PROYECTO DE LEY _____ DE 2019

"Por medio del cual se racionalizan trámites en el sector salud, a través de la creación de la Historia Clínica Electrónica Única y se dictan otras disposiciones".

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 relevantes 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.

PARÁGRAFO PRIMERO. 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 de servicios de salud, así como los profesionales de la salud, están obligados a compartir en línea con la Historia Clínica

Electrónica Única todos los datos clínicos relevantes de las personas o pacientes, desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.

PARÁGRAFO PRIMERO. 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 compartir los datos clínicos relevantes de las personas o pacientes con la Historia Clínica Electrónica Única.

PARÁGRAFO SEGUNDO. 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 de servicios 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 las leyes vigentes sobre la materia, pero deberán compartir todos los datos clínicos relevantes de que trata esta ley con 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, además del titular, los sujetos obligados en el artículo tercero de la presente ley, con el previo expreso consentimiento de la persona o paciente de acuerdo con las leyes vigentes sobre la materia.

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 de acuerdo con las leyes vigentes sobre la materia.

CAPÍTULO III.

Contenido, Gratuidad y Autenticidad.

Artículo 7. CONTENIDO. La Historia Clínica Electrónica Única deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona o paciente, de forma clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad.

PARÁGRAFO. La información suministrada en la Historia Clínica Electrónica Única 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 de servicios de salud, previa solicitud, le suministren su historia clínica física y/o digital de forma gratuita, completa y rápida.

Artículo 9. AUTENTICIDAD. La Historia Clínica Electrónica Única se presumirá auténtica de acuerdo con las leyes vigentes sobre la materia.

CAPÍTULO IV.

Instituciones avaladas.

Artículo 10. REQUISITO PARA LA CONSTITUCIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD. Para la constitución de instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras de servicios de salud, será requisito habilitante y de funcionamiento darle cumplimiento a la presente ley.

CAPÍTULO V.

Disposiciones Generales.

Artículo 11. REGLAMENTACIÓN. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará ésta 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 12. 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 13. 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 14. 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 persona o paciente consignados en la Historia Clínica Electrónica Única, aun cuando la clave, contraseña o datos no llegasen a ser utilizados.

Artículo 15. SEGURIDAD CIBERNÉTICA Y HABEAS DATA. La Historia Clínica Electrónica Única deberá cumplir con los más altos estándares 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 16. 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 17. 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 MOTOA SOLARTE

Senador de la República

Partido Cambio Radical

_____

_____

_____

_____

PROYECTO DE LEY _____ DE 2019

"Por medio del cual se racionalizan trámites en el sector salud, a través de la creación de la Historia Clínica Electrónica Única y se dictan otras disposiciones".

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. **OBJETIVO**
2. **PROBLEMAS QUE PRETENDE RESOLVER ESTE PROYECTO DE LEY**
3. **CÓMO PRETENDE RESOLVER EL PROBLEMA ESTE PROYECTO DE LEY**
4. **CONSIDERACIONES GENERALES**
5. **EL CASO DE COLOMBIA**
6. **VENTAJAS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA FRENTE A LA HISTORIA CLÍNICA MANUSCRITA**
7. **CONCLUSIONES**

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 relevantes 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.

- La institución de salud a la que llega un paciente por primera vez, no tiene la certeza sobre a cuáles medicamentos es alérgico, por tanto, se corre el riesgo de medicar erróneamente por no tener la información.
- Las personas o pacientes que pueden o no decir la verdad u omitir ciertos detalles relevantes que pueden ocasionar un mal diagnostico o tratamiento.
- El médico no tiene la certeza de los tratamientos suministrados, de los exámenes o procedimientos realizados con anterioridad a una persona o paciente, cuando viene de otra institución de salud.
- En el país se ha encontrado un cartel de incapacidades médicas falsas que están afectando directamente las finanzas del Estado y la productividad de las empresas[1].
- El 46% de las Historias Clínicas en Colombia aún se sobre papel y esto, claramente, hace ineficiente la prestación del servicio de Salud y aumenta los riesgo de corrupción.

3. **CÓMO PRETENDE RESOLVER EL PROBLEMA ESTE PROYECTO DE LEY**

Creando la Historia Clínica Electrónica Única.

4. **CONSIDERACIONES GENERALES**

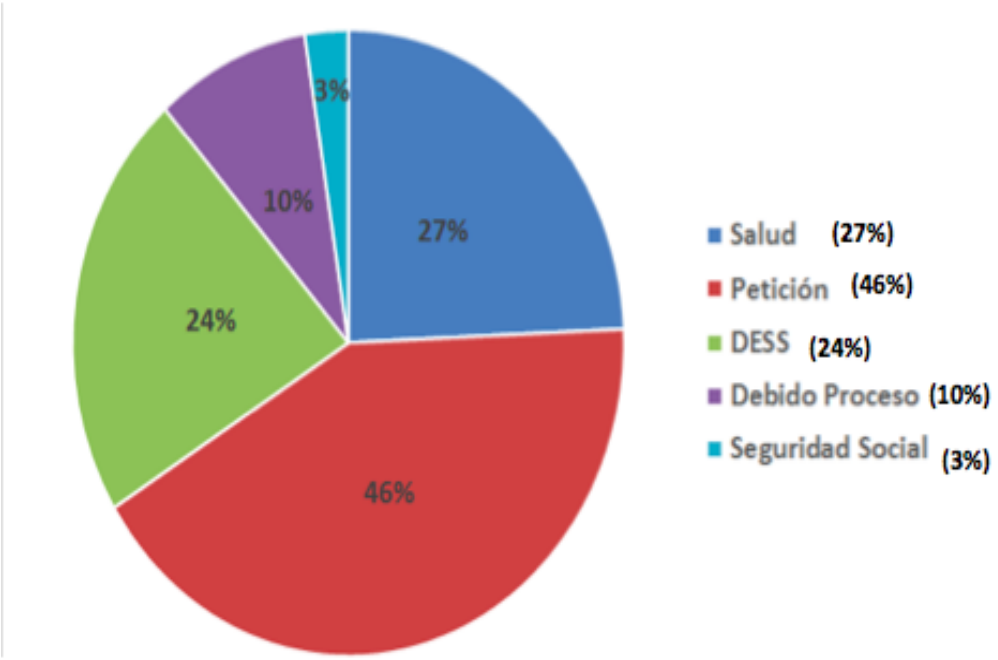
La Tramititis afecta directamente nuestros derechos, sino fuera así no tendríamos que interponer más de 600.000 tutelas[2] al año (2016), es decir y de acuerdo con la Defensoría

[1]El Tiempo (2017). Incapacidades médicas falsas: un jugoso negocio. (26 de noviembre de 2017) Disponible en: https://www.eltiempo.com/economia/empresas/informe-denuncia-impactos-negativos-de-las-incapacidades-medicas-falsas-en-colombia-155320

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 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.

GRÁFICO 1. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN TEMÁTICA DE LAS TUTELAS

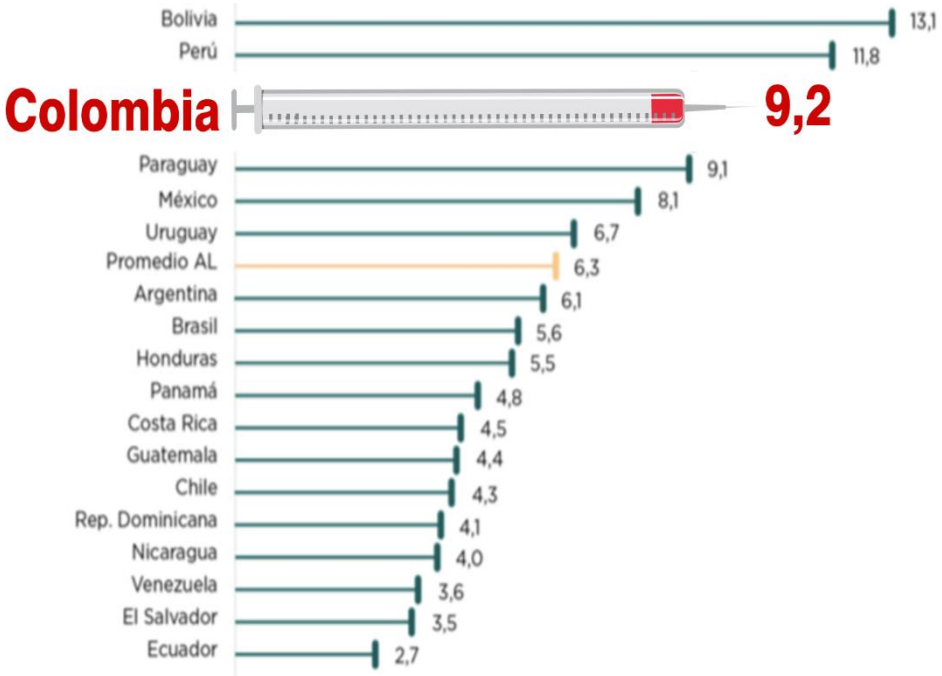


[2] "La tutela se convirtió en un puente entre la realidad y la Constitución que va más allá de un mecanismo jurídico, para convertirse en una fuente material de goce efectivo de derechos" (Manuel José Cepeda, Exmagistrado de la Corte).

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.

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



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (2018)

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 evidencia esta problemática, pues según este mismo estudio1 de cada

5 latinoamericanos dijo haber pagado un soborno para poder acceder a un servicio de este sector (Transparencia Internacional, 2017).

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.

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 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 debe 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).

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

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 prestadoras 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 de 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 Rio, 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, funcionabilidad, 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 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 Publica, 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 TICS en este sector. La experiencia mundial y la bibliografía científica reportan con mucho énfasis que las TICS 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, más 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

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

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 compresión 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.
- 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 perdida 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 ejemplo[6].

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

---

[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 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).*

[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/

hacer mucho más simple los trámites de salud para los ciudadanos y compartir los datos clínicos relevantes.

A la Historia Clínica Electrónica Única, deben poder acceder todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras de servicios 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 expresa de la persona o paciente de acuerdo con las leyes vigentes sobre la materia.

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 relevantes 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.

Hoy es necesario y es nuestro gran reto que el 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 LA 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. Perú[7]

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, Cedamanos & 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, Cedamanos & 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

[7] El caso de Perú puede ser consultado en el estudio de Rojas Mezarina, L., Cedamanos 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).

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, Cedamanos & 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, Cedamanos & 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, Cedamanos & 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, Cedamanos & Vargas, 2015).

4.2.2. Costa Rica[8]

Costa Rica no es ajena al uso de las TICS 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 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. Uruguay[9]

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

---

[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 Medica Costarricense, 56, (1).*

[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)

tiempo real y de manera segura los datos clínicos relevantes 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. Otros [10]

Francia ha implementado un sistema de información moderno hospitalario basado en el concepto de historia clínica electrónica on-line, llamado COHERENC. Dicho no sólo 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 3000 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).

En Finlandia, está el proyecto TERIVAN ANTICO, está indirectamente relacionado con la historia de salud electrónica, pues es un portal para el seguimiento simultaneo por el paciente y el médico de la terapia anti-coagulación 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).

[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

REYESKURI
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
VALLE DEL CAUCA - PARTIDO LIBERAL

5. EL CASO DE COLOMBIA

La ley 1438 de 2011, estableció en un parágrafo transitorio en el artículo 112, que "*La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, ésta 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 parágrafo 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 habeas data, se podrá ofrecer a todo ciudadano una cuenta de*

[11] Plan Nacional de Desarrollo (2014 – 2018).

REYESKURI
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
VALLE DEL CAUCA - PARTIDO LIBERAL

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 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 TICS 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 como 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 lo sistemas de salud, sino que es de suma importancia para disminuir muertes, diagnosticar mejor, dar mejores tratamientosentre 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. Aumento de muertes en Colombia por reacción alérgica a medicamentos.

[12] Plan Nacional de Desarrollo (2014 – 2018).

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).

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 interoperablice la información, como propone este proyecto de ley, los profesionales y las instituciones de salud podrán acceder 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 prestadoras 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 prestadoras 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 prestadores de 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 re cobros 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 auditoria ADRES – Glosa Transversal 2017

Mes de radicación	Régimen	Régimen Subsidiado	Total

	Contributivo		
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 como 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 del 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 devengado salario pues ha presentado más de **109** incapacidades, pero empleador dice que cuenta con pruebas de que el trabajador no sufre ninguna limitación física, sino que esta 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, cuando 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 algunas cobran. Lo cual se evitaría si se contará 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 necesita 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).

6. VENTAJAS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA FRENTE A LA HISTORIA CLÍNICA MANUSCRITA

Es innegable 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 combatiría 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 *internet, wireless y wap.*	Utilizable en un solo lugar.
Disponibilidad	Siempre disponible para cuando se necesite. Todos los que están justificadamente habilitados deben poder acceder a toda la in formación 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 divida 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.
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.	Dificultosa, 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.

8. CONCLUSIÓN

Es necesario, importante y oportuno, crear la Historia Clínica Electrónica Única para facilitarle la vida al ciudadano y el goce efectivo de sus derechos a la salud e información; para que se disminuya la corrupción en Colombia y, para que nuestras empresas y Estado sean más competitivos y eficientes.

La Historia Clínica Electrónica Única brinda acceso inmediato a la información clínica relevante del paciente, lo que contribuye a mejorar la prestación de los servicios de salud; a dar un mejor diagnóstico y tratamiento; a optimizar el uso de recursos; a reducir la duplicidad de exámenes, entre otros.

Con este proyecto el ciudadano dejará de ser un mensajero del estado y no tendrá que seguir andando con su historia clínica debajo del brazo y lograremos un Estado más ágil, simple, eficiente y cercano al ciudadano y **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-Uribe, 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 Rio, 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/csecresalud_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 Medica 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 Medica 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=S1726-46342015000200029
32. Rojas Mezarina, L., Cedamanos 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 Benjamin, Reyes Angela, 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).