	1	2	12	3.41%
Caquetá	0	6	0	6	0.00%
Casanare	0	1	0	1	0.00%
Cauca	18	19	6	43	6.82%
Cesar	4	2	0	6	1.52%
Chocó	4	9	1	14	1.52%
Córdoba	13	35	4	52	4.92%
Cundinamarca	1	0	2	3	0.38%
Guainía	0	1	0	1	0.00%
Guaviare	1	0	0	1	0.38%
Huila	3	0	0	3	1.14%
La Guajira	21	29	2	52	7.95%
Magdalena	16	69	15	100	6.06%
Nariño	14	62	18	94	5.30%
Norte de Santander	6	1	1	8	2.27%
Putumayo	3	3	1	7	1.14%
Quindío	3	0	0	3	1.14%
Risaralda	9	2	2	13	3.41%
Santander	11	1	2	14	4.17%
Sucre	3	8	0	11	1.14%
Tolima	4	3	1	8	1.52%
Valle del Cauca	50	9	10	69	18.94%
Vichada	3	0	0	3	1.14%
Colombia	264	345	139	748	100%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014.

Es necesario crear una ley que i) materialice la Historia Clínica Electrónica Única, en la cual se cargará toda la información de cada persona o paciente desde el registro perinatal hasta el fallecimiento, siendo administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, haciendo uso de las herramientas tecnológicas más apropiadas para cumplir con este fin, a la cual tendrán acceso todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras del servicio de salud, así como los profesionales de la salud y los pacientes; ii) de forma efectiva obligue a las instituciones de salud a consolidar las Historias Clínicas Electrónicas; y iii) facilite, agilice y haga efectivo el acceso y ejercicio del derecho a la salud y a la información de las personas.

III. Erróneamente se ha destinado gran cantidad de pagos por parte de la ADRES, a través de los recobros

Muchas veces se han dado sin justa causa pagos a las Empresas Promotoras de Salud, por concepto de supuestos recobros por medicamentos POS y NO POS, dineros que podrían ser destinados para disminuir la real deuda que tiene el Estado con las EPS, y, a su vez, para hacer más eficiente el servicio de salud.

En solo dos meses del año 2017, se adeudan más de **\$172.344.263.257**, de acuerdo al ADRES (respuesta al derecho de petición a UTL Reyes Kuri, 2018), lo podemos ver en la Tabla 3:

Tabla 3. Resultados auditoría ADRES - Glosa Transversal 2017

Mes de radicación	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total
Octubre 2017	86.812.218.883	678.741.414	87.490.960.296
Noviembre 2017	84.811.212.648	42.090.312	84.853.302.960
Total	171.623.431.530	720.831.726	172.344.263.257

Fuente: Respuesta derecho de petición a UTL Reyes Kuri de la ADRES, 2018.

Según la Tabla 3, podemos ver cómo en solo 2 meses la cantidad de dinero que se debe como consecuencia de medicamentos NO POS es abismal, esta suma impacta al igual que la cantidad de dinero que la ADRES, antes FOSYGA, ha pagado sin justa causa por este mismo tema.

El Consorcio Fidufosyga (2005), administrador de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), durante el periodo comprendido entre diciembre de 2005 y septiembre de 2011, logró la recuperación de recursos por valor de **\$1.074.893.228,24** por concepto de medicamentos POS, que corresponden a tecnologías recobradas en las vigencias anteriores al 2011 y en el marco de los contratos de consultoría 055 de 2011 y 043 de 2013, las firmas encargadas de adelantar la auditoría integral a los recobros presentados a la ADRES, antes Fosyga, Unión Temporal Nuevo Fosyga y Unión Temporal Fosyga 2014, adelantaron el procedimiento de reintegro de

recursos señalado en la Resolución 3361 de 2013 obteniendo hasta el día de hoy restitución efectiva de **\$496.574.797,61** para la causal Medicamentos POS. (Respuesta derecho de petición a UTL Reyes Kuri de la ADRES, 2018).

Con este proyecto buscamos que la ADRES o quien haga sus veces, no exija la historia clínica física de los pacientes, sino que revise y constate la Historia Clínica Electrónica Única, para efectos del pago o reconocimiento a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los medicamentos, procedimientos y otros servicios.

Si la información suministrada por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para el pago de los medicamentos, procedimientos y otros servicios, no coincide con la información almacenada en la Historia Clínica Electrónica Única, la ADRES se abstendrá de realizar el pago.

Lo anterior en aras de garantizar la transparencia en los pagos a las EPS de los medicamentos NO POS, pues existiendo la Historia Clínica Electrónica Única será deber de la ADRES corroborar en ella si efectivamente esos medicamentos, ese procedimiento u otro servicio los necesita el paciente, fueron ordenados por un profesional de la salud, autorizados por la EPS o comité científico, entre otras.

Con ello combatiremos la corrupción y la poca eficiencia, todo en beneficio de las personas o pacientes que, día a día, utilizan los servicios del sistema de salud, ayudándolo junto con otras medidas necesarias a hacerlo más efectivo.

IV. Incapacidades médicas falsas

Otro problema que afronta el sistema general de salud, de acuerdo con *El Tiempo* (2017), son las incapacidades médicas falsas, las cuales impactan la productividad laboral del país, la sostenibilidad de las empresas y la bolsa pública que aportamos todos los colombianos. Según la ANDI (2017), el pago de incapacidades pasó de 1,5% a 1,86% del valor de la nómina. Esto, sin contar el costo que implica la ausencia de productividad; los salarios, prestaciones y capacitaciones de los trabajadores que reemplazan al incapacitado, o el costo en productividad que implica la sobrecarga de trabajo para los compañeros (*El Tiempo*, 2017).

Este es un problema que todos sabemos que existe, que se han hecho gestiones para combatir, pero que, a hoy, sigue entre nosotros y va aumentando. En Colombia es muy fácil conseguir incapacidades falsas, las pueden encontrar por redes sociales e incluso en páginas de ventas como Mercado Libre (*El Tiempo*, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este sector “malgasta entre el 20 y el 40 por ciento de los recursos” en el cual tienen mucho que ver las incapacidades. Inclusive, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina

Integral (ACEMI) halló avisos en redes sociales que ofrecen “excusas médicas de cualquier EPS, verificables, con historia clínica incluida. De 1 a 3 días, 10.000 pesos...”. (OMS en *El Tiempo*, 2017).

Anualmente se dan en el país más de 26 millones de incapacidades médicas (*Caracol Radio*, 2018). Las preguntas serían: ¿Cuántas de esas son falsas? ¿Cuánto dinero pierde el Estado como consecuencia de la falsedad? ¿Cuánto dinero pierden las empresas? ¿Cómo combatimos la proliferación de incapacidades médicas falsas?

Por el lado de las empresas de salud, Jaime Arias (2017), presidente de ACEMI, destacó que el abuso de esta figura debe ser preocupación de todos, pues es del bolsillo de los colombianos que sale la mayor parte de recursos para cubrir incapacidades. Según las cuentas de este gremio, “en el presupuesto inicial [...] ADRES [...] se incluyó un gasto por incapacidades por enfermedad general de 728.123 millones. Estos recursos se transfieren a las EPS en la compensación y se obtienen de descontar 0,35 por ciento del Ingreso Base de Cotización (IBC) de cada trabajador. Pero falta saber de cuánto es el gasto real” (Jaime Arias en *El Tiempo*, 2017).

Además, hay un caso denunciado por el programa Séptimo Día de Caracol Televisión, en el cual un hombre en la ciudad de Cali, que lleva 6 años incapacitado devengando salario pues ha presentado más de 109 incapacidades, pero el empleador dice que cuenta con pruebas de que el trabajador no sufre ninguna limitación física, sino que está diciendo mentiras.

La mejor forma de combatir este tema es con la Historia Clínica Electrónica Única, pues con ella se podría ver en tiempo real y en línea, cuándo una persona efectivamente ha acudido a una institución de salud, qué dolencias o patologías ha sufrido, qué medicamentos se le han recetado, así como cuántas y el término de las incapacidades, todo ello con el soporte de una Historia Clínica Electrónica Única, que acabaría con el negocio de las incapacidades médicas falsas.

V. Cada prestador de salud que generó la historia clínica es el único que puede entregar copia de la misma a cada persona o paciente

Muchos pacientes con diferentes patologías son atendidos en diversas instituciones de salud, pues no todas cuentan con las mismas especialidades y los mismos equipos, por este nos preguntamos, según el ordenamiento jurídico vigente: si este paciente que ha sido atendido en diferentes instituciones de salud, debe acudir a cada una de ellas para solicitar copia de la historia clínica.

El Ministerio de Salud y Protección Social manifestó textualmente: “*Le corresponde al prestador de servicios de salud que generó la historia clínica la entrega de la misma al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite en los plazos de retención y conservación previstos en la ley. En este sentido, el prestador*

es el responsable de definir los procedimientos para la entrega a los usuarios y de adoptar todas las medidas necesarias de seguridad tendiente a la conservación de las historias clínicas bajo su custodia, para evitar el deterioro, la pérdida o hurto de las mismas” (UTL Reyes Kuri, respuesta derecho de petición al Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

De acuerdo con esta respuesta, el paciente para poder acceder a su derecho a la información contenida en su historia clínica, debe acudir a cada institución de salud a solicitar copia de la misma, la cual cobran. Lo cual se evitaría si se contara con la Historia Clínica Electrónica Única, pues la persona o paciente podría acceder a ella de forma virtual, o en caso de necesitarla en físico, podría imprimirla o solicitarla a una sola institución de salud de forma gratuita.

VI. El ejemplo del departamento de Cundinamarca

La estrategia liderada por la gobernación de Cundinamarca, busca optimizar la atención a usuarios del sector salud y disminuir las brechas entre las personas que no tienen facilidades para acceder a los servicios de salud, estandarizando la historia de los pacientes que llegan a la red pública de hospitales, reduciendo los costos de atención del paciente y solucionando problemas estructurales, al facilitar la toma de decisiones oportunas y en el tiempo real de la consulta (*El Espectador*, 2015).

Lo planteado en este proyecto lo necesitan el ciudadano, el Estado y las empresas, y, además, en Colombia ya contamos con una experiencia exitosa como la de Cundinamarca que logró la interoperabilidad en las historias clínicas y creó un sistema unificado de las mismas, la cual conecta a 42 hospitales.

La Historia Clínica Electrónica Unificada en Cundinamarca (HCEU) es un proyecto de gran escala, de transformación tecnológica que busca optimizar e integrar los diferentes recursos de información de los servicios de salud en el departamento, mediante el uso de tecnologías de conectividad e interoperabilidad, que permita la creación de una red departamental de información (Gobernación de Cundinamarca, 2018). **Si ya lo hizo un departamento, es hora de hacerlo a nivel nacional.**

El objetivo del departamento de Cundinamarca es brindarle al ciudadano una mayor calidad de vida; y un gran aporte para ello es poner al servicio del paciente toda la tecnología con la que actualmente contamos, de forma que si un paciente es valorado y atendido en un centro de salud geográficamente distante del hospital de referencia (punto A) y en el futuro este paciente es atendido en otra institución (punto B), puede ser tratado conociendo sus antecedentes anteriormente provistos en el punto A (Gobernación de Cundinamarca, 2018).

El hecho de que los sistemas de información de las IPS públicas del departamento de Cundinamarca puedan intercambiar información, supone una transformación tecnológica, en la cual, además, de la plataforma informática y de comunicaciones, se hace indispensable el uso de estándares y buenas prácticas internacionales, así como una metodología objetiva de implementación a corto, mediano y largo plazo, que permita a las organizaciones, usuarios y pacientes, adaptarse,

tecnológica y culturalmente a los nuevos procesos (Gobernación de Cundinamarca, 2018).

Son innegables las ventajas que tiene la Historia Clínica Electrónica frente a la historia clínica tradicional (ver Tabla 4); pero **aún más beneficioso es si hacemos que la historia clínica, además de ser electrónica, sea única e interoperable**, pues se combatirían todos los problemas previamente descritos.

Tabla 4. Comparativo entre Historia Clínica Electrónica e historia clínica manuscrita

	HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA MANUSCRITA
Inviolabilidad	No puede ser adulterada, por medio de firma digital, inserción de hora y fecha automática y técnicas de Back up adecuadas.	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo.
Secuencialidad de la información	Garantizada por mecanismos de campos auto numéricos e Inserción de hora y fecha automática.	Es difícil si no está previamente foliada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo papel.
Reserva de la información privada del paciente	Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos.	Garantizada por mecanismos de control del archivo.
Accesibilidad	Utilizable en todo momento o lugar vía <i>internet, wireless y wap</i> .	Utilizable en un solo lugar.
Disponibilidad	Siempre disponible para cuando se necesite. Todos los que están justificadamente habilitados deben poder acceder a toda la información que se requiera para el acto médico, así como para la auditoria, estadísticas, epidemiología, planes de prevención y peritajes legales.	Dependiendo de la accesibilidad a los Archivos físicos.
Riesgo de pérdida de información	Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back-up).	Frecuentemente extraviada, posibilidad de microfilmarse.
Integridad de la información clínica	La informatización racional garantiza que la información de un paciente no esté atomizada.	Frecuentemente se encuentran dividida en ser vicios, se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente.
Durabilidad	Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada.	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso muchas veces.
Legibilidad	Legibilidad total.	Muchas veces ilegible.

	HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA MANUSCRITA
Legalidad y valor probatorio	Garantizado por la firma digital e inserción de hora y fecha automática.	Garantizado sí está bien confeccionada, clara, foliada y completa.
Identificación del profesional	Por la firma digital.	Por la firma holográfica y el sello con la matrícula.
Temporalidad precisa	Garantizada con fecha y hora con Inserción de hora y fecha automática de servidor local y de entidades de certificación de inserción de hora y fecha automática.	A veces con fecha y hora
Garantía de la autoría	Identifica en forma inequívoca a quien generó la información mediante la firma digital.	Por medio de la Firma manual y sello que a veces suele faltar.
Redundancia	Potenciales tratamientos redundantes o reducidos.	Incompleta con información duplicada e innecesaria.
Errores de consignación	Menor número de errores.	A veces inexacta.
Estandarización de datos	Ingreso estandarizado de datos.	Organizada según necesidad de cada servicio
Costos de personal administrativo	Puede ser operada y buscada por los mismos profesionales que requieren la información.	Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC).
Costos de imprenta	No requiere.	Es necesario para los distintos formularios que la componen.
Costos de papel	Bajo, sólo cuando necesariamente se requiera imprimirla.	Alto.
Tiempo de Consulta	Más corto.	Más largo.
Tiempo de búsqueda de evoluciones	Automático.	Manual.
Tiempo de búsqueda de estudios complementarios	Más corto.	Más largo.
Orientaciones en la terapéutica	Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas.	No se puede.
Recordatorios y alertas	De fácil implementación.	No se puede.
Disponibilidad de los datos para estadísticas	Inmediata.	Mediante tediosos procesos.
Búsqueda de información de pacientes y separación de datos por distintos ítem	Fácil y accesible.	Difícil, poco confiable y costosa.
Robo de la historia clínica	Imposible si hay una política de seguridad informática confiable de conservación de registros y back up. Si se llegara a perder se puede recuperar del back up.	Si se roba o se pierde es imposible de recuperarla.

Fuente: Elaboración UTL Reyes Kuri con base en la información de Diferencias Comparativas entre la Historia Clínica Manuscrita y la Historia clínica electrónica, 2005.

Es hora de que utilicemos la tecnología como una herramienta para hacerle más simple la vida a las personas, máxime cuando estamos hablando en los temas relacionados con el derecho fundamental de la salud y de la información, para combatir la corrupción y para aumentar la competitividad del país.

VII. Conclusión

Es necesario, importante y oportuno, crear la Historia Clínica Electrónica Única para que los sistemas se conecten, para facilitarle la vida al ciudadano y goce efectivamente de sus derechos, para que se disminuya la corrupción en Colombia y, para que nuestras empresas y Estado sean más competitivos.

La Historia Clínica Electrónica Única nos brinda acceso inmediato a la información completa interoperabilizada y gratuita para una mejor formulación de políticas en el sector salud y al control de los servicios. Además, de un mejor diagnóstico y tratamiento, pues permite el intercambio de experiencias entre médicos e investigadores; controles de los servicios de salud con una trazabilidad y durabilidad de la información en menos tiempo y automática, entre otros.

Por otro lado, la Historia Clínica Electrónica Única permite que en un solo documento en línea esté la historia de cada persona o paciente, con lo cual el ciudadano deja de ser mensajero sin tener que estar con su historia clínica debajo del brazo. Y, así, consiguiendo el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas, optimizando el uso de recursos y reduciendo la duplicidad de procedimientos de apoyo al diagnóstico que ya han sido aplicados a la persona o al paciente.

Con ello conseguiremos el acceso efectivo a nuestro derecho de salud, disminución de la corrupción, aumento de la competitividad, haciendo al Estado un ente más ágil, simple, eficiente y cercano al ciudadano y, si, sin *tramititis* en el sector salud.

Atentamente,



JUAN FERNANDO REYES KURI

Representante a la Cámara

Partido Liberal




CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE

Senador de la República

Partido Cambio Radical

Bibliografía

1. AGESIC. Historia Clínica Electrónica Nacional. Disponible en: <https://www.agesic.gub.uy/agesicweb/plantillas/imprimir.jsp?contentid=6378&channel=agesic&site=19> (consultado en enero de 2019).
2. Alfaro Martínez, J. J.; López Díaz, M.; Hernández López, A.; Gonzalvo Díaz, C.; Botella Romero, F. (2013). Integración de un programa informático de prescripción de nutrición artificial hospitalario con la historia clínica electrónica. *Nutrición Hospitalaria*, 28, (5). (Pp. 1696-1701).
3. Arellano Rodríguez, M. (2008). Hacia una historia médica electrónica, entre lo legal y lo ético. Enlace: *Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, 5, (1). (Pp. 79-98).
4. Caracol Radio (2018). Gobierno anuncia persecución a falsas incapacidades médicas. Disponible en: http://caracol.com.co/programa/2018/10/12/6am_hoy_por_hoy/1539356776_660653.html.
5. Cobo Campo, L. A.; Pérez-Urbe, R. I. (2016). Proyecto Anamnesis-Desarrollo de una aplicación web y móvil para la gestión de una historia clínica unificada de los colombianos. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 80. (Pp. 91-104).
6. Corte Constitucional, Sentencia T-408, M. P. Jorge Iván Palacio, 26 de junio de 2014.
7. Criado del Río, María Teresa (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. Expositivo. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
8. Defensoría del Pueblo (2017). La tutela y el derecho a la salud 2016.
9. Departamento de Cundinamarca. Historia clínica electrónica. Disponible en: http://www.cundinamarca.gov.co/Home/SecretariasEntidades.gc/SecretariadeSalud/SecretariadesaludDespliegue/ascontenido/asmunicipiossaludables/csecSalud_municipiossalud_histclini+.
10. Departamento Nacional de Planeación (2018). Encuesta de percepción ciudadana de trámites y servicios en las entidades públicas,
11. *El Espectador* (2015). Su historia clínica la podrá ver desde Cabrera a Yacopí. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/su-historia-clinica-podra-ver-cabrera-yacopi-articulo-558172>.
12. *El Espectador* (2016). Historia clínica única: ¿buena o mala idea? Disponible en:

- <https://www.elespectador.com/noticias/salud/historia-clinica-unica-buena-o-mala-idea-articulo-621000>.
13. *El Tiempo* (2017). Incapacidades médicas falsas: un jugoso negocio. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/economia/empresas/informe-denuncia-impactos-negativos-de-las-incapacidades-medicas-falsas-en-colombia-15532>.
 14. *El Tiempo* (2017). Una trampa intolerable. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/opinion/editorial/una-trampa-intolerable-incapacidades-medicas-falsas-157280>.
 15. Fernández, Andrés, y Enrique Oviedo (2010). Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Serie Políticas Sociales.
 16. Galán-Rodas, E.; Zamora, A. (2014). El caso de Costa Rica puede ser consultado en el estudio de La historia clínica electrónica como herramienta de gestión y mejora del proceso de atención de salud en Costa Rica. *Acta Médica costarricense*, 56, (1).
 17. Galán-Rodas, E.; Zamora, A. (2014). La historia clínica electrónica como herramienta de gestión y mejora del proceso de atención de salud en Costa Rica. *Acta Médica costarricense*, 56, (1).
 18. *Gestión Médica* (2018). La importancia de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica. Disponible en: <http://gestionmedica.org/la-importancia-de-la-interoperabilidad-de-la-historia-clinica-electronica/>.
 19. La Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es> (consultado en diciembre de 2018).
 20. Ley 1438 de 2011.
 21. Lugo, E.; Villegas, H.; Villegas, A.; Pacheco, J. (2008). Diseño de un *software* para la interpretación de historias clínicas electrónicas basadas en HL7/CDA aplicado en servicios de telemedicina. *Revista INGENIERÍA UC*, 15, (2), (pp. 31-40).
 22. Martínez Hernández, J. (2006). Historia Clínica. *Cuadernos de Bioética*, XVII, (I). (Pp. 57-68).
 23. Medrano, J.; Pacheco, L. (2015). Historia clínica electrónica y confidencial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, (126). (Pp. 2449-253).
 24. Ministerio de Salud (2018). Respuesta al cuestionario de derecho de petición.
 25. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Estudio exploratorio de la situación de la telemedicina en municipios priorizados.
 26. Minota Parra, T.; Cardona Palacio, D. (2016). Evolución de la historia clínica en el sector salud en Colombia. *QUID*, 27. (Pp. 41-47).
 27. Otero, Paula (2011). Beneficios y riesgos relacionados con el uso de la historia clínica electrónica. Publicaciones.
 28. Ramos López, J. M., M. Cuchí Alfaro, y M. A. Sánchez Molano. (2009). Archivo de historias clínicas digitalizado, una solución previa a la Historia Clínica Electrónica. *Papeles médicos*.
 29. REIG REDONDO, Juan, MONTEAGUADO PEÑA, José Luis, SPEILBERG BIRKENES, Tone Margrethe (2003). La Historia de Salud Electrónica: Perspectiva Internacional. Disponible en: <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO12.pdf>.
 30. Respuesta derecho de petición a UTL Reyes Kuri de la ADRES y del Ministerio de Salud y Protección Social. Diciembre, 2018.
 31. *Revista Perú, medicina experta, salud publica* vol. 32 No. 2 Lima abr./jun. 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S_1726-46342015000200029.
 32. Rojas Mezarina, L., Cedamano Medina, C. A., Vargas Herrera, J. (2015). El caso de Perú puede ser consultado en el estudio de Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32, (2). (Pp. 395-396).
 33. Roseth Benjamín, Reyes Ángela, Santiso Carlos (2018), Banco Interamericano de Desarrollo, documento “El Fin del Trámite Eterno, Ciudadanos, Burocracia y Gobierno Digital.
 34. Serna, Adriana, y Olga Ortiz (2005). Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica.
 35. Solarte Martínez, G. M. (2015). Historia clínica electrónica con un dispositivo móvil. *Socientia et Technica*, 20, (4). (Pp. 370-376).

CÁMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARÍA GENERAL

El día 23 de enero de 2019, ha sido presentado a este despacho el Proyecto de ley 310 de 2019, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante a la Cámara *Juan Fernando Reyes Kuri* y el honorable Senador *Carlos Fernando Motoa Solarte*.

El Secretario General (e),

Norbey Marulanda Muñoz.

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 178 DE 2018 CÁMARA

*por la cual se modifica la Ley 711 de 2001
y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., diciembre de 2018

Doctor

ORLANDO ALFONSO CLAVIJO CLAVIJO

Secretario General

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Asunto: Ponencia para primer debate Proyecto de ley número 178 de 2018 Cámara, por la cual se modifica la Ley 711 de 2001 y se dictan otras disposiciones.

Respetado doctor Clavijo:

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de Cámara, como ponentes de esta iniciativa legislativa, nos permitimos rendir informe Ponencia para primer debate **Proyecto de ley número 178 de 2018 Cámara**, “por la cual se modifica la Ley 711 de 2001 y se dictan otras disposiciones”, en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la iniciativa
2. Objeto y contenido del proyecto
3. Marco jurídico del proyecto
4. Consideraciones
 - a) Concepto Ministerio de Educación
 - b) Concepto Invima
5. Pliego de modificaciones
6. Proposición.

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa fue radicada el 25 de septiembre de 2018 por los honorables Representantes a la Cámara Jairo Cristancho, Jennifer Arias, Jhon Arley Murillo, Yenica Acosta, Luis Emilio Tovar y Carlos Acosta.

Le correspondió el número 178 de 2018 en la Cámara de Representantes y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 767 de 2018. Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, los Representantes Jairo Cristancho y Ángela Sánchez fueron designados para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa.

2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley tiene como objeto modificar la Ley 711 de 2001, que regula la ocupación de la cosmetología, con el fin de garantizar mayor seguridad a los usuarios de procedimientos estéticos y cosméticos, en nuestro país.

El proyecto consta de nueve artículos incluido la vigencia

3. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO

Actualmente en Colombia se encuentran las siguientes leyes y resoluciones aplicables a los centros de estética en temas de bioseguridad y funcionamiento:

- **Ley 711 de 2001**, por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética.
- **Resolución número 2263 de 2004: (Ministerio de Salud)**, por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución número 3924 de 2005: (Ministerio de Salud)**, por la cual se adopta la Guía de Inspección para la Apertura y Funcionamiento de los Centros de Estética y Similares y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución número 2827 de 2006: (Ministerio de Salud)**, por la cual se adopta el Manual de bioseguridad para establecimientos que desarrollen actividades cosméticas o con fines de embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental (Peluquería).
- **Resolución número 2117 de 2010: (Ministerio de Salud)**, por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los establecimientos que ofrecen servicio de estética ornamental tales como barberías, peluquerías, escuelas de formación de estilistas y manicuristas, salas de belleza y afines y se dictan otras disposiciones.

Después de realizar un análisis de la normativa vigente en Colombia sobre la regulación de estos establecimientos se puede concluir que solo se preocupa por aspectos de salubridad y funcionamiento y no en la formación del personal que atiende a los usuarios.

4. CONSIDERACIONES

Hoy en día la imagen corporal juega un papel importante en la sociedad, y esto se demuestra en el incremento de los últimos años en el consumo de cirugías estéticas, gimnasios, tratamientos

estéticos corporales, productos y complementos dietéticos.

Según la revista *Dinero* en su Edición número 240, la agencia de publicidad John Walter Thompson (JWT) realizó un estudio sobre las nuevas tendencias y hábitos del consumidor, el cual hace una introducción y análisis generalizado de cómo la gente busca mejorar su calidad de vida, y eso incluye mejorar su aspecto físico y mental.

El creciente desarrollo de los negocios relacionados con la belleza ha venido ocupando en la economía colombiana un espacio importante logrando mover 2.3 billones de pesos (sin contar el sector aseo).¹

Este mercado de lo estético está compuesto en un 80% por Pymes y en un 20% por grandes empresas, le ha dado un impulso especial al comercio minorista, que creció 11,07% y genera 16.651 empleos directos y un sinnúmero de indirectos, entre personas que ofrecen sus servicios como esteticistas y peluqueros.²

La estética/cosmética facial y corporal ofrece una alternativa de mejoramiento de la apariencia a bajo costo y sin tratamientos invasivos; esta práctica se enmarca en Colombia en la definición establecida por la normativa sanitaria para prácticas y actividades de embellecimiento facial y corporal.

El ejercicio de los servicios personales de estética/cosmetología está enmarcado en la Ley 711 de 2001 la cual reglamenta la ocupación de la cosmetología, determina su naturaleza, propósito, campo de aplicación y principios, y señala los entes rectores de organización, control y vigilancia de su ejercicio.

Según la Ley 711 de 2001, se entiende por cosmetología el conjunto de conocimientos, prácticas y actividades de embellecimiento corporal, expresión de la autoestima y el libre desarrollo de la personalidad, cuyo ejercicio implica riesgos sociales para la salud humana.

Las prácticas y actividades de embellecimiento corporal están reglamentadas por la Resolución número 2263 de 2004 dentro de la cual se establece cuáles son los procedimientos no invasivos autorizados para el embellecimiento del cuerpo humano, con el fin de limpiarlo, perfumarlo, modificar su aspecto y protegerlo o mantenerlo en buen estado, con o sin la utilización de productos cosméticos.

¹ Laura Roa, 2013 La contratación en Peluquerías, una verdadera relación laboral. Recuperado de: https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/77636/1/contratacion.pdf

² Martha Moreno, 2009. Estudio para el Montaje de un Centro de Terapias Alternativas. Recuperado de: <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/1569/T359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

La finalidad de la cosmetología tiene por objeto la aplicación y formulación de productos cosméticos y la utilización de técnicas y tratamientos, con el fin de mantener en mejor forma el aspecto externo del ser humano (artículo 3° Ley 711 de 2001).

En el campo del ejercicio, el esteticista o cosmetólogo podrá desarrollar, individual o conjuntamente, las siguientes actividades:

Masaje manual estético³.

- Tratamientos cosméticos faciales y corporales.
- Depilación por métodos no invasivos.
- Bronceado de la piel por métodos no invasivos.
- Maquillaje facial y corporal por métodos no invasivos.
- Higiene facial y corporal.
- Procedimientos con aparatología de uso en estética.
- Drenaje linfático manual.

Según datos de la Secretaría Distrital de Salud⁴ de Bogotá, de 2014 a 2017 se han censado 1.175 centros de estéticas y 11.082 salas de belleza; de enero a julio de 2017 425 centros de estética y 5.161 salas de belleza.

En este marco, la Secretaría Distrital de Salud ha identificado en la ciudad que entre enero y julio de 2017:

- El 24% de los establecimiento (1.340) cuentan con concepto favorable (cumplen con la normativa sanitaria aplicable).
- El 4.8% de los establecimientos (269 establecimientos) cuenta con concepto desfavorable (no cumplen con los requisitos sanitarios de ley).
- El 71,16% de los establecimientos (3.975) cuenta con conceptos favorables (con algún tipo de requerimiento) o tienen aplazada la emisión del concepto.

Los incumplimientos de la normativa sanitaria están relacionadas en su mayoría con:

- Ausencia de personal idóneo para la prestación de los servicios estéticos.
- Insuficiencia de la dotación de áreas e implementos para labores de asepsia.
- Inexistencia de la documentación de los equipos de uso en centros de estética.
- Constatación de que la infraestructura y condiciones de saneamiento son inadecuadas.

³ <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/SectorBelleza/Paginas/IdoneidadEstetica.aspx>.

⁴ http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=390

Las localidades afectadas por la clausura de los servicios de peluquería son La Candelaria; Santa Fe; Fontibón; Mártires; Teusaquillo y Barrios Unidos. En Fontibón fue clausurado un centro de estética.

a) Concepto Ministerio Educación

El Ministerio solicita modificar el artículo segundo (2) en aras de armonizar con la normativa vigente

(...)

“Respecto a la anterior disposición, de manera respetuosa nos permitimos anotar que la expresión “Educación no formal contenida en la Ley general de educación y en el Decreto Reglamentario 114 de 1996 fue reemplazada por «Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH) en la Ley 1064 de 2006. La cual se encuentra reglamentada en la Parte 6, Libro 2 del Decreto 1075 de 2015, único reglamentario del sector educación, por lo cual la expresión utilizada en el proyecto de ley se encuentra derogada a la fecha.

En observancia de lo anterior, esta Cartera sugiere modificar la locución en comento, a fin de que la iniciativa se armonice con la nueva denominación dada por el legislador”.

(...)

Consideraciones que son acogidas por los ponentes de la iniciativa.

b) Concepto Invima

El Invima hace las siguientes consideraciones:

(...)

“Por su parte, el proyecto modificatorio de la ley, deroga supuestos atinentes a la caducidad de la acción sancionatoria y prescripción de la sanción impuesta, que hoy se encuentran previstas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo aspecto que resulta adecuado y pertinente”.

(...)

“Lo que respecta a las modificaciones propuestas, se tiene que se incluye el cumplimiento de requisitos técnicos como la inscripción y habilitación por parte de los prestadores de servicios de cosmetología, cuando antes se requería de la acreditación, elemento que introduce más rigurosidad para el ejercicio de la ocupación; así mismo, establece un plan de visita de verificación”.

Consideraciones que son acogidas por los ponentes de la iniciativa.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Se proponen las siguientes modificaciones al proyecto de ley:

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
<p>Texto propuesto para primer debate del Proyecto de ley número 178 de 2018 Cámara</p> <p><i>por la cual se modifica la Ley 711 de 2001 y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p>El Congreso de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>		
<p>Artículo 1°. El artículo 2° de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 2°. <i>Procedimientos Cosméticos.</i> Para efectos de la presente ley, entiéndase por cosmetología el conjunto de conocimientos, prácticas y actividades de embellecimiento corporal, por medio del cual se aplican productos cosméticos, técnicas o tratamientos no invasivos, con el fin de mantener en mejor forma el aspecto externo del ser humano.</p>		
<p>Artículo 2°. El artículo 5° de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 5°. <i>Centros de Formación.</i> Las instituciones de educación superior, así como las de educación para el trabajo y el desarrollo humano, podrán ofrecer programas de formación técnica para el trabajo en el área de la cosmetología de conformidad con las normas vigentes, la cual será certificada por las</p>	<p>Artículo 2°. El artículo 5° de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 5°. <i>Centros de Formación.</i> Las instituciones de educación superior, así como las de educación <u>para el trabajo y el desarrollo humano</u>, podrán ofrecer programas de formación técnica para el trabajo en el área de la cosmetología <u>de conformidad con las normas vigentes</u>, la cual será certificada <u>por las</u></p>	<p>Se acogen las observaciones del Ministerio de Educación frente a la competencia de la certificación de los programas de los centros de formación.</p>

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
<p>entidades territoriales, con una intensidad mínima de 1.500 horas, dentro del marco constitucional de autonomía, educativa y formativa.</p> <p>Parágrafo. La entrega de acreditaciones, certificados, diplomas o constancias sin el lleno de los requisitos legales, será causal de cierre de la institución que incurra en esa irregularidad, la que será impuesta por la autoridad educativa, con observancia del debido proceso, a tenor de lo previsto en el Código Contencioso Administrativo.</p>	<p>entidades territoriales, con una intensidad mínima de 1.500 horas, dentro del marco constitucional de autonomía, educativa y formativa.</p> <p>Parágrafo. La entrega de acreditaciones, certificados, diplomas o constancias sin el lleno de los requisitos legales, será causal de cierre de la institución que incurra en esa irregularidad, la que será impuesta por la autoridad educativa, con observancia del debido proceso, a tenor de lo previsto en el Código Contencioso Administrativo.</p> <p>Parágrafo 1°. <u>La Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, deberá establecer los requisitos mínimos de la relación docencia servicio de estos ambientes de aprendizaje.</u></p>	
<p>Artículo 3°. El artículo 9° de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 9°. <i>Requisitos para el Ejercicio.</i> Solo podrán realizar procedimientos cosméticos.</p> <p>1. Las personas que hayan cursado un programa de formación técnica para el trabajo en el área de la cosmetología de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la presente ley.</p> <p>2. Inscribirse como Cosmetólogo (a), ante los entes territoriales municipales, distritales y Departamentales de Salud.</p> <p>La prestación de los servicios de cosmetología únicamente podrá prestarse en centros de estética o establecimientos destinados para ese fin debidamente autorizados por la entidad territorial correspondiente.</p>	<p>Artículo 3°. El artículo 9° de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 9°. <i>Requisitos para el Ejercicio.</i> Sólo podrán realizar procedimientos cosméticos.</p> <p>3. Las personas que hayan cursado un programa de formación técnica para el trabajo en el área de la cosmetología de conformidad con lo previsto en el artículo 2° de la presente ley.</p> <p>4. Inscribirse como Cosmetólogo (a), ante los entes territoriales municipales, distritales y Departamentales de Salud.</p> <p>La prestación de los servicios de cosmetología únicamente podrá prestarse en centros de estética o establecimientos destinados para ese fin debidamente autorizados por la entidad territorial correspondiente.</p>	Se modifica con el objetivo de hacer claridad a la referencia de los requisitos.
<p>Artículo 4°. El artículo 10 de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 10. <i>Inscripción y Habilitación de los Centros Cosméticos y/o Estéticos.</i> Todo prestador de servicios de cosmetología y/o Estética debe estar inscrito ante la Autoridad Sanitaria correspondiente. La habilitación es un procedimiento obligatorio y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares básicos exigidos por la ley en materia de características técnicas, científicas, humanas, y administrativas de los centros de estética y similares.</p> <p>Las autoridades de salud de los distritos, municipios y departamentos, reglamentarán el procedimiento administrativo que se requiera para el efecto y la entrega del distintivo que indica el servicio para el cual está autorizado.</p> <p>La habilitación tendrá una vigencia de un año, la cual tendrá que ser renovada por el responsable de la inscripción del establecimiento para el ejercicio de la cosmetología.</p>		

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
<p>La inscripción de los centros de cosmetología, la habilitación de estos servicios y las visitas son trámites gratuitos.</p> <p>Parágrafo 1°. La inscripción del prestador podrá ser cancelada en cualquier momento por las Entidades Departamentales, Municipales o Distritales de Salud, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación.</p>		
<p>Artículo 5°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 711 de 2001, el cual quedará así:</p> <p>Artículo Nuevo. Plan de Visitas de Verificación. Las Entidades Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Cosmetología y/o Estética inscritos en su jurisdicción.</p>		
<p>Artículo 6°. Adiciónese un Artículo nuevo a la Ley 711 de 2001, el cual quedará así:</p> <p>Artículo nuevo. Insumos y tecnologías. Los insumos y tecnologías en salud utilizados para la práctica de los procedimientos estéticos y cosméticos deberán estar autorizados por la autoridad competente, según corresponda.</p> <p>Se prohíbe el uso de sustancias que no cuenten con el concepto sanitario expedido por la Autoridad competente.</p>	<p>Artículo 6°. Adiciónese un Artículo nuevo a la Ley 711 de 2001, el cual quedará así:</p> <p>Artículo nuevo. Insumos y tecnologías. Los insumos y tecnologías en salud utilizados para la práctica de los procedimientos <u>estéticos y</u> cosméticos deberán estar autorizados por la autoridad competente, según corresponda.</p> <p>Se prohíbe el uso de sustancias que no cuenten con el concepto sanitario expedido por la Autoridad competente.</p>	<p>Se modifica con el objetivo de tener mayor claridad sobre el accionar del Invi-ma.</p>
<p>Artículo 7°. El artículo 12 de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 12. Inspección vigilancia y control. Las Direcciones Departamentales, Distritales y las Municipales – categorías 1ª, 2ª y 3ª de Salud, ejercerán dentro de su jurisdicción, las acciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas contenidas en la presente ley y las demás normas higiénico sanitarias, en los términos previstos en la Ley 715 de 2001.</p> <p>Para el caso de los Municipios categorías 4ª, 5ª y 6ª dicha competencia será ejercida por el Departamento, en coordinación con dichos municipios de conformidad con el artículo 43.3.8 de la Ley 715 de 2001.</p>		
<p>Artículo 8°. El artículo 17 de la Ley 711 de 2001 quedará así:</p> <p>Artículo 17. Sanciones. El incumplimiento de las disposiciones consagradas en la presente ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, y la realización de procedimientos invasivos dará lugar a la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y de las sanciones contempladas en las Leyes 9ª de 1979 y 711 de 2001.</p>		

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
Artículo 9°. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias, especialmente los artículos 3°, 11, 18, 19 de la Ley 711.		

6. PROPOSICIÓN

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicitamos a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar Primer Debate al **Proyecto de ley número 178 de 2018 Cámara**, “*por la cual se modifica la Ley 711 de 2001 y se dictan otras disposiciones*”, con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia.

De los honorables Representantes,



JAIRO CRISANCHO TARACHE
Coordinador ponente



ANGELA SANCHEZ
Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 178 DE 2018 CÁMARA

por la cual se modifica la Ley 711 de 2001 y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 2° de la Ley 711 de 2001 quedará así:

Artículo 2°. *Procedimientos cosméticos.* Para efectos de la presente ley, entiéndase por cosmetología el conjunto de conocimientos, prácticas y actividades de embellecimiento corporal, por medio del cual se aplican productos cosméticos, técnicas o tratamientos no invasivos, con el fin de mantener en mejor forma el aspecto externo del ser humano.

Artículo 2°. El artículo 5° de la Ley 711 de 2001 quedará así:

Artículo 5°. *Centros de formación.* Las instituciones de educación superior, así como las de educación para el trabajo y el desarrollo humano, podrán ofrecer programas de formación técnica para el trabajo en el área de la cosmetología de conformidad con las normas vigentes, la cual será certificada por las entidades territoriales, con una intensidad mínima de 1.500 horas, dentro del marco constitucional de autonomía, educativa y formativa.

Parágrafo. La entrega de acreditaciones, certificados, diplomas o constancias sin el lleno de los requisitos legales, será causal de cierre de

la institución que incurra en esa irregularidad, la que será impuesta por la autoridad educativa, con observancia del debido proceso, a tenor de lo previsto en el Código Contencioso Administrativo

Parágrafo 1°. La Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, deberá establecer los requisitos mínimos de la relación docencia servicio de estos ambientes de aprendizaje.

Artículo 3°. El artículo 9° de la Ley 711 de 2001 quedará así:

Artículo 9°. *Requisitos para el ejercicio.* Solo podrán realizar procedimientos cosméticos

5. Las personas que hayan cursado un programa de formación técnica para el trabajo en el área de la cosmetología de conformidad con lo previsto en el artículo 2° de la presente ley.

6. Inscribirse como Cosmetólogo (a), ante los entes territoriales municipales, distritales y Departamentales de Salud.

La prestación de los servicios de cosmetología únicamente podrá prestarse en centros de estética o establecimientos destinados para ese fin debidamente autorizados por la entidad territorial correspondiente.

Artículo 4°. El artículo 10 de la Ley 711 de 2001 quedará así:

Artículo 10. *Inscripción y habilitación de los centros cosméticos y/o estéticos.* Todo prestador de servicios de cosmetología y/o estética debe estar inscrito ante la Autoridad Sanitaria correspondiente. La habilitación es un procedimiento obligatorio y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares básicos exigidos por la ley en materia de características técnicas, científicas, humanas, y administrativas de los centros de estética y similares.

Las autoridades de salud de los distritos, municipios y departamentos, reglamentarán el procedimiento administrativo que se requiera para el efecto y la entrega del distintivo que indica el servicio para el cual está autorizado.

La habilitación tendrá una vigencia de un año, la cual tendrá que ser renovada por el responsable de la inscripción del establecimiento para el ejercicio de la cosmetología.

La inscripción de los centros de cosmetología, la habilitación de estos servicios y las visitas son trámites gratuitos.

Parágrafo 1°. La inscripción del prestador podrá ser cancelada en cualquier momento por las Entidades Departamentales, Municipales o

Distritales de Salud, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación.

Artículo 5°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 711 de 2001, el cual quedará así:

Artículo nuevo. Plan de visitas de verificación.

Las Entidades Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los prestadores de servicios de cosmetología y/o estética inscritos en su jurisdicción.

Artículo 6°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 711 de 2001, el cual quedará así:

Artículo nuevo. Insumos y tecnologías.

Los insumos y tecnologías en salud utilizados para la práctica de los procedimientos estéticos y cosméticos deberán estar autorizados por la autoridad competente, según corresponda.

Se prohíbe el uso de sustancias que no cuenten con el concepto sanitario expedido por la autoridad competente.

Artículo 7°. El artículo 12 de la Ley 711 de 2001 quedará así:

Artículo 12. Inspección vigilancia y control.

Las Direcciones Departamentales, Distritales y las Municipales – categorías 1ª, 2ª y 3ª de Salud, ejercerán dentro de su jurisdicción, las acciones de inspección vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas contenidas en la presente ley y las demás normas higiénico sanitarias, en los términos previstos en la Ley 715 de 2001.

Para el caso de los Municipios categorías 4ª, 5ª y 6ª dicha competencia será ejercida por el departamento, en coordinación con dichos municipios de conformidad con el artículo 43.3.8 de la Ley 715 de 2001.

Artículo 8°. El artículo 17 de la Ley 711 de 2001 quedará así:

Artículo 17. Sanciones. El incumplimiento de las disposiciones consagradas en la presente ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, y la realización de procedimientos invasivos dará lugar a la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y de las sanciones contempladas en las Leyes 9ª de 1979 y 711 de 2001.

Artículo 9°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias, especialmente los artículos 3°, 11, 18, 19 de la Ley 711.

De los honorables Representantes,


JAIRO CRISTANCHO TARACHE
 Coordinador ponente


ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL
 Ponente

CONTENIDO

Gaceta número 34 - Viernes, 8 de febrero de 2019

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

Págs.

Proyecto de ley número 309 de 2019 Cámara, por medio de la cual se modifica la ley 1757 del 6 de julio de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia del mecanismo de participación ciudadana de revocatoria de mandato de alcaldes y gobernadores.	1
Proyecto de ley número 310 de 2019 Cámara, 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....	9
PONENCIAS	
Ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 178 de 2018 Cámara, por la cual se modifica la Ley 711 de 2001 y se dictan otras disposiciones.....	26