



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - N° 323

Bogotá, D. C., miércoles, 8 de mayo de 2019

EDICIÓN DE 44 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

# SENADO DE LA REPÚBLICA

## PONENCIAS

### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 21 DE 2018 SENADO

por medio del cual se modifica la Ley 181 de 1995, la Ley 1445 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 7 de mayo de 2019.

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario

Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

**Referencia: Informe de ponencia para Primer Debate del Proyecto de ley número 21 de 2018 Senado.**

Respetado Secretario.

Atendiendo la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, rendimos informe de ponencia para primer debate del **Proyecto de ley 21 de 2018 Senado**, por medio del cual se modifica la ley 181 de 1995, la ley 1445 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

La presente ponencia se desarrollará en los siguientes términos:

#### 1. Antecedentes legislativos.

- Objeto del Proyecto de ley.
- Justificación del Proyecto de ley.
- Análisis de las disposiciones del Proyecto de ley.
- Pliego de modificaciones al articulado radicado.

5. Proposición.

6. Texto propuesto para primer debate.

Cordialmente,

H.S. LAURA FORTICH SANCHEZ  
COORDINADOR PONENTE

H.S. HONORIO HENRÍQUEZ PINEDO  
PONENTE

H.S. NADYA BLEL SCAFF  
PONENTE

#### 1. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

El presente proyecto de ley fue presentado y radicado en la Secretaría General del Senado de la República por el honorable Senador Armando Benedetti Villaneda, el día veintitrés (23) de julio de 2018, con el número 21 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 543 del mismo año.

El proyecto de ley fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales, por ser de su competencia; la mesa directiva al iniciarse la legislatura 2018-2019 designó como ponentes al honorable Senador *Honorio Miguel Henríquez Pinedo*, a la honorable Senadora *Nadya Georgette Blel Scaff* y como coordinadora y ponente a la honorable Senadora *Laura Ester Fortich Sánchez*, para primer debate.

#### 2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

Mediante el presente proyecto de ley se establecen disposiciones que buscan promover y garantizar el desarrollo del deporte de alto rendimiento en el país.

#### 3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

La idoneidad y conveniencia del proyecto obedece a la necesidad de generar incentivos a

los deportistas de alto rendimiento en especial a los deportistas de bajos recursos económicos, para que persistan en el desarrollo de sus actividades deportivas, y en la representación de la nación en los eventos deportivos de las diversas disciplinas existentes, tales incentivos son: cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y acceso a una vivienda digna, cuando carecen de los recursos económicos mínimos; medidas que garantizan el mantenimiento y la existencia de espacios acordes con los requerimientos necesarios para el desarrollo de las actividades deportivas; flexibilización en los requisitos necesarios para la constitución de clubes que los agremien; y la consagración de un sistema de información

que permita la adopción de políticas públicas acordes con la realidad.

**4. ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES DEL PROYECTO DE LEY**

A continuación se analizarán cada una de las disposiciones del proyecto radicado desde la perspectiva de la necesidad, utilidad e idoneidad de las modificaciones introducidas al ordenamiento jurídico, para cumplir con el objetivo propuesto en la exposición de motivos, relativo a adoptar “(...) *iniciativas dirigidas al fortalecimiento de los deportistas de alto rendimiento debido a que en la actualidad dichos deportistas no cuentan con los recursos necesarios para ser desarrollados por deportistas que no puedan autofinanciarse*”<sup>1</sup>.

TEXTO RADICADO PARA PRIMER DEBATE SENADO	ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES
<p><b>Artículo 1°. Modifíquese el artículo 6° del Decreto-ley 1228 de 1995, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 6°. Requisitos.</b> Sin perjuicio de las formalidades y características que con fundamento en la libertad de asociación pueden adoptar las personas, para los efectos de participación deportiva y vinculación al Sistema Nacional del Deporte, los clubes descritos en los artículos anteriores requerirán para su funcionamiento:  <u>1. Acta de constitución, en la cual se establezca que los Clubes Deportivos estarán conformados por un número mínimo de dos (2) afiliados contribuyentes, con mínimo ocho (8) deportistas afiliados en deportes individuales y en el caso de deportes de conjunto, por el número de deportistas que reglamente cada Federación Deportiva o por un número mínimo de diez (10) deportistas constituyentes y en el caso de deportes de conjunto, de acuerdo con el número que determine cada federación deportiva. Los clubes promotores podrán inscribir cualquier número plural de deportistas en cada deporte o modalidad deportiva que promuevan.</u></p>	<p>Mediante este artículo se modifican los requisitos establecidos para la constitución de los clubes deportivos de deportes individuales, específicamente en lo atinente a las calidades y número de los afiliados, estableciéndose que como mínimo deberán existir diez (10) afiliados, de los cuales por lo menos dos deberán ser afiliados contribuyentes y ocho (8) deberán ser deportistas afiliados. Sin embargo, no se especifica el significado de la expresión “afiliado contribuyente” como tampoco se establece si dicha calidad otorga derechos u obligaciones diferentes a los que corresponden a los “deportistas afiliados”.                      La disposición propuesta no guarda relación directa con el objetivo del proyecto de ley, sino indirecta por cuanto regula los requisitos de constitución de los clubes deportivos a los que podrían afiliarse los deportistas de alto rendimiento, pero, no supone una regulación favorable a los deportistas por cuanto incluye requisitos para la constitución de los clubes deportivos que no se encuentran estipulados en la legislación vigente, y respecto de los cuales no se evidencia su necesidad, utilidad o idoneidad para promover la labor de los deportistas de alto rendimiento en el país.                      Por esta razón, se eliminará la disposición para el trámite de primer debate.</p>
<p><b>Artículo 2°. Adiciónese un párrafo al artículo 6° del Decreto-ley 1228 de 1995, el cual quedará así:</b>  <b>Parágrafo 2°. Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores.</b> Créese el Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores, el cual será de obligatoria implementación debiendo ser reglamentado por Coldeportes, como mecanismo estadístico para formulación de políticas públicas deportivas.</p>	<p>La creación del Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores, supone el establecimiento de una herramienta valiosa para la recolección de datos estadísticos que posibiliten la formulación, adopción, modificación y desarrollo de políticas públicas en pro del deporte de acuerdo con la realidad del sector deportivo en Colombia.                      Pese a que esta disposición no guarda relación directa con el objeto del proyecto de ley, crea un registro con proyección positiva en las políticas públicas que se desarrollen respecto de los deportistas de alto rendimiento.                      Adicionalmente, es necesario incluir dentro del artículo que la implementación del Registro Nacional de Clubes Deportivos será priorizada en la programación del presupuesto de Coldeportes de acuerdo con las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo del Sector, esto con el propósito de reducir el impacto fiscal de la norma.</p>
<p><b>Artículo 3°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 29A. Campeonatos profesionales.</b> <u>Solamente las Federaciones deportivas, directamente o a través de sus divisiones o comisiones especializadas, podrán organizar, desarrollar y publicitar por cualquier medio campeonatos de</u></p>	<p>Esta norma generaría una exclusión o limitación carente de justificación, atinente a que <b>únicamente</b> se encuentren habilitadas las Federaciones Deportivas para organizar, desarrollar y publicitar campeonatos deportivos profesionales.                      Por ese motivo, se considera acertado modificar el articulado en el sentido de establecer que cualquier persona natural o</p>

<sup>1</sup> Exposición de motivos Proyecto de ley número 21 de 2018. *Gaceta del Congreso* número 543 del 24 de julio de 2018. Pág. 14.

TEXTO RADICADO PARA PRIMER DEBATE SENADO	ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES										
<p><u>naturaleza profesional, lo cual será verificado por Coldeportes en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, debiendo ordenar suspender los eventos deportivos y recreativos que contravengan esta prohibición.</u></p>	<p>jurídica podrá organizar, desarrollar y publicitar campeonatos profesionales previa autorización de Coldeportes. En consecuencia, se modificará la disposición en el sentido expuesto.</p>										
<p>Artículo 4°. Modifíquese el artículo 30 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:  <b>Artículo 30. Número mínimo de socios o asociados y capital social.</b> Los clubes con deportistas profesionales organizados como sociedades anónimas, deberán tener como mínimo cinco (5) accionistas.                      El número mínimo de asociados de los clubes con deportistas profesionales organizados como corporaciones o asociaciones deportivas, estará determinado por la suma de los aportes iniciales, de acuerdo con los siguientes rangos:</p> <table border="1" data-bbox="159 762 805 984"> <thead> <tr> <th>Fondo social</th> <th>Número de asociados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De 100 a 1.000 salarios mínimos</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>De 1.001 a 2.000 salarios mínimos</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>De 2.001 a 3.000 salarios mínimos</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>De 3.001 en adelante</td> <td>1.000</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Parágrafo 1°.</b> Los clubes de fútbol con deportistas profesionales organizados como Corporaciones o Asociaciones, deberán tener como mínimo doscientos cincuenta (250) afiliados o aportantes.  <b>Parágrafo 2°.</b> Sin perjuicio del monto del capital autorizado, los clubes con deportistas profesionales de disciplinas diferentes al fútbol, organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.  <b>Parágrafo 3°.</b> Los clubes con deportistas profesionales de fútbol organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.  <b>Parágrafo 4°.</b> El monto mínimo exigido como fondo social o capital suscrito y pagado para los clubes con deportistas profesionales, sin importar su forma de organización, deberá mantenerse durante todo su funcionamiento. La violación de esta prohibición acarreará la suspensión del reconocimiento deportivo. La reincidencia en dicha violación dará lugar a la revocatoria del reconocimiento deportivo. Este parágrafo comenzará a regir seis (6) meses después de su promulgación.</p>	Fondo social	Número de asociados	De 100 a 1.000 salarios mínimos	50	De 1.001 a 2.000 salarios mínimos	250	De 2.001 a 3.000 salarios mínimos	500	De 3.001 en adelante	1.000	<p>Mediante este artículo se reducen los requisitos impuestos en la normativa vigente para la constitución de clubes deportivos, lo que si bien no genera un beneficio directo a los deportistas de alto rendimiento tiene el efecto de reducir los requisitos para constituir clubes deportivos y por lo tanto facilitar el derecho de asociación de los deportistas, incluyendo a los de alto rendimiento.                      En virtud de lo anterior, no se harán modificaciones a la disposición.</p>
Fondo social	Número de asociados										
De 100 a 1.000 salarios mínimos	50										
De 1.001 a 2.000 salarios mínimos	250										
De 2.001 a 3.000 salarios mínimos	500										
De 3.001 en adelante	1.000										
<p>Artículo 5°. Adiciónese un artículo a la Ley 1445 de 2011, el cual quedará así:  <b>Artículo 12A. Incentivo a las empresas.</b> Las empresas del sector privado que destinen un porcentaje de las utilidades del respectivo ejercicio social para el impulso, desarrollo y fomento a deportes del ciclo olímpico y/o paralímpico tendrán un descuento similar en la tarifa general del impuesto de renta aplicable a las personas jurídicas o asimiladas.</p>	<p>En este artículo se establece la concesión de un descuento a las “empresas del sector privado” que será similar al descuento en la tarifa del impuesto de renta aplicable a las “personas jurídicas”, lo cual carece de sentido puesto que la definición legal de empresa contenida en el artículo 25 del Código de Comercio establece que empresa es “toda actividad económica organizada para la producción, transformación, circulación, administración o custodia de bienes, o para la prestación de servicios”, por lo tanto, una “empresa” en sí misma no es un sujeto de derechos y obligaciones en el ordenamiento jurídico colombiano, sino los titulares de dicha actividad bien sean personas naturales o jurídicas.                      De igual forma, si se entendiere por empresas del sector privado a las personas jurídicas comerciales que ejecutan actividades comerciales también carecería de sentido la disposición en atención a que en ella se establece que se aplicaría el descuento actualmente aplicable a las personas jurídicas. Por esta razón, se eliminará la disposición.</p>										
<p>Artículo 6°. Modifíquese el artículo 36 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:  <b>Artículo 36°. Seguridad social y estímulo para la vivienda para deportistas y exdeportistas con ingresos insuficientes.</b> Los deportistas con ingresos que no sean superiores a un sa-</p>	<p>El texto propuesto en la norma resulta regresivo en cuanto a los beneficios otorgados en favor de los exdeportistas que hayan obtenido medallas en campeonatos, por cuanto el texto vigente del artículo 36 de la ley 181 de 1995 establece que los deportistas tendrán derecho a estímulos de seguro de</p>										

<p><b>TEXTO RADICADO PARA PRIMER DEBATE SENADO</b></p>	<p><b>ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES</b></p>
<p><u>lario mínimo mensual vigente y que estén vinculados a club deportivo y/o promotor por más de un (1) año tendrán acceso a la seguridad social en salud.</u>  <u>Los exdeportistas que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Para panamericanos, Juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo olímpico y paralímpico y que tengan ingresos que no sean superiores a un salario mínimo mensual vigente tendrán acceso a la seguridad social en salud.</u>  <u>Los exdeportistas que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Para panamericanos, juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo Olímpico y Paralímpico, que tengan ingresos que no sean superiores a dos salarios mínimos mensuales, una edad superior a 60 años de edad y no tenga vivienda propia o familiar, tendrán prioridad en los programas nacionales, departamentales o municipales que se implementen para la entrega gratuita o con subsidios de vivienda.</u></p>	<p>vida, invalidez, seguridad social y auxilio funerario, siempre y cuando demuestren ingresos laborales inferiores a cinco salarios mínimos mensuales vigentes o ingresos familiares inferiores a diez salarios mínimos, mientras que el texto propuesto en el proyecto de ley limita los beneficios <b>únicamente</b> a seguridad social en salud a aquellos exdeportistas que demuestren ingresos que no sean superiores a un salario mínimo.                  De tal forma que la disposición propuesta resulta inconstitucional por cuanto contraría el principio constitucional de la progresividad en el acceso a la seguridad social establecido en el artículo 48 de la Constitución Política.                  Sin embargo, el establecimiento del acceso prioritario a los programas de vivienda gratuita o subsidiada por parte de los exdeportistas que tengan ingresos que no sean superiores a dos salarios mínimos mensuales, una edad superior a 60 años de edad y no tengan vivienda propia o familiar, es una medida progresiva de protección social que se ajusta al objetivo del presente proyecto de ley.                  De conformidad con lo expuesto, del texto propuesto se conservará únicamente la disposición atinente a los beneficios en acceso a programas de vivienda y se ajustará el término referente a los deportistas que sea inclusivo de los deportistas con y/o en situación de discapacidad.</p>
<p><b>Artículo 7°. Modifíquese el artículo 42 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 42. Las construcciones de instalaciones y escenarios deportivos que se adelanten a partir de la vigencia de la presente ley, deberán incluir facilidades físicas de acceso para niños, personas de la tercera edad y discapacitados en sillas de ruedas.</b>  <u>Será obligación de las entidades territoriales encargadas de la administración de los escenarios deportivos públicos priorizar su préstamo a los organismos deportivos del Sistema Nacional del Deporte, en condiciones que garanticen el desarrollo y fortalecimiento del deporte asociado.</u>  <u>Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán destinar un porcentaje no inferior al 1.5% de su presupuesto anual para el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma.</u>  <u>Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán priorizar el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma, y solo en los eventos en que esto último sea inviable previo un estudio técnico debidamente certificado, se procederá a la construcción de nuevos escenarios.</u>                  Parágrafo. Los establecimientos deportivos que integran el Sistema Nacional del Deporte deberán contar obligatoriamente con medio de accesibilidad, así como instalaciones sanitarias adecuadas, para personas con discapacidades físicas, en un plazo no mayor de cuatro (4) años, so pena de sanciones que reglamente la presente ley.</p>	<p>El artículo propuesto obedece en su integridad al fortalecimiento de la práctica del deporte mediante el establecimiento de medidas que garanticen la efectiva utilización y mantenimiento de los escenarios deportivos ubicados en los entes territoriales, por ende, tiene incidencia en la práctica de los deportes de alto rendimiento.                   Resulta acertado ajustar el texto del primer inciso del artículo 42 en el sentido de cambiar la denominación “discapacitados en sillas de rueda”, por “personas con y/o en situación de discapacidad”, por cuanto el <b>último</b> término resulta más inclusivo y se adecua al ordenamiento jurídico vigente.                  Se harán modificaciones a la disposición en el sentido expuesto.</p>
<p><b>Artículo 8°. Modifíquese el artículo 12 de la Ley 1445 de 2011, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 12°. Publicidad Estatal.</b>  <u>El Gobierno destinará del recurso de publicidad estatal no menos del 10% en la promoción y patrocinio de las actividades del ciclo olímpico y/o paralímpico. Un 10% adicional de la publicidad estatal podrá destinarse a la promoción y patrocinio de actividades deportivas diferentes a las antes indicadas, culturales, recreativas, actividad física y educación física.</u>                  Parágrafo. Coldeportes estará encargado de la <u>vigilancia y control de estos recursos, sin perjuicio de las funciones de las entidades encargadas de supervisar e inspeccionar el cumplimiento de la citada disposición.</u></p>	<p>El artículo propuesto obedece en su integridad al fortalecimiento de la práctica del deporte de alto rendimiento, en la medida que establece parámetros de reparto para el mínimo de publicidad estatal que debe destinarse a la promoción y patrocinio de las actividades deportivas, culturales, recreativas, actividad física y educación física.                  Por lo expuesto, no se harán modificaciones al articulado.</p>
<p><b>Artículo 9°. Modifíquese el artículo 75 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 75.</b> El Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes), como organismo del orden nacional, contará:</p>	<p>La modificación introducida por el artículo propuesto en el proyecto de ley al artículo 75 de la ley 181 de 1995, se cierne en el sentido de establecer que se destinará de manera obligatoria un quince por ciento (15%) del presupuesto anual de</p>

TEXTO RADICADO PARA PRIMER DEBATE SENADO	ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES
<p>1. Las partidas que como aporte ordinario se incluyan anualmente en el Presupuesto General de la Nación.</p> <p>2. El producto de las rentas que adquiera en el futuro, por razón de la prestación de servicios o cualquier otro concepto, de acuerdo con su finalidad, y Las demás que se decreten a su favor.</p> <p>Los entes deportivos departamentales, contarán para su ejecución con:</p> <p>1. Los recursos que constituyan donaciones para el deporte, las cuales serán deducibles de la renta líquida, en los términos de los artículos 125 y siguientes del Estatuto Tributario.</p> <p>2. Las rentas que creen las Asambleas Departamentales con destino al deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre.</p> <p>3. Los recursos que el Instituto Colombiano del Deporte asigne, de acuerdo con los planes y programas de estímulo y fomento del sector deportivo y las políticas del Gobierno nacional.</p> <p>4. El impuesto a los cigarrillos nacionales y extranjeros de que trata el artículo 78 de la presente ley.</p> <p>5. Las demás que se decreten a su favor.</p> <p>Los entes deportivos municipales o distritales, contarán para su ejecución con:</p> <p>Los recursos que asignen los Concejos Municipales o Distritales en cumplimiento de la Ley 19 de 1991, por la cual se crea el Fondo Municipal de Fomento y Desarrollo del Deporte.</p> <p>1. Los recursos que constituyan donaciones para el deporte, las cuales serán deducibles de la renta líquida en los términos de los artículos 125 y siguientes del Estatuto Tributario.</p> <p>2. Las rentas que creen los Concejos Municipales o Distritales con destino al deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre.</p> <p>3. Los recursos, que, de conformidad con el artículo 22 de la Ley 60 de 1993, correspondan al deporte, la recreación y al aprovechamiento del tiempo libre por asignación de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación.</p> <p>4. Los recursos que el Instituto Colombiano del Deporte asigne, de acuerdo con los planes y programas de estímulo y fomento del sector deportivo y las políticas del Gobierno nacional.</p> <p>5. Las demás que se decreten a su favor.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> Los recursos del Impuesto al Valor Agregado (IVA), a que se refiere el presente artículo, serán distribuidos así:</p> <p>1. 40% para el Instituto Colombiano para la Juventud y el Deporte (Coldeportes).</p> <p>2. 20% para los entes deportivos Departamentales y Distritales.</p> <p>3. 40% para los entes deportivos municipales.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> El Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes), asignará los recursos del IVA, según los criterios establecidos en la Ley 60 de 1993, de modo que para los departamentos se aplique la fórmula contenida en el artículo 11, y para los municipios o distritos se aplique la fórmula contenida en el artículo 24 de la citada ley.</p> <p><b>Parágrafo 3°.</b> Las apropiaciones presupuestales conducentes a compensarle a Coldeportes el impuesto establecido por la Ley 30 de 1971 y eliminado por el artículo 15 del Decreto número 1280 de 1994, solo se harán por las vigencias de 1995, 1996 y 1997. A partir de 1998 se restablece el impuesto de la ley citada conforme a lo previsto en el artículo 78 de la presente ley.</p> <p><b>Parágrafo 4°.</b> El giro de los recursos del Impuesto al Valor Agregado (IVA), lo hará el Ministerio de Hacienda a Coldeportes por bimestres vencidos, dentro de los primeros quince (15) días calendario del mes siguiente al bimestre correspondiente. Coldeportes los girará a los entes territoriales dentro de los quince (15) días siguientes a su recibo.</p>	<p>Coldeportes para el desarrollo de proyectos de alto rendimiento que coordinan y dirigen las Federaciones Deportivas, lo cual si bien obedece en su integridad al fortalecimiento de la práctica del deporte de alto rendimiento, en la medida que establece una destinación mínima a los proyectos de alto rendimiento deportivo desarrollados en el país, no es viable financieramente de acuerdo con lo establecido por Coldeportes en el Concepto frente al Proyecto de Ley 21 de 2018 Radicado No. 11753 del 2 de mayo de 2019 dirigido a la Comisión Séptima del Senado de la República.</p> <p>En concepto de Coldeportes, la modificación propuesta "(...) no es viable teniendo en cuenta el comportamiento del presupuesto el cual disminuye cuando no hay eventos del Ciclo Olímpico. Lo anterior, sin olvidar que es necesario, antes de emitir el aval, contar con un estudio presupuestal y financiero detallado".</p> <p>Por lo expuesto se eliminará el artículo propuesto.</p>

TEXTO RADICADO PARA PRIMER DEBATE SENADO	ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES
<p><b>Parágrafo 5°.</b> Incurrirán en causal de mala conducta los funcionarios que retarden u obstaculicen las transferencias o giros o que transfieran un mayor o menor valor de los recursos que correspondan a las entidades territoriales según lo previsto en esta ley. Las sanciones disciplinarias correspondientes se aplicarán sin perjuicio de las demás sanciones previstas en la ley penal.</p> <p><b>Parágrafo 6°.</b> <u>Coldeportes deberá destinar de manera obligatoria un quince por ciento (15%) de su presupuesto anual para proyectos de alto rendimiento que coordinan y dirigen las federaciones deportivas, previa presentación de proyectos de viabilidad técnica reconocida.</u></p>	
<p><b>Artículo 9°.</b> Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así: <u>Artículo nuevo. Apoyo al deporte colombiano. Créese el sello de acreditación Apoyo el deporte colombiano, el cual será reglamentado por Coldeportes como un estímulo a las entidades públicas y/o privadas que apoyan el deporte colombiano.</u></p>	<p>El artículo propuesto obedece en su integridad al fortalecimiento de la práctica del deporte mediante el establecimiento de un reconocimiento a las entidades públicas y privadas que apoyen al deporte colombiano. Por ello, no se harán modificaciones a la disposición.</p> <p>Se incluirá el artículo propuesto como artículo 6A de la Ley 181 de 1995, teniendo en cuenta que en el artículo 6° de la referida ley establece que “<i>Es función obligatoria de todas las instituciones públicas y privadas de carácter social, patrocinar, promover, ejecutar, dirigir y controlar actividades de recreación, para lo cual elaborarán programas de desarrollo y estímulo de esta actividad, de conformidad con el Plan Nacional de Recreación</i>”, por tanto se encuentra conexión temática con el artículo 6°.</p>
<p><b>Artículo 10.</b> Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así:</p> <p><b>Artículo Nuevo.</b> <u>Sede de los Juegos Deportivos Nacionales y Paranacionales. La sede de los Juegos Deportivos Nacionales y Paranacionales solamente podrán efectuarse en un departamento y/o en el Distrito Capital, para lo cual Coldeportes tendrá en cuenta que las solicitudes sean satisfactorias en ese sentido.</u></p>	<p>La limitación establecida en el artículo propuesto no obedece al fortalecimiento de la práctica del deporte de alto rendimiento, sino únicamente a una limitación respecto de los entes territoriales que podrán ser sede para la celebración de los Juegos Deportivos Nacionales y Paranacionales, imposibilitando que se produzcan Juegos Deportivos Nacionales y Paranacionales organizados por dos (2) o más Departamentos en forma conjunta, lo que conduce al desconocimiento de realidades de colaboración e integración cultural entre diversos departamentos del territorio nacional.</p> <p>En razón de lo expuesto se eliminará la disposición.</p>
<p><b>Artículo 11.</b> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>No se harán modificaciones a esta disposición.</p>

**5. PLIEGO DE MODIFICACIONES AL ARTICULADO RADICADO**

A continuación se hará una relación comparativa entre el texto radicado del proyecto de ley y el texto propuesto para primer debate, teniendo en cuenta las observaciones realizadas en el cuadro anterior.

TEXTO RADICADO DEL PROYECTO DE LEY	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
<p><b>Artículo 1°.</b> <u>Modifíquese el artículo 6° del Decreto-ley 1228 de 1995, el cual quedará así:</u></p> <p><b>Artículo 6°.</b> <u>Requisitos.</u> Sin perjuicio de las formalidades y características que con fundamento en la libertad de asociación pueden adoptar las personas, para los efectos de participación deportiva y vinculación al Sistema Nacional del Deporte, los clubes descritos en los artículos anteriores requerirán para su funcionamiento:</p> <p><u>1. Acta de constitución, en la cual se establezca que los clubes deportivos estarán conformados por un número mínimo de dos (2) afiliados contribuyentes, con mínimo ocho (8) deportistas afiliados en deportes individuales y en el caso de deportes de conjunto, por el número de deportistas que reglamente cada federación deportiva o por un número mínimo de diez (10) deportistas constituyentes y en el caso de deportes de conjunto, de acuerdo con el número que determine cada federación deportiva. Los clubes promotores podrán inscribir cualquier número plural de deportistas en cada deporte o modalidad deportiva que promuevan.</u></p>	<p><b>Artículo 1°.</b> <i>Objeto.</i> Mediante la presente ley se introducen modificaciones a disposiciones normativas vigentes con el fin de promover y garantizar el desarrollo del deporte de alto rendimiento en el país.</p>

TEXTO RADICADO DEL PROYECTO DE LEY	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE																				
<p><b>Artículo 2°.</b> Adiciónese un párrafo al artículo 6° del Decreto-ley 1228 de 1995, el cual quedará así:  <b>Parágrafo 2°.</b> <u>Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores.</u> Créese el Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores, el cual será de obligatoria implementación debiendo ser reglamentado por Coldeportes, como mecanismo estadístico para formulación de políticas públicas deportivas.</p>	<p><b>Artículo 2°.</b> Adiciónese un párrafo al artículo 6° del Decreto-ley 1228 de 1995, el cual quedará así:                  Parágrafo 2°. <u>Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores.</u> Créese el Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores, el cual será de obligatoria implementación debiendo ser reglamentado por Coldeportes, como mecanismo estadístico para formulación de políticas públicas deportivas. <b>La implementación de este registro será priorizada en la programación del presupuesto de Coldeportes de conformidad con las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo del Sector.</b></p>																				
<p><b>Artículo 3°.</b> Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así:  <b>Artículo 29A. Campeonatos profesionales.</b> <u>Solamente las federaciones deportivas, directamente o a través de sus divisiones o comisiones especializadas, podrán organizar, desarrollar y publicitar por cualquier medio campeonatos de naturaleza profesional, lo cual será verificado por Coldeportes en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, debiendo ordenar suspender los eventos deportivos y recreativos que contravengan esta prohibición.</u></p>	<p><b>Artículo 3°.</b> Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así:  <b>Artículo 29A. Campeonatos profesionales.</b> <b>Cualquier persona natural o jurídica</b> podrá organizar, desarrollar y publicitar, por cualquier medio, campeonatos de naturaleza profesional. La organización y desarrollo de campeonatos profesionales requiere la aprobación previa de Coldeportes, la cual en ejercicio de sus funciones administrativas podrá ordenar la suspensión de los eventos deportivos profesionales que carezcan de autorización.</p>																				
<p><b>Artículo 4°.</b> Modifíquese el artículo 30 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:  <b>Artículo 30. Número mínimo de socios o asociados y capital social.</b> Los clubes con deportistas profesionales organizados como sociedades anónimas, deberán tener como mínimo cinco (5) accionistas.                  El número mínimo de asociados de los clubes con deportistas profesionales organizados como corporaciones o asociaciones deportivas, estará determinado por la suma de los aportes iniciales, de acuerdo con los siguientes rangos:</p>	<p><b>Artículo 4°.</b> <b>Modifíquese el artículo 30 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 30. Número mínimo de socios o asociados y capital social.</b> Los clubes con deportistas profesionales organizados como sociedades anónimas, deberán tener como mínimo cinco (5) accionistas.                  El número mínimo de asociados de los clubes con deportistas profesionales organizados como corporaciones o asociaciones deportivas, estará determinado por la suma de los aportes iniciales, de acuerdo con los siguientes rangos:</p>																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fondo social</th> <th>Número de asociados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De 100 a 1.000 salarios mínimos</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>De 1.001 a 2.000 salarios mínimos</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>De 2.001 a 3.000 salarios mínimos</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>De 3.001 en adelante</td> <td>1.000</td> </tr> </tbody> </table>	Fondo social	Número de asociados	De 100 a 1.000 salarios mínimos	50	De 1.001 a 2.000 salarios mínimos	250	De 2.001 a 3.000 salarios mínimos	500	De 3.001 en adelante	1.000	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fondo social</th> <th>Número de asociados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De 100 a 1.000 salarios mínimos</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>De 1.001 a 2.000 salarios mínimos</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>De 2.001 a 3.000 salarios mínimos</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>De 3.001 en adelante</td> <td>1.000</td> </tr> </tbody> </table>	Fondo social	Número de asociados	De 100 a 1.000 salarios mínimos	50	De 1.001 a 2.000 salarios mínimos	250	De 2.001 a 3.000 salarios mínimos	500	De 3.001 en adelante	1.000
Fondo social	Número de asociados																				
De 100 a 1.000 salarios mínimos	50																				
De 1.001 a 2.000 salarios mínimos	250																				
De 2.001 a 3.000 salarios mínimos	500																				
De 3.001 en adelante	1.000																				
Fondo social	Número de asociados																				
De 100 a 1.000 salarios mínimos	50																				
De 1.001 a 2.000 salarios mínimos	250																				
De 2.001 a 3.000 salarios mínimos	500																				
De 3.001 en adelante	1.000																				
<p><b>Parágrafo 1°.</b> <u>Los clubes de fútbol con deportistas profesionales organizados como Corporaciones o Asociaciones, deberán tener como mínimo doscientos cincuenta (250) afiliados o aportantes.</u>  <b>Parágrafo 2°.</b> Sin perjuicio del monto del capital autorizado, los clubes con deportistas profesionales de disciplinas diferentes al fútbol, organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.  <b>Parágrafo 3°.</b> Los clubes con deportistas profesionales de fútbol organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.  <b>Parágrafo 4°.</b> El monto mínimo exigido como fondo social o capital suscrito y pagado para los clubes con deportistas profesionales, sin importar su forma de organización, deberá mantenerse durante todo su funcionamiento. La violación de esta prohibición acarreará la suspensión del reconocimiento deportivo. La reincidencia en dicha violación dará lugar a la revocatoria del reconocimiento deportivo. Este párrafo comenzará a regir seis (6) meses después de su promulgación.</p>	<p><b>Parágrafo 1°.</b> Los clubes de fútbol con deportistas profesionales organizados como Corporaciones o Asociaciones, deberán tener como mínimo doscientos cincuenta (250) afiliados o aportantes.  <b>Parágrafo 2°.</b> Sin perjuicio del monto del capital autorizado, los clubes con deportistas profesionales de disciplinas diferentes al fútbol, organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.  <b>Parágrafo 3°.</b> Los clubes con deportistas profesionales de fútbol organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.  <b>Parágrafo 4°.</b> El monto mínimo exigido como fondo social o capital suscrito y pagado para los clubes con deportistas profesionales, sin importar su forma de organización, deberá mantenerse durante todo su funcionamiento. La violación de esta prohibición acarreará la suspensión del reconocimiento deportivo. La reincidencia en dicha violación dará lugar a la revocatoria del reconocimiento deportivo. Este párrafo comenzará a regir seis (6) meses después de su promulgación.</p>																				
<p><b>Artículo 5°.</b> Adiciónese un artículo a la Ley 1445 de 2011, el cual quedará así:  <b>Artículo 12A. Incentivo a las empresas.</b> <u>Las empresas del sector privado que destinen un porcentaje de las utilidades del respectivo ejercicio social para el impulso, desarrollo y fomento a deportes del ciclo olímpico y/o paralímpico tendrán un descuento similar en la tarifa general del impuesto de renta aplicable a las personas jurídicas o asimiladas.</u></p>	<p>ELIMINADO.</p>																				

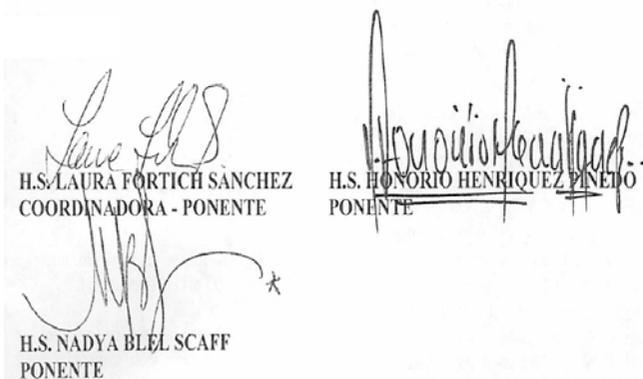
TEXTO RADICADO DEL PROYECTO DE LEY	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
<p><b>Artículo 6°.</b> Modifíquese el artículo 36 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:  <b>Artículo 36°.</b> <i>Seguridad social y estímulo para la vivienda para deportistas y exdeportistas con ingresos insuficientes.</i> Los deportistas con ingresos que no sean superiores a un salario mínimo mensual vigente y que estén vinculados a club deportivo y/o promotor por más de un (1) año tendrán acceso a la seguridad social en salud.  <u>Los exdeportistas que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Parapanamericanos, Juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo olímpico y paralímpico y que tengan ingresos que no sean superiores a un salario mínimo mensual vigente tendrán acceso a la seguridad social en salud.</u>  <u>Los exdeportistas que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Parapanamericanos, juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo Olímpico y Paralímpico, que tengan ingresos que no sean superiores a dos salarios mínimos mensuales, una edad superior a 60 años de edad y no tengan vivienda propia o familiar, tendrán prioridad en los programas nacionales, departamentales o municipales que se implementen para la entrega gratuita o con subsidios de vivienda.</u></p>	<p><b>Artículo 5°.</b> Modifíquese el artículo 36 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:  <b>Artículo 36.</b> Seguridad social y estímulos para deportistas y exdeportistas con ingresos insuficientes. <b>Los deportistas colombianos que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Parapanamericanos, Juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo olímpico y paralímpico,</b> tendrán derecho a los siguientes estímulos:                      1°. Seguro de vida, invalidez.                      2°. Seguridad social en salud.                      3°. Auxilio funerario.                      Estos estímulos se harán efectivos a partir del reconocimiento obtenido por el deportista y durante el término que se mantenga como titular del mismo. Para acceder a ellos, el titular deberá demostrar ingresos laborales inferiores a cinco (5) salarios mínimos legales vigentes o ingresos familiares inferiores a diez (10) salarios mínimos legales vigentes.                      Parágrafo 1°. La cuantía de estos estímulos será definida y reglamentada por la Junta Directiva del Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes) y su reconocimiento o pago se hará con cargo al presupuesto del mismo Instituto.  <b>Parágrafo 2°. Los deportistas y/o exdeportistas colombianos que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Parapanamericanos, juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo Olímpico y Paralímpico, que tengan ingresos que no sean superiores a dos salarios mínimos mensuales, una edad superior a 60 años de edad y no tengan vivienda propia o familiar, tendrán prioridad en los programas nacionales, departamentales o municipales que se implementen para la entrega gratuita o con subsidios de vivienda. De conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio sobre la materia.</b></p>
<p><b>Artículo 7°.</b> Modifíquese el artículo 42 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:  <b>Artículo 42.</b> Las construcciones de instalaciones y escenarios deportivos que se adelanten a partir de la vigencia de la presente ley, deberán incluir facilidades físicas de acceso para niños personas de la tercera edad y discapacitados en sillas de ruedas.  <u>Será obligación de las entidades territoriales encargados de la administración de los escenarios deportivos públicos priorizar su préstamo a los organismos deportivos del Sistema Nacional del Deporte, en condiciones que garanticen el desarrollo y fortalecimiento del deporte asociado.</u>  <u>Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán destinar un porcentaje no inferior al 1.5% de su presupuesto anual para el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma.</u>  <u>Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán priorizar el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma, y solo en los eventos en que esto último sea inviable previo un estudio técnico debidamente certificado, se procederá a la construcción de nuevos escenarios.</u>                      Parágrafo. Los establecimientos deportivos que integran el Sistema Nacional del Deporte deberán contar obligatoriamente con medio de accesibilidad, así como instalaciones sanitarias adecuadas, para personas con discapacidades físicas, en un plazo no mayor de cuatro (4) años, so pena de sanciones que reglamente la presente ley.</p>	<p><b>Artículo 6°.</b> Modifíquese el artículo 42 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:  <b>Artículo 42.</b> Las construcciones de instalaciones y escenarios deportivos que se adelanten a partir de la vigencia de la presente ley, deberán incluir facilidades físicas de acceso para niños, personas de la tercera edad y <b>personas con y/o en situación de discapacidad.</b>                      Será obligación de las entidades territoriales encargados de la administración de los escenarios deportivos públicos priorizar su préstamo a los organismos deportivos del Sistema Nacional del Deporte, en condiciones que garanticen el desarrollo y fortalecimiento del deporte asociado.                      Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán destinar un porcentaje no inferior al 1.5% de su presupuesto anual para el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma.                      Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán priorizar el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma, y solo en los eventos en que esto último sea inviable previo un estudio técnico debidamente certificado, se procederá a la construcción de nuevos escenarios.                      Parágrafo. Los establecimientos deportivos que integran el Sistema Nacional del Deporte deberán contar obligatoriamente con medio de accesibilidad, así como instalaciones sanitarias adecuadas, para personas con discapacidades físicas, en un plazo no mayor de cuatro (4) años, so pena de sanciones que reglamente la presente ley.</p>
<p><b>Artículo 8°.</b> Modifíquese el artículo 12 de la Ley 1445 de 2011, el cual quedará así:  <b>Artículo 12. Publicidad Estatal.</b>  <u>El Gobierno destinará del recurso de publicidad estatal no menos del 10% en la promoción y patrocinio de las actividades del ciclo olímpico y/o paralímpico. Un 10% adicional de la</u></p>	<p><b>Artículo 7°.</b> <b>Modifíquese el artículo 12 de la Ley 1445 de 2011, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 12. Publicidad Estatal.</b>                      El Gobierno destinará del recurso de publicidad estatal no menos del 10% en la promoción y patrocinio de las actividades del ciclo olímpico y/o paralímpico. Un 10% adicional</p>

TEXTO RADICADO DEL PROYECTO DE LEY	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
<p>publicidad estatal podrá destinarse a la promoción y patrocinio de actividades deportivas diferentes a las antes indicadas, culturales, recreativas, actividad física y educación física.  <u>Parágrafo. Coldeportes estará encargado de la vigilancia y control de estos recursos, sin perjuicio de las funciones de las entidades encargadas de supervisar e inspeccionar el cumplimiento de la citada disposición.</u></p>	<p>de la publicidad estatal podrá destinarse a la promoción y patrocinio de actividades deportivas diferentes a las antes indicadas, culturales, recreativas, actividad física y educación física.  Parágrafo. Coldeportes estará encargado de la vigilancia y control de estos recursos, sin perjuicio de las funciones de las entidades encargadas de supervisar e inspeccionar el cumplimiento de la citada disposición.</p>
<p><b>Artículo 9º. Modifíquese el artículo 75 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 75.</b> El Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes), como organismo del orden nacional, contará:  1. Las partidas que como aporte ordinario se incluyan anualmente en el Presupuesto General de la Nación.  2. El producto de las rentas que adquiera en el futuro, por razón de la prestación de servicios o cualquier otro concepto, de acuerdo con su finalidad, y  3. Las demás que se decreten a su favor.  Los entes deportivos departamentales, contarán para su ejecución con:  1. Los recursos que constituyan donaciones para el deporte, las cuales serán deducibles de la renta líquida, en los términos de los artículos 125 y siguientes del Estatuto Tributario.  2. Las rentas que creen las Asambleas Departamentales con destino al deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre.  3. Los recursos que el Instituto Colombiano del Deporte asigne, de acuerdo con los planes y programas de estímulo y fomento del sector deportivo y las políticas del Gobierno nacional.  4. El impuesto a los cigarrillos nacionales y extranjeros de que trata el artículo 78 de la presente ley.  5. Las demás que se decreten a su favor.  Los entes deportivos municipales o distritales, contarán para su ejecución con:  1. Los recursos que asignen los Concejos Municipales o Distritales en cumplimiento de la Ley 19 de 1991, por la cual se crea el Fondo Municipal de Fomento y Desarrollo del Deporte.  Los recursos que constituyan donaciones para el deporte, las cuales serán deducibles de la renta líquida en los términos de los artículos 125 y siguientes del Estatuto Tributario.  2. Las rentas que creen los Concejos Municipales o Distritales con destino al deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre.  3. Los recursos, que de conformidad con el artículo 22 de la Ley 60 de 1993, correspondan al deporte, la recreación y al aprovechamiento del tiempo libre por asignación de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación.  4. Los recursos que el Instituto Colombiano del Deporte asigne, de acuerdo con los planes y programas de estímulo y fomento del sector deportivo y las políticas del Gobierno nacional.  5. Las demás que se decreten a su favor.  <b>Parágrafo 1º.</b> Los recursos del Impuesto al Valor Agregado (IVA), a que se refiere el presente artículo, serán distribuidos así:  1. 40% para el Instituto Colombiano para la Juventud y el Deporte (Coldeportes).  2. 20% para los entes deportivos Departamentales y Distritales.  3. 40% para los entes deportivos municipales.  <b>Parágrafo 2º.</b> El Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes), asignará los recursos del IVA, según los criterios establecidos en la Ley 60 de 1993, de modo que para los departamentos se aplique la fórmula contenida en el artículo 11, y para los municipios o distritos se aplique la fórmula contenida en el artículo 24 de la citada ley.</p>	<p>ELIMINADO</p>

TEXTO RADICADO DEL PROYECTO DE LEY	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
<p><b>Parágrafo 3°.</b> Las apropiaciones presupuestales conducentes a compensarle a Coldeportes el impuesto establecido por la Ley 30 de 1971 y eliminado por el artículo 15 del Decreto número 1280 de 1994, solo se harán por las vigencias de 1995, 1996 y 1997. A partir de 1998 se restablece el impuesto de la ley citada conforme a lo previsto en el artículo 78 de la presente ley.</p> <p><b>Parágrafo 4°.</b> El giro de los recursos del Impuesto al Valor Agregado (IVA), lo hará el Ministerio de Hacienda a Coldeportes por bimestres vencidos, dentro de los primeros quince (15) días calendario del mes siguiente al bimestre correspondiente. Coldeportes los girará a los entes territoriales dentro de los quince (15) días siguientes a su recibo.</p> <p><b>Parágrafo 5°.</b> Incurrirán en causal de mala conducta los funcionarios que retarden u obstaculicen las transferencias o giros o que transfieran un mayor o menor valor de los recursos que correspondan a las entidades territoriales según lo previsto en esta ley. Las sanciones disciplinarias correspondientes se aplicarán sin perjuicio de las demás sanciones previstas en la ley penal.</p> <p><b>Parágrafo 6°.</b> <u>Coldeportes deberá destinar de manera obligatoria un quince por ciento (15%) de su presupuesto anual para proyectos de alto rendimiento que coordinan y dirigen las Federaciones Deportivas, previa presentación de proyectos de viabilidad técnica reconocida.</u></p>	
<p><b>Artículo 9°.</b> Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así:</p> <p><b>Artículo nuevo.</b> <u>Apoyo al deporte colombiano. Créese el sello de acreditación Apoyo el deporte colombiano, el cual será reglamentado por Coldeportes como un estímulo a las entidades públicas y/o privadas que apoyan el deporte colombiano.</u></p>	<p><b>Artículo 8°.</b> Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 6A. Apoyo al deporte colombiano. Créese el sello de acreditación <i>Apoyo el deporte colombiano</i>, el cual será reglamentado por Coldeportes como un estímulo a las entidades públicas y/o privadas que apoyan el deporte colombiano.</p>
<p><b>Artículo 10°.</b> Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995 el cual quedará así:</p> <p><b>Artículo Nuevo.</b> <u>Sede de los Juegos Deportivos Nacionales y Paranales. La sede de los Juegos Deportivos Nacionales y Paranales solamente podrán efectuarse en un departamento y/o en el Distrito Capital, para lo cual Coldeportes tendrá en cuenta que las solicitudes sean satisfactorias en ese sentido.</u></p>	<p>ELIMINADO.</p>
<p><b>Artículo 11.</b> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p><b>Artículo 9°.</b> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>

**PROPOSICIÓN.**

Con fundamento en las anteriores consideraciones, haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992 y habida cuenta de la necesidad y conveniencia de la presente iniciativa, solicito a los Honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado de la República, debatir y aprobar en primer debate el **Proyecto de ley número 21 de 2018 de Senado** “por medio de la cual se modifica la Ley 181 de 1995, la Ley 1445 de 2011 y se dictan otras disposiciones”.



H.S. LAURA FORTICH SANCHEZ  
COORDINADORA - PONENTE

H.S. HONORIO HENRIQUEZ PINETO  
PONENTE

H.S. NADYA BLEL SCAFF  
PONENTE

**7. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE.**

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 21 DE 2018 SENADO**

*por medio de la cual se modifica la Ley 181 de 1995, la Ley 1445 de 2011 y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

**Artículo 1°.** *Objeto.* Mediante la presente ley se introducen modificaciones a disposiciones normativas vigentes, con el fin de promover y garantizar el desarrollo del deporte de alto rendimiento en el país.

**Artículo 2°.** Adiciónese un parágrafo al artículo 6° del Decreto ley 1228 de 1995, el cual quedará así:

**Parágrafo 2°.** *Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores.* Créese el Registro Nacional de Clubes Deportivos y/o Promotores,

el cual será de obligatoria implementación debiendo ser reglamentado por Coldeportes, como mecanismo estadístico para formulación de políticas públicas deportivas. La implementación de este Registro será priorizada en la programación del presupuesto de Coldeportes de conformidad con las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo del Sector.

**Artículo 3°.** Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

**Artículo 29A. Campeonatos Profesionales.** Cualquier persona natural o jurídica podrá organizar, desarrollar y publicitar por cualquier medio campeonatos de naturaleza profesional. La organización y desarrollo de campeonatos profesionales requiere la aprobación previa de Coldeportes, la cual en ejercicio de sus funciones administrativas podrá ordenar la suspensión de los eventos deportivos profesionales que carezcan de autorización.

**Artículo 4°.** Modifíquese el artículo 30 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

**Artículo 30. Número mínimo de socios o asociados y capital social.** Los clubes con deportistas profesionales organizados como sociedades anónimas deberán tener como mínimo cinco (5) accionistas.

El número mínimo de asociados de los clubes con deportistas profesionales organizados como corporaciones o asociaciones deportivas estará determinado por la suma de los aportes iniciales, de acuerdo con los siguientes rangos:

Fondo social	Número de asociados
De 100 a 1.000 salarios mínimos	50
De 1.001 a 2.000 salarios mínimos	250
De 2.001 a 3.000 salarios mínimos	500
De 3.001 en adelante	1.000

**Parágrafo 1°.** Los clubes de fútbol con deportistas profesionales organizados como Corporaciones o Asociaciones deberán tener como mínimo doscientos cincuenta (250) afiliados o aportantes.

**Parágrafo 2°.** Sin perjuicio del monto del capital autorizado, los clubes con deportistas profesionales de disciplinas diferentes al fútbol, organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**Parágrafo 3°.** Los clubes con deportistas profesionales de fútbol organizados como Sociedades Anónimas, en ningún caso podrán tener un capital suscrito y pagado a la fecha de la constitución o de la conversión inferior a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**Parágrafo 4°.** El monto mínimo exigido como fondo social o capital suscrito y pagado para los clubes con deportistas profesionales, sin importar su forma de organización, deberá mantenerse

durante todo su funcionamiento. La violación de esta prohibición acarreará la suspensión del reconocimiento deportivo. La reincidencia en dicha violación dará lugar a la revocatoria del reconocimiento deportivo. Este parágrafo comenzará a regir seis (6) meses después de su promulgación.

**Artículo 5°.** Modifíquese el artículo 36 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

**Artículo 36. Seguridad social y estímulos para deportistas y ex deportistas con ingresos insuficientes.** Los deportistas colombianos que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Para-panamericanos, Juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo olímpico y paralímpico, tendrán derecho a los siguientes estímulos:

- 1°. Seguro de vida, invalidez.
- 2°. Seguridad social en salud.
- 3°. Auxilio funerario.

Estos estímulos se harán efectivos a partir del reconocimiento obtenido por el deportista y durante el término que se mantenga como titular del mismo. Para acceder a ellos, el titular deberá demostrar ingresos laborales inferiores a cinco (5) salarios mínimos legales vigentes o ingresos familiares inferiores a diez (10) salarios mínimos legales vigentes.

**Parágrafo 1°.** La cuantía de estos estímulos será definida y reglamentada por la Junta Directiva del Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes) y su reconocimiento o pago se hará con cargo al presupuesto del mismo Instituto.

**Parágrafo 2°.** Los deportistas y/o ex deportistas colombianos que hayan obtenido medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Juegos Mundiales, Panamericanos y/o Para-panamericanos, juegos Sordo-Olímpicos y/o eventos del ciclo Olímpico y Paralímpico, que tengan ingresos que no sean superiores a dos salarios mínimos mensuales, una edad superior a 60 años de edad y no tenga vivienda propia o familiar, tendrán prioridad en los programas nacionales, departamentales o municipales que se implementen para la entrega gratuita o con subsidios de vivienda. De conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio sobre la materia.

**Artículo 6°.** Modifíquese el artículo 42 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

**Artículo 42.** Las construcciones de instalaciones y escenarios deportivos que se adelanten a partir de la vigencia de la presente ley, deberán incluir facilidades físicas de acceso para niños, personas de la tercera edad y discapacitados en sillas de ruedas.

Será obligación de las entidades territoriales encargados de la administración de los escenarios deportivos públicos priorizar su préstamo a los

*organismos deportivos del Sistema Nacional del Deporte, en condiciones que garanticen el desarrollo y fortalecimiento del deporte asociado.*

*Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán destinar un porcentaje no inferior al 1.5% de su presupuesto anual para el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma.*

*Las entidades territoriales que tengan a su cargo infraestructura deportiva y/o recreativa deberán priorizar el mantenimiento, adecuación o rehabilitación de la misma, y solo en los eventos en que esto último sea inviable previo un estudio técnico debidamente certificado, se procederá a la construcción de nuevos escenarios.*

*Parágrafo. Los establecimientos deportivos que integran el Sistema Nacional del Deporte deberán contar obligatoriamente con medio de accesibilidad, así como instalaciones sanitarias adecuadas, para personas con discapacidades físicas, en un plazo no mayor de cuatro (4) años, so pena de sanciones que reglamente la presente ley.*

**Artículo 7°.** Modifíquese el artículo 12 de la Ley 1445 de 2011, el cual quedará así:

**Artículo 12°.** *Publicidad Estatal.* El Gobierno destinará del recurso de publicidad estatal no menos del 10% en la promoción y patrocinio de las actividades del ciclo olímpico y/o paralímpico. Un 10% adicional de la publicidad estatal podrá destinarse a la promoción y patrocinio de actividades deportivas diferentes a las antes indicadas, culturales, recreativas, actividad física y educación física.

*Parágrafo. Coldeportes estará encargado de la vigilancia y control de estos recursos, sin perjuicio de las funciones de las entidades encargadas de supervisar e inspeccionar el cumplimiento de la citada disposición.*

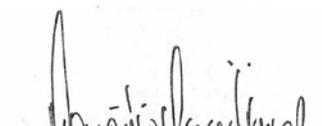
**Artículo 8°.** Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

**Artículo 6°A.** *Apoyo al deporte colombiano.* Créese el sello de acreditación Apoyo el deporte colombiano, el cual será reglamentado por Coldeportes como un estímulo a las entidades públicas y/o privadas que apoyan el deporte colombiano.

**Artículo 9°.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

  
H.S. LAURA FORTICH SANCHEZ  
COORDINADORA - PONENTE

  
H.S. HONORIO ENRIQUEZ PINEDO  
PONENTE

  
H.S. NADYA BLEL SCAFF  
PONENTE

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA.

Bogotá, D. C., a los ocho (08) días del mes de mayo del año dos mil dieciocho (2018)

En la presente fecha se autoriza **la publicación, en Gaceta del Congreso de la República**, del siguiente Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto Propuesto para Primer Debate.

**Número del proyecto de ley:** número 21 de 2018 Senado.

**Título del Proyecto:** “por medio de la cual se modifica la Ley 181 de 1995, la Ley 1445 de 2011 y se dictan otras disposiciones”.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,

  
JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
Secretario - Comisión Séptima

\*\*\*

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 171 DE 2018 SENADO, 060 DE 2017 CÁMARA.**

*“por medio del cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones”.*

Bogotá D.C., 7 de mayo de 2019.

Honorable Secretario

**Jesús María España Vergara**

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República de Colombia

Ciudad

**Asunto: Informe de ponencia para Primer Debate al Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara,** “por medio del cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones”.

Respetado Señor Secretario:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, de conformidad con lo establecido en el Artículo 156 de la ley 5ª de

1992, procedemos a rendir **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara**, “por medio del cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones”.

En los siguientes términos:

- I. OBJETO.
- II. CONTENIDO.
- III. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY.
- IV. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL.
- V. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA.
- VI. MODIFICACIONES ARTICULADO
- VII. PROPOSICIÓN
- VIII. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO

Cordialmente,



H.S. LAURA FORTICH SANCHEZ  
Coordinadora Ponente



H.S. HONORIO HENRIQUEZ  
PINEDO  
Ponente.

### I. OBJETO

Mediante el presente proyecto de ley se busca garantizar el derecho a la salud de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, y garantizar el acceso a la atención oportuna y eficaz que permita el restablecimiento de su integridad física.

### II. CONTENIDO

El articulado de la iniciativa legislativa propuesta desarrolla las siguientes medidas:

Artículo 1°. Objeto.

Artículo 2°. Definición de sustancias o agentes corrosivos.

Artículo 3°. Establecimiento del reconocimiento de la víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel como víctima de enfermedad catastrófica.

Artículo 4°. Incapacidad otorgada de acuerdo al tiempo necesario para la recuperación de la lesión producida con sustancia corrosiva.

Artículo 5°. Establecimiento de un subsidio de apoyo para las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos. Este artículo fue eliminado en el debate surtido al interior de la Plenaria de la Cámara de Representantes.

Artículo 6°. Garantía de acceso a los insumos, procedimientos y tecnologías necesarias para

las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos.

Artículo 7°. Capacitación del personal estatal que participa en la atención o contacto primario a víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos, para garantizar una atención.

Artículo 8°. Establecimiento de mecanismos que permitan el acceso a tecnologías e insumos requeridos para el efectivo tratamiento de las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

Artículo 9°. Establecimiento de campañas de sensibilización y prevención en contra de la agresión con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

Artículo 10. Acceso a los planes de seguridad y protección estatal para las víctimas de múltiples ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

Artículo 11. Presentación de informe a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud será frente al número de víctimas de este delito, y de las quejas presentadas por irregularidades en el Sistema de Salud que las atiende.

Artículo 12. Establecimiento de un Registro Único de las Víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

Artículo 13. El Gobierno nacional establecerá las sanciones al incumplimiento de uno o más artículos de la presente ley.

Artículo 14. Vigencia.

### III. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley fue radicado inicialmente en el Senado de la República el 4 de noviembre de 2015, de acuerdo con la *Gaceta del Congreso* número 876 del mismo año, y asignado a la Comisión Séptima de Senado para su debate. En ese momento fueron designados como ponentes, la Senadoras Nadia Blel, Sofía Gaviria y Yamina Pestana, junto al Senador, autor y coordinador de ponentes Orlando Castañeda Serrano, ponencia que se encuentra en la *Gaceta del Congreso* número 1027 de 2015. El 13 de abril de 2016 surtió debate en la Comisión Séptima de Senado, siendo aprobado con mayoría de votos y ninguno en contra. Posteriormente fueron designados como ponentes para el segundo debate, los Senadores antes relacionados. El informe de ponencia para segundo debate fue presentado a la Plenaria del Senado según consta en la *Gaceta del Congreso* número 929 de 2016, surtiendo segundo debate en Plenaria de Senado el 24 de mayo de 2017 y aprobado sin ningún voto en contra por la misma.

El proyecto inicial fue archivado por vencimiento de términos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992, y el artículo 162 de la Constitución Política”.

Ulteriormente el proyecto de ley fue radicado en la segunda legislatura de 2017 ante la Secretaría de la Cámara de Representantes, siendo aprobado en los dos primeros debates constitucionales correspondientes ante la Cámara de Representantes, en cumplimiento del trámite legislativo, corresponde darle primer debate en el interior de la Comisión Séptima Constitucional del Senado, siendo designados como ponentes los Honorables Senadores Honorio Henríquez Pinedo y Laura Fortich Sánchez, esta última como Coordinadora Ponente.

IDENTIFICACIÓN ETAPA LEGISLATIVA	NÚMERO DE GACETA DEL CONGRESO
Texto radicado	<i>Gaceta del Congreso</i> número 650 de 2017
Ponencia Primer Debate	<i>Gaceta del Congreso</i> número 786 de 2017
Texto Aprobado en Primer Debate	<i>Gaceta del Congreso</i> número 1012 de 2017
Ponencia Inicial Segundo Debate	<i>Gaceta del Congreso</i> número 1012 de 2017
Ponencia Definitiva Segundo Debate	<i>Gaceta del Congreso</i> número 681 de 2018
Texto Definitivo aprobado en Plenaria de la Cámara de Representantes	<i>Gaceta del Congreso</i> número 807 de 2018

#### IV. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

En el ordenamiento jurídico colombiano existen múltiples normas que consagran el deber del Estado de proteger y garantizar el restablecimiento de los derechos de las víctimas de ataques con ácido o sustancias corrosivas, estos son:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.
4. Ley 599 de 2009, mediante la cual se expide el Código Penal.
5. Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
6. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reformó el SGSSS, dispone la gratuidad e integralidad de los servicios que permitan el restablecimiento de derechos de las víctimas.
7. Ley 1639 de 2013, mediante al cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las ciudadanas y ciudadanos frente a crímenes con ácidos, se regula el uso y comercio de ácidos y se crea el artículo 118 en la Ley 599 de 2000.
8. Decreto número 1033 de 2014, mediante el cual se reglamenta el control de

comercialización de agentes químicos y la ruta de atención integral a las víctimas de agresiones por agentes químicos.

9. Decreto número 780 de 2016. Implementación de la ruta de atención integral a las víctimas de agresiones por agentes químicos.
10. Resolución número 4568 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se adopta el “Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos”.
11. Resolución número 2715 de 2014 de los Ministerios de Comercio, Industria y Turismo y de Salud y Protección Social, mediante los cuales se establecen las sustancias que deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo, con base en los criterios de clasificación que se definen.
12. Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria del Derecho Fundamental de la Salud.
13. Ley 1773 de 2016, mediante la cual se establecieron modificaciones. Se crea el artículo 116A, se modifican los artículos 68A, 104, 113, 359 y 374 de la Ley 599 del 2000 y se modifica el artículo 351 de la Ley 906 de 2004. En esta ley se obliga al Gobierno a formular una política pública de atención integral para las víctimas de ácidos, entre otras disposiciones.
14. Circular Externa 008 de 2017 de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la cual se establecen instrucciones respecto a la ruta de atención integral a víctimas de ataques con **ácidos, álcalis** o sustancias similares o corrosivas.

#### V. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

Los ataques con sustancias corrosivas a la piel como forma de violencia han venido creciendo y convirtiéndose en una forma de violencia lamentablemente popular en Colombia, frente a esta situación *Acid Survivors Trust International*<sup>1</sup> ha identificado a nuestro país como uno de los países con mayor índice per cápita de delitos con ácidos o sustancias corrosivas donde la mayoría de victimarios son hombres y la mayoría de víctimas son mujeres.

De acuerdo con el Sistema de Información para Análisis de la Violencia y la Accidentalidad en Colombia (SIAVAC) y el Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense (SICLICO), administrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entre el año 2009 y 2018 en Colombia se han presentado las

<sup>1</sup> ACID SURVIVORS TRUST INTERNATIONAL. A world wide problem. Recuperado de <https://www.asti.org.uk/a-worldwide-problem.html>. Consultado en marzo de 2019.

siguientes estadísticas relacionadas con ataques con ácidos o sustancias corrosivas<sup>2</sup>:

- 820 personas han sido víctimas de lesiones por quemadura de agente químico.
- 427 mujeres han sido víctimas de lesiones por quemaduras causadas con agente químico.
- 393 hombres han sido víctimas de lesiones por quemadura de agente químico.
- 135 menores de edad han sido víctimas de lesiones por quemadura de agente químico.
- 34 adultos mayores han sido víctimas de lesiones por quemadura de agente químico.
- 6 personas han fallecido producto de ataques con agente químico y/o líquido corrosivo.
- El 69% de las personas que han sido víctimas de ataques con ácidos o sustancias corrosivas presenten secuelas producto de estos ataques.

Las víctimas de ataques con ácidos o sustancias corrosivas sufren afectaciones de diversos órdenes<sup>3</sup>, a saber, físicos<sup>4</sup>, psicológicos<sup>5</sup> y económicos, por las lesiones producidas por la sustancia abrasiva, las cuales deterioran la piel así como la autoestima de las víctimas, además, que les hace incurrir en procedimientos estéticos reconstructivos de alto costo.

El presente proyecto de ley tiene por objeto introducir medidas que garanticen los derechos a

<sup>2</sup> INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Oficio número 257-DG-2019. 15 de marzo de 2019.

<sup>3</sup> BELTRÁN-RAMÍREZ, J. P. & CUENCA-TOVAR, R. E. Aspectos generales de la agresión con ácidos, un delito que deja huella. Bogotá: 2016. En Criterio Libre Jurídico 13(1). Págs. 20-28. Recuperado de: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/1536/1136>. Consultado en marzo de 2019.

<sup>4</sup> *Ibíd.* P. 23. *El ataque con ácido es una modalidad de agresión violenta, por medio de la cual el agresor busca causar un daño físico, y de paso uno moral, ya que al utilizar estos ácidos, la piel de las víctimas se daña considerablemente, y como resultado, quedan deformaciones y retracciones del tejido cutáneo; lesiones que quedan para toda la vida, o que si llegan a mejorar es porque las víctimas de este flagelo deben someterse a varias cirugías, durante largo tiempo, para lograr siquiera recuperar algo del rostro que en algunos casos queda completamente desfigurado.*

<sup>5</sup> NIETO, Andrés. *Quemaduras con ácido: estereotipos de lo bello y su posible relación con los ataques en Colombia. (valoraciones de la belleza como aquello que merece respeto y dignidad en Colombia)*. Tesis de Maestría en Investigación Social Interdisciplinaria. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas, 2016. Recuperado de: <http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/3120/1/NietoRam%C3%ADrezAndr%C3%A9sCamilo2016.pdf>. Consultado en marzo de 2019.

la salud y el acceso a las medidas de protección en salud a que tienen derechos las víctimas de ataques de este tipo de delitos con sustancias corrosivas, tales como:

- Reconocer a la víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, como víctima de enfermedad catastrófica, en los términos de la Ley 972 de 2005, haciéndole extensible a las víctimas los beneficios establecidos en dicha ley.
- Establecer que las incapacidades por ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, deberán ajustarse al tiempo promedio requerido para la recuperación y rehabilitación del paciente.
- Establecer múltiples deberes a cargo del Ministerio de Salud, con el fin de garantizar el acceso a los insumos, procedimientos y tecnologías necesarias requeridos para atender oportunamente a una víctima de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, así como del desarrollo de campañas de sensibilización y prevención frente a este tipo de ataques
- Prohibición a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud de suspender, negar o retrasar los procedimientos a que deban ser sometidas las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.
- Deber a cargo del Gobierno nacional de garantizar la capacitación del personal médico que tenga contacto con víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, así como de socializar los protocolos de atención de este tipo de lesiones.
- Fortalecimiento de las Unidades de Atención de Quemados del sistema de salud público.
- Protección a cargo del Estado de las personas que hayan sido víctimas reiteradas de este tipo de ataques.
- Presentación de informes a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la atención de las víctimas de estos ataques.
- Establecimiento de sanciones ante el incumplimiento de las disposiciones de la ley.

Las medidas expuestas se adecuan al régimen legal y constitucional vigente, en la medida que constituyen una ampliación en los derechos y garantías a favor las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

## VI. MODIFICACIONES ARTICULADO

Se proponen las siguientes modificaciones al texto aprobado en la Plenaria de la Cámara de Representantes:

ARTICULADO APROBADO EN PLENARIA DE LA CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO	JUSTIFICACIÓN.
<p>Proyecto de ley número 060 de 2017 Cámara. Por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones. El Congreso de la República DECRETA:</p>	<p>Proyecto de ley número 060 de 2017 de Cámara, 171 de 2018 Senado. Por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones. El Congreso de la República DECRETA:</p>	
<p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley busca el restablecimiento de los derechos en atención y salud, de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p>	<p>1°. <i>Objeto.</i> La presente ley busca el restablecimiento de los derechos en atención y salud, de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p>	Sin cambios
<p>Artículo 2°. <i>Sustancias o agentes corrosivos.</i> Se entenderán por sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, aquellos(as) que en contacto con la piel puedan causar algún tipo de lesión parcial o total en la persona, bien sea que dicha lesión tenga un carácter permanente y/o transitorio, de acuerdo a lo ya contemplado en el Decreto número 1033 de 2014.</p>	<p>Artículo 2°. <i>Sustancias o agentes corrosivos.</i> Se entenderán por sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, aquellos(as) que en contacto con la piel puedan causar algún tipo de lesión parcial o total en la persona, bien sea que dicha lesión tenga un carácter permanente y/o transitorio, de acuerdo a lo ya contemplado en el Decreto número 1033 de 2014.</p>	Sin cambios
<p>Artículo 3°. <i>Reconocimiento de la víctima.</i> Se reconocerá a la víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, como víctima de enfermedad catastrófica, con lo cual se da lugar a la aplicación de los criterios establecidos en la Ley 972 de 2005 y sus modificatorias.</p>	<p>Artículo 3°. <i>Reconocimiento de la víctima.</i> Se reconocerá a la víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, como víctima de enfermedad catastrófica, con lo cual se da lugar a la aplicación de los criterios establecidos en la Ley 972 de 2005 y sus modificatorias.</p>	Sin cambios
<p>Artículo 4°. <i>Incapacidad.</i> La incapacidad inicial otorgada por Medicina Legal a las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, deberá ser la correspondiente al tiempo promedio que pueda emplearse en la recuperación y rehabilitación de un paciente en dichas condiciones.</p>	<p>Artículo 4°. <i>Incapacidad.</i> La incapacidad inicial otorgada por Medicina Legal a las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, deberá ser la correspondiente al tiempo promedio que pueda emplearse en la recuperación y rehabilitación de un paciente en dichas condiciones.</p>	Sin cambios
<p>Artículo 5°. ELIMINADO.</p>		Se ajustará el número de los artículos siguientes.
<p>Artículo 6°. Adiciónese un inciso y los párrafos 2° y 3° al artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, de la siguiente forma: El Ministerio de Salud garantizará el acceso a los insumos, procedimientos y tecnologías que el médico tratante o especialista requiera para atender oportunamente a una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel. Párrafo 1°. La EPS o la entidad que ejerza sus funciones garantizarán al afiliado en menos de 24 horas todo lo solicitado por el médico tratante para su atención, desde insumos, procedimientos médicos y tratamientos alternos, a partir del momento en que es solicitado por el profesional médico, sin perjuicio de la etapa del proceso en que el paciente se encuentre. Párrafo 2°. Por ningún motivo la EPS o la entidad que ejerza sus funciones podrán suspender el tratamiento, negar procedimientos, o retrasarlos. El Minis-</p>	<p><b>Artículo 5°.</b> Modifíquese el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, el cual quedará así: <b>Artículo 5°. Medidas de protección en salud.</b> Créase el artículo 53A en la Ley 1438 de 2011 del siguiente tenor: <i>Cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado. El Ministerio de Salud garantizará el acceso a los insumos, procedimientos y tecnologías que el médico tratante o especialista requiera para atender oportunamente a una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</i></p>	Se modifica el artículo propuesto en el proyecto de ley con el fin de garantizar claridad frente al texto que quedará vigente del artículo 5° de la Ley 1639 de 2013.

ARTICULADO APROBADO EN PLENARIA DE LA CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO	JUSTIFICACIÓN.
<p>terio de Salud verificará que las EPS o la entidad que ejerza sus funciones garanticen las condiciones de continuidad de todo el tratamiento incluidos procedimientos ordinarios y alternos, avalados y supervisados desde las unidades de quemados del país.</p>	<p><b>Parágrafo 1°.</b> <i>Los prestadores de los servicios médicos tienen la obligación de llevar un registro y reportar a las autoridades competentes sobre las personas atendidas en casos de lesiones corporales causadas por ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano. En cualquier momento la policía o las autoridades competentes podrán solicitar el registro correspondiente a los prestadores de los servicios de salud.</i></p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> <i>La EPS o la entidad que ejerza sus funciones garantizarán al afiliado en menos de 24 horas todo lo solicitado por el médico tratante para su atención, desde insumos, procedimientos médicos y tratamientos alternos, a partir del momento en que es solicitado por el profesional médico, sin perjuicio de la etapa del proceso en que el paciente se encuentre.</i></p> <p><b>Parágrafo 3°.</b> <i>Por ningún motivo la EPS o la entidad que ejerza sus funciones podrán suspender el tratamiento, negar procedimientos, o retrasarlos. El Ministerio de Salud verificará que las EPS o la entidad que ejerza sus funciones garanticen las condiciones de continuidad de todo el tratamiento incluidos procedimientos ordinarios y alternos, avalados y supervisados desde las unidades de quemados del país.</i></p>	
<p>Artículo 7°. <b>Capacitación.</b> El Gobierno nacional se encargará de garantizar la capacitación del personal estatal que pueda tener contacto primario con una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos, a fin de darle la atención correspondiente, esto incluye al personal de la Policía y al del Instituto Nacional de Medicina Legal. A su vez, el Ministerio de Salud se encargará de que los profesionales médicos de rotación de urgencias tengan capacitación permanente en las principales unidades de quemados del país, y conozcan el tratamiento inmediato de una persona atacada por sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud se encargará de fortalecer y apoyar las Unidades de Atención de Quemados del sistema de salud público del país, con mayor infraestructura, tecnología e inversión, teniendo en cuenta que atienden condiciones de salud grave, y son, además, focos de aprendizaje y enseñanza médica especializada.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud se encargará de socializar en un plazo menor a seis meses los protocolos de atención a población atacada con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, entre el total de profesionales médicos y de enfermería del país, con acompañamiento y dirección de las Unidades de Quemados de la Nación.</p>	<p><b>Artículo 6°. Capacitación.</b> El Gobierno nacional se encargará de garantizar la capacitación del personal estatal que pueda tener contacto primario con una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos, a fin de darle la atención correspondiente, esto incluye al personal de la Policía y al del Instituto Nacional de Medicina Legal. A su vez, el Ministerio de Salud se encargará de que los profesionales médicos de rotación de urgencias tengan capacitación permanente en las principales unidades de quemados del país, y conozcan el tratamiento inmediato de una persona atacada por sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud se encargará de fortalecer y apoyar las Unidades de Atención de Quemados del sistema de salud público del país, con mayor infraestructura, tecnología e inversión, teniendo en cuenta que atienden condiciones de salud grave, y son, además, focos de aprendizaje y enseñanza médica especializada.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud se encargará de socializar en un plazo menor a seis meses los protocolos de atención a población atacada con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, entre el total de profesionales médicos y de enfermería del país, con acompañamiento y dirección de las Unidades de Quemados de la Nación.</p>	

ARTICULADO APROBADO EN PLENARIA DE LA CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO	JUSTIFICACIÓN.
<p>Artículo 8°. <i>Acceso a tecnologías e insumos.</i> El Gobierno nacional establecerá los mecanismos y destinará los recursos económicos para el acceso a tecnologías e insumos requeridos para el efectivo tratamiento de las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud garantizará el acceso al país, de cantidades industriales necesarias de los insumos que son importantes para la restauración de la dermis del paciente. Un equipo médico seleccionado de las unidades de atención de quemados del país, asesorará al Gobierno en los insumos y cantidades necesarias de los mismos para la atención de estas víctimas.</p>	<p><b>Artículo 7°. <i>Acceso a tecnologías e insumos.</i></b> El Gobierno nacional establecerá los mecanismos y destinará los recursos económicos para el acceso a tecnologías e insumos requeridos para el efectivo tratamiento de las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> El Ministerio de Salud garantizará el acceso al país, de cantidades industriales necesarias de los insumos que son importantes para la restauración de la dermis del paciente. Un equipo médico seleccionado de las unidades de atención de quemados del país, asesorará al Gobierno en los insumos y cantidades necesarias de los mismos para la atención de estas víctimas.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> Los recursos necesarios para implementar las medidas establecidas en este artículo, deberán ser priorizados en la programación del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social, y ajustarse a las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector.</p>	<p>Con el fin de reducir el impacto fiscal de este artículo, se propone agregar un parágrafo adicional al artículo propuesto en el cual se establece que los recursos para ejecutar las medidas propuestas deberán ser priorizados en la programación del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social, y ajustarse a las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo.</p>
<p>Artículo 9°. <i>Campañas.</i> El Ministerio de Salud emprenderá campañas de sensibilización y prevención en contra de la agresión con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p>	<p><b>Artículo 8°. <i>Campañas.</i></b> El Ministerio de Salud emprenderá campañas de sensibilización y prevención en contra de la agresión con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p>	
<p>Artículo 10. <i>Casos excepcionales.</i> Las víctimas atacadas, como caso excepcional, por más de una ocasión bajo la modalidad de este delito, entrarán a formar parte de los planes de seguridad y protección amparados y brindados por el Estado.</p>	<p><b>Artículo 9°. <i>Casos excepcionales.</i></b> Las víctimas atacadas, como caso excepcional, por más de una ocasión bajo la modalidad de este delito, entrarán a formar parte de los planes de seguridad y protección amparados y brindados por el Estado.</p>	
<p>Artículo 11. <i>Informe.</i> La Superintendencia Nacional de Salud será responsable de rendir un informe anual a la Comisión Séptima de Senado y Cámara, dando cuenta del número de víctimas de este delito, y de las quejas presentadas por irregularidades en el Sistema de Salud que atiende a estas víctimas.</p>	<p><b>Artículo 10. <i>Informe.</i></b> La Superintendencia Nacional de Salud será responsable de rendir un informe anual a la Comisión Séptima de Senado y Cámara, dando cuenta del número de víctimas de este delito, y de las quejas presentadas por irregularidades en el Sistema de Salud que atiende a estas víctimas.</p>	
<p>Artículo 12. <i>Del registro.</i> El Ministerio de Salud consolidará anualmente un Registro Único de las Víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p>	<p><b>Artículo 11. <i>Del registro.</i></b> El Ministerio de Salud consolidará anualmente un Registro Único de las Víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.</p>	
<p>Artículo 13. <i>Sanciones.</i> El Gobierno nacional establecerá las sanciones al incumplimiento de uno o más artículos de la presente ley.</p>	<p><b>Artículo 12. <i>Sanciones.</i></b> El Gobierno Nacional establecerá las sanciones al incumplimiento de uno o más artículos de la presente ley.</p>	
<p>Artículo 14. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las demás disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p><b>Artículo 13. <i>Vigencia.</i></b> La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las demás disposiciones que le sean contrarias.</p>	

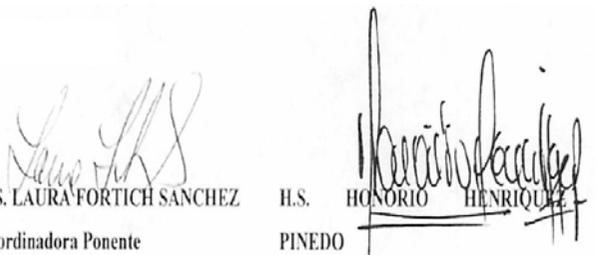
**VII. PROPOSICIÓN**

Manifestado el beneficio que tiene esta iniciativa para las víctimas de ataques con sustancias corrosivas y para la sociedad en

general, proponemos a la Comisión Séptima de Senado dar primer debate al Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara “Por medio del cual se modifica el artículo 5° de

la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones”.

Cordialmente,



H.S. LAURA FORTICH SANCHEZ  
Coordinadora Ponente

H.S. HONORIO HENRIQUEZ  
PINEDO  
Ponente.

**VIII. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 060 DE 2017 CÁMARA, 171 DE 2018 SENADO.**

por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República  
DECRETA:

**Artículo 1°.** *Objeto.* La presente ley busca el restablecimiento de los derechos en atención y salud, de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

**Artículo 2°.** *Sustancias o agentes corrosivos.* Se entenderán por sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, aquellos(as) que en contacto con la piel puedan causar algún tipo de lesión parcial o total en la persona, bien sea que dicha lesión tenga un carácter permanente y/o transitorio, de acuerdo a lo ya contemplado en el Decreto número 1033 de 2014.

**Artículo 3°.** *Reconocimiento de la víctima.* Se reconocerá a la víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, como víctima de enfermedad catastrófica, con lo cual se da lugar a la aplicación de los criterios establecidos en la Ley 972 de 2005 y sus modificatorias.

**Artículo 4°.** *Incapacidad.* La incapacidad inicial otorgada por Medicina Legal a las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, deberá ser la correspondiente al tiempo promedio que pueda emplearse en la recuperación y rehabilitación de un paciente en dichas condiciones.

**Artículo 5°.** Modifíquese el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, el cual quedará así:

**Artículo 5°.** *Medidas de protección en salud.* Créese el artículo 53A en la Ley 1438 de 2011 del siguiente tenor:

*Cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los*

*servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado.*

*El Ministerio de Salud garantizará el acceso a los insumos, procedimientos y tecnologías que el médico tratante o especialista requiera para atender oportunamente a una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.*

**Parágrafo 1°.** *Los prestadores de los servicios médicos tienen la obligación de llevar un registro y reportar a las autoridades competentes sobre las personas atendidas en casos de lesiones corporales causadas por ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano. En cualquier momento la policía o las autoridades competentes podrán solicitar el registro correspondiente a los prestadores de los servicios de salud.*

**Parágrafo 2°.** *La EPS o la entidad que ejerza sus funciones garantizarán al afiliado en menos de 24 horas todo lo solicitado por el médico tratante para su atención, desde insumos, procedimientos médicos y tratamientos alternos, a partir del momento en que es solicitado por el profesional médico, sin perjuicio de la etapa del proceso en que el paciente se encuentre.*

**Parágrafo 3°.** *Por ningún motivo la EPS o la entidad que ejerza sus funciones podrán suspender el tratamiento, negar procedimientos, o retrasarlos. El Ministerio de Salud verificará que las EPS o la entidad que ejerza sus funciones garanticen las condiciones de continuidad de todo el tratamiento incluidos procedimientos ordinarios y alternos, avalados y supervisados desde las unidades de quemados del país.*

**Artículo 6°.** *Capacitación.* El Gobierno nacional se encargará de garantizar la capacitación del personal estatal que pueda tener contacto primario con una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos, a fin de darle la atención correspondiente, esto incluye al personal de la Policía y al del Instituto Nacional de Medicina Legal. A su vez, el Ministerio de Salud se encargará de que los profesionales médicos de rotación de urgencias tengan capacitación permanente en las principales unidades de quemados del país, y conozcan el tratamiento inmediato de una persona atacada por sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud se encargará de fortalecer y apoyar las Unidades de Atención de Quemados del sistema de salud público del país, con mayor infraestructura, tecnología e inversión, teniendo en cuenta que atienden condiciones de salud grave, y son, además, focos de aprendizaje y enseñanza médica especializada.

**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud se encargará de socializar en un plazo menor a seis meses los protocolos de atención a población atacada con

sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, entre el total de profesionales médicos y de enfermería del país, con acompañamiento y dirección de las Unidades de Quemados de la Nación.

**Artículo 7°. Acceso a tecnologías e insumos.** El Gobierno nacional establecerá los mecanismos y destinará los recursos económicos para el acceso a tecnologías e insumos requeridos para el efectivo tratamiento de las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud garantizará el acceso al país, de cantidades industriales necesarias de los insumos que son importantes para la restauración de la dermis del paciente. Un equipo médico seleccionado de las unidades de atención de quemados del país, asesorará al Gobierno en los insumos y cantidades necesarias de los mismos para la atención de estas víctimas.

**Parágrafo 2°.** Los recursos necesarios para implementar las medidas establecidas en este artículo, deberán ser priorizados en la programación del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social y ajustarse a las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector.

**Artículo 8°. Campañas.** El Ministerio de Salud emprenderá campañas de sensibilización y prevención en contra de la agresión con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

**Artículo 9°. Casos excepcionales.** Las víctimas atacadas, como caso excepcional, por más de una ocasión bajo la modalidad de este delito, entrarán a formar parte de los planes de seguridad y protección amparados y brindados por el Estado.

**Artículo 10. Informe.** La Superintendencia Nacional de Salud será responsable de rendir un informe anual a la Comisión Séptima de Senado y Cámara, dando cuenta del número de víctimas de este delito, y de las quejas presentadas por irregularidades en el Sistema de Salud que atiende a estas víctimas.

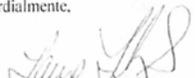
**Artículo 11. Del registro.** El Ministerio de Salud consolidará anualmente un Registro Único de las Víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.

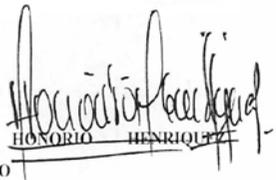
**Artículo 12. Sanciones.** El Gobierno nacional establecerá las sanciones al incumplimiento de uno o más artículos de la presente ley.

**Artículo 13. Vigencia.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las demás disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

Cordialmente,

  
H.S. LAURA FORTICH SANCHEZ  
Coordinadora Ponente

  
H.S. HONORIO HENRÍQUEZ PINEDO  
Ponente.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA.

Bogotá D. C., a los ocho (8) días del mes de mayo del año dos mil diecinueve (2019) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto Propuesto para Primer Debate.

**Número del proyecto de ley:** número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara.

**Título del Proyecto:** “por medio del cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones”.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

  
JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
Secretario Comisión Séptima

\*\*\*

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER  
DEBATE AL PROYECTO DE LEY  
NÚMERO 233 DE 2019 SENADO**

*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.*

Bogotá, D. C., 7 de mayo de 2019.

Senador:

HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO

Presidente Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad.

En cumplimiento del encargo realizado por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, presento informe de ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado, *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.*

La presente ponencia consta de los siguientes ítems:

1. Trámite
2. Objeto y contenido del proyecto de ley
3. Conceptos
4. Audiencia pública
5. Análisis del proyecto de ley
6. Impacto fiscal del proyecto de ley
7. Pliego de modificaciones
8. Proposición
9. Texto propuesto para primer debate.

### 1. TRÁMITE

El proyecto de ley objeto de estudio es de autoría del Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes Kuri y del Senador Carlos Fernando Mota Solarte; fue radicado ante la Secretaría General del Senado de la República el pasado 1° de marzo de 2019 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 98 de 2019; así mismo, la iniciativa fue repartida a la Comisión Séptima del Senado de la República, por ser materia de su competencia.

El 6 de marzo de 2019 fue radicado en la Comisión Séptima del Senado de la República, el expediente del Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado, *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*, y el 26 de marzo de 2019, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de Senado designó como ponente único al Senador Carlos Fernando Mota Solarte.

### 2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley tiene por objeto facilitar, agilizar, garantizar el acceso y ejercicio de los derechos a la salud, el derecho a la información de las personas y combatir la corrupción, 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.

El Proyecto de ley número 233 de 2019 está compuesto por diecisiete (17) artículos, así:

Nro. artículo	Resumen del contenido del artículo
1	Objeto. Crear la Historia Clínica Única Electrónica para facilitar, agilizar y garantizar el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y combatir la corrupción en el sistema de salud.
2	Creación y administración. El Ministerio de Salud y Protección Social, creará la Historia Clínica Electrónica Única, haciendo uso de la interoperabilidad y con herramientas tecnológicas.

Nro. artículo	Resumen del contenido del 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.
4	Guardia y custodia. La tendrán todas las personas señaladas en el art. 3°, compartiéndola a través de la interoperabilidad.
5	Titularidad. Es titular de la historia clínica, cada persona o paciente, teniendo acceso a ella las personas indicadas en el art. 3°, con expreso consentimiento de su titular.
6	Autorización a terceros. Solo podrá autorizar el uso de información a terceros, el titular de la Historia Clínica Electrónica Única, de acuerdo a la normatividad vigente.
7	Contenido. La Historia Clínica Electrónica Única contendrá los datos más relevantes del paciente.
8	Gratuidad. Todas las personas o pacientes tienen derecho a que le suministren su Historia Clínica Electrónica Única de forma gratuita, de parte de los sujetos del artículo 3°.
9	Autenticidad. La Historia Clínica Electrónica Única se presume auténtica.
10	Requisito para la constitución de instituciones de salud. Para la constitución de entidades o instituciones prestadoras de salud, se requiere como requisito habilitante cumplir con esta ley.
11	Reglamentación. El Gobierno a través del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará esta ley en el término de seis (6) meses, después de su promulgación y MinTIC, lo concerniente a la tecnología.
12	Reportes obligatorios de salud pública. El Ministerio de Salud articulará la información en la Historia Clínica Electrónica Única
13	Pago medicamentos, procedimientos y otros servicios. La ADRES debe revisar la Historia Clínica Electrónica Única para realizar pagos, no podrá exigir historia en físico. La ADRES solo pagará lo que esté en la Historia Clínica Electrónica Única.
14	Prohibición de divulgar datos. Constituye falta gravísima de los profesionales de la salud, divulgar la clave o datos de la Historia Electrónica Única de un paciente.
15	Prohibición de divulgar datos. La Historia Clínica Electrónica Única deberá cumplir con todas las seguridades cibernéticas y de <i>habeas data</i> .
16	Financiación. El Gobierno nacional deberá incorporar las partidas presupuestales para ejecutar la presente ley.
17	Vigencia. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga las contrarias a ella.

Tabla 1. Resumen del contenido del artículo.

### 3. CONCEPTOS

Con el propósito de establecer una posición más clara e institucionalizada frente al proyecto de ley, se llevaron a cabo las siguientes reuniones convocadas

por los autores de esta iniciativa: Senador Carlos Fernando Mota Solarte y Representante Juan Fernando Reyes Kuri.

### 3.1. Ministerio de Salud y Protección Social

El día 12 de febrero de 2019, el autor y ponente, Senador Carlos Fernando Mota Solarte, se reunió con el Ministro de Salud y Protección Social, doctor Juan Pablo Uribe Restrepo, y algunos funcionarios. El Ministro indicó que el proyecto de ley es de total interés para su cartera, pues vienen trabajando en la configuración de la Historia Clínica Electrónica. Resaltó que se debe articular la información y los insumos que se han generado a través de mesas técnicas realizadas en varios sitios del país. Así mismo, manifestó:

- Sobre la denominación de la iniciativa “Historia Clínica Electrónica Única: sugiere que no se utilice el término “única” en el texto del articulado, pues, podría interpretarse como la obligación de implementar o imponer un solo *software* a todos los prestadores de salud; por el contrario, se pretende la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre todos los actores de salud con el fin de articular datos básicos de alto nivel terapéutico.
- Garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en la historia clínica.

Eliminar el párrafo transitorio del artículo 2° del texto del proyecto de ley, que manifiesta:

*“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”.*

Bajo el sustento que, con el párrafo transitorio, las EPS e IPS estarían obligadas a incurrir en gastos presupuestales administrativos, que no tendrían la capacidad de sufragar.

### 3.2. Mesa Técnica de Historia Electrónica Única

Celebrada el 28 de febrero de 2019, en el recinto de la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, convocada por el autor, Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes Kuri. Las conclusiones a las que se llegaron en esta mesa técnica fueron las siguientes:

#### a) Superintendencia Nacional de Salud

- El proyecto de ley sería una consigna importante para la racionalización de los trámites.
- Manifiestan como sugerencia en relación a los plazos que, para efectos de reglamentar, se debe adicionar un capítulo final para establecer unos plazos de reglamentación

más amplios, para que los mismos sean efectivos.

#### b) Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá, D. C.)

- El alcance de la norma no solo sea clínico ni académico, sino también administrativo.
- Crear criterios de auditoría para las historias clínicas, que estén debidamente reguladas.
- Respecto a la seguridad, el Ministerio debe garantizar que los datos que vayan a migrar a la HCEU desde las diferentes entidades de salud, sean anónimos.
- Verificar muy bien la información que debe ir en las HCEU, información demográfica, epidemiológica, etc.

#### c) Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

- Trabajar en estándares actualizados, para garantizar la interoperabilidad.
- Revisar la inversión y la seguridad de la información.
- El proyecto de ley debe estar centrado en el paciente, significa que el paciente tome decisiones sobre su información.
- Los procesos de cambio deben llevar a todos los actores (prestadores, entidades territoriales, etc.) al cumplimiento de cómo se reporta la información.
- Articular el proyecto de ley con la agenda del Ministerio de Salud y Protección Social, relacionado con Historia Clínica Electrónica y facturación electrónica.
- Conviene precisar la relación entre nuestro actual sistema de salud y las nuevas tecnologías.

#### d) Colciencias

- Los planteamientos del proyecto de ley de HCEU se alinean de forma perfecta con el modelo ya propuesto, pero existen dificultades con el tema del financiamiento para poder desarrollar la interoperabilidad de estos diseños.
- Salud es el sector más reglado en el país y supera la capacidad de respuesta al momento de la implementación, porque cuando se está en etapa de apropiación, la norma ya ha vuelto cambiar, así que recomiendan que el proyecto se trabaje por fases y que se priorice una primera fase, en concordancia con la Ley 1751 de 2015, es decir: atención prenatal y maternas; una segunda fase, relacionada con enfermedades crónicas y huérfanas, para lograr una mayor efectividad en menor tiempo.

- El proyecto de ley de HCEU es totalmente pertinente para la realidad del proceso de salud y con la política integral de salud.

**e) Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones**

- Reglamentar de manera gradual y conjunta, teniendo en cuenta los avances que existen en la materia.
- Aprovechar las experiencias internacionales sobre Historia Clínica Electrónica para su implementación.
- Que el Ministerio de Salud como responsable de reglamentar, lo haga de manera gradual, de tal forma que se obtengan resultados para los ciudadanos.

**f) Ministerio de Salud y Protección Social**

- El Ministerio está trabajando y apoyando varios temas en la agenda de transformación digital, es importante lograr la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica.
- Se resalta que la iniciativa no está buscando trabajar en un *software* único, sino en interoperabilidad.
- Frente al tema de las nuevas tecnologías, el Ministerio está desarrollando el tema de *big data*, con cooperación internacional y el apoyo de expertos para poder aprovechar estos datos que viven dentro del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro).

**3.3. Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones**

El día 26 de marzo de 2019, los autores, el Senador Carlos Fernando Motoa Solarte y el Representante Juan Fernando Reyes Kuri, se reunieron con funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, donde se trataron los siguientes temas y se realizaron diferentes aportes a este proyecto de ley:

- Se enfatizó en la conceptualización de interoperabilidad, como término y puente para compartir los datos tanto en el sector público como en el privado.
- Precisaron que la implementación de la Historia Clínica Electrónica debe realizarse por fases, comenzando por los prestadores de servicios de salud.
- Es importante tener en cuenta que los departamentos de Cundinamarca y Valle del Cauca ya se encuentran trabajando en la implementación de Historia Clínica Electrónica; Cundinamarca tiene más desarrollado el tema.

- Se debe capacitar al capital humano de las entidades prestadoras de servicios de salud, para la protección y claridad de los datos.

- El Ministerio de Salud y Protección Social manifestó que está determinando los costos de la puesta en marcha de la Historia Clínica Electrónica en el país.

**4. AUDIENCIA PÚBLICA**

El día 11 de abril de 2019 se convocó audiencia pública en la Comisión Séptima del Senado de la República, con el objetivo de discutir el Proyecto de ley número 233 de 2019, “*por medio del cual se racionalizan trámites en el sector salud, a través de la creación de la Historia Clínica Electrónica Única y se dictan otras disposiciones*”, conforme a la proposición realizada ante la Mesa Directiva de la Comisión, en mi calidad de autor y ponente. Durante la audiencia los invitados y citados procedieron a realizar sugerencias y observaciones frente al proyecto:

**a) Ministerio de Salud y Protección Social**

Manifestó que Colombia se encuentra en un proceso de transformación digital, cuyo eje esencial es la interoperabilidad del sector salud, objetivo estratégico dentro de la triple meta que se ha fijado el Ministerio, orientada en: 1) mejorar el desenlace médico clínico, 2) cumplir las expectativas de calidad de la prestación, y 3) enmarcar el desarrollo en un contexto de sostenibilidad.

Sostuvo que, en la agenda del Ministerio, la transformación digital en el contexto de la interoperabilidad es esencial, por eso, junto con la Alta Consejería para la Innovación y la Transformación Digital, el Ministerio TIC, DNP y el Archivo General, han desarrollado estrategias orientadas a intercambiar datos para mejorar la atención en salud del usuario, así como de su cuidado general del paciente.

Resalta positivamente que el proyecto de ley mejora la atención para el paciente, facilita su vida, así como también la labor del médico tratante, puesto que, permite que el médico tenga acceso a la información relevante, así como también que esta información se comparta a efectos de simplificar procesos en salud, elimina ineficiencias y permite la evolución de la historia clínica.

Adicionalmente destaca que no se trata de un nuevo y único *software*, sino de mejorar el acceso a un subconjunto de datos necesario. Hace especial énfasis en la confidencialidad de los datos, que puedan tener acceso a ellos, quienes realmente los necesitan (médicos, personal médico y administrativo de las IPS o centros clínicos).

Sugiere dejar un espacio jurídico abierto para la evolución de la historia clínica, ampliar el espectro de definiciones (interoperabilidad, datos relevantes, intercambio de información, armonizar

la normativa existente con el proyecto de ley en materia de conceptos y maximizar la seguridad de *habeas data*).

Expone las siguientes inquietudes con respecto a la iniciativa:

- ¿Se podría dar comienzo a la iniciativa con la entrada en vigor de ella, es decir, fijar un día cero, sin retroactividad?
- Rango de evolución del panorama: ¿cuál será el tiempo de adaptación y preparación de las regiones para ejecutar la ley?

#### b) Veeduría Nacional de Salud

Sugiere que la Historia Clínica Electrónica Única debe ser una historia de salud individual del ciudadano, que arroje datos clínicos del usuario, la cual se debe desarrollar en una interfaz de datos (bus de datos) y no en un solo *software* por las complejidades del análisis de la información y la cantidad de datos que alimentan la historia clínica, por lo tanto, sugiere que se deben compartir datos en tiempo real, a través de un programa estándar que garantice la integridad de la información, que sea administrada por el Estado y diseñada por una empresa con experiencia. Además, esta interfaz se debería exigir como requisito habilitante para la creación de EPS o IPS.

Es importante tener en cuenta que la Historia Clínica Electrónica propiciaría mayor control sobre los medicamentos de alto costo. También indicó que es fundamental garantizar la protección de datos y propone analizar el modelo de Historia Clínica Electrónica de Argentina.

#### c) Universidad ICESI - Facultad de Medicina

Sugirió que es necesario que el proyecto de ley se centralice en la interoperabilidad, que permita que la HCEU sea compatible con todo el sistema, esto es, con EPS, IPS, proveedores, etc. Se requiere que los datos clínicos del paciente sean portables para el paciente.

Aunque el artículo 2º enfatiza el criterio de interoperabilidad, sugiere que se modifique el concepto “única” utilizado en el título de la iniciativa, así como también que se defina el concepto de “datos relevantes”, pues las imágenes diagnósticas se pueden considerar dentro de esta categoría, pese a que su portabilidad sea compleja, así como también lo relacionado con exámenes clínicos.

Resalta la importancia del proyecto para el paciente y le generan preocupaciones frente a: costos de financiamiento, tiempo para ejecución, infraestructura, acceso a Internet de algunas regiones y la compatibilidad con la herramienta tecnológica Mi Prescripción - MIPRES.

#### d) Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

Resalta los siguientes aspectos relevantes de la iniciativa:

- Interoperabilidad como herramienta de prestación adecuada del servicio, instrumento de gestión del riesgo en salud y lucha contra la corrupción.
- El marco legal en materia de protección de datos y *habeas data* en salud debe armonizarse con las disposiciones del proyecto.
- La Historia Clínica tienen efectos administrativos, por cuanto el proyecto promoverá el funcionamiento adecuado en los centros prestadores de servicios de salud.
- El proyecto serviría de insumo para los subsectores del sector salud, como las administradoras de riesgos laborales, para las incapacidades y pensiones de invalidez.

#### e) Asociación de Pacientes de Alto Costo

Refiere como parámetro de atención la interfaz Google Salud y Salud en la Nube de Chile. Se hizo referencia a los siguientes puntos importantes:

- Percepción de la gente: realidad de pacientes con varias patologías que tienen que cargar con múltiples historias clínicas ven como factible el proyecto, pues, facilitaría sus trámites y procedimientos clínicos.
- Seguridad de la información: establece necesario que sea el Estado quien administre la matriz de datos.
- Preocupación frente a la articulación con el Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones con respecto al manejo de *big data*.
- Genera incertidumbre la longitud de la cobertura de Internet y banda ancha de zonas apartadas del país.
- También le surgen inquietudes relacionadas con el presupuesto en la inversión de *big data*, pues eso se convertiría en una inversión permanente. Por ello, considera necesario tener plena garantía de amparo de recursos para el proyecto.

#### f) Superintendencia Nacional de Salud

La delegada de la Superintendencia Nacional de Salud precisó la importancia de estandarizar los datos básicos de los pacientes como parte del ejercicio de la prestación del servicio, cambios que se pueden efectuar por parte de los prestadores o aseguradores. Hace énfasis en 4 aspectos:

- Preocupación por las diferencias existentes entre las IPS del país, relacionados con el desarrollo tecnológico, acceso y conectividad para visibilizar el proyecto. Sugiere gradualidad, pues considera que el término de 5 años no es suficiente para las regiones apartadas.
- El destino de los archivos físicos existentes no es claro en el articulado, sin embargo, deja constancia de que sería necesario desarrollarlo en la reglamentación. Es importante hablar de este tema, considerando que la historia clínica obra como medio probatorio, inclusive para la auditoría.
- Es necesario visibilizar cuál será la fuente de recursos para la implementación en las IPS.
- Para las funciones de inspección, vigilancia y control, es indispensable conocer en materia de vigencias, cuál será el inicio de su aplicación, así como también considerar la fecha desde la cual se tendrá como un criterio habilitante; cuál será el régimen de transición entre las IPS que cuentan con habilitación, así como las nuevas y a quiénes se les exige esta implementación de la HCEU.

**g) Ministerio de Hacienda y Crédito Público**

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público manifestó el apoyo que se le brindaría a la iniciativa, sugiriendo la conformación de mesas de trabajo para la consolidación del proyecto. Asimismo, habló sobre la pertinencia de no delimitar el proyecto a una Historia Clínica Única, sino de estándares interoperables de datos.

Refirió que el proyecto no permite visibilizar el costo fiscal, que es una temática fundamental para la cartera ministerial, pues es indispensable conocer cómo se dividen las responsabilidades del Gobierno nacional, ¿cuál será la fuente de los recursos?, pese a que esta información se puede definir en las mesas de trabajo propuestas.

Finalmente enunció que existe un nuevo artículo en el Plan Nacional de Desarrollo que habla acerca de Historia Clínica Electrónica.

**h) Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC)**

En primera instancia, refiere la necesidad de consultar y definir el concepto de “datos relevantes”, sin embargo, plantea inquietudes frente a algunas temáticas específicas del proyecto:

- Aplicación del término de 5 años para la ejecución del proyecto. Considera que puede ser insuficiente ese tiempo para la puesta en marcha de la iniciativa, considerando que en Colombia las zonas

de difícil acceso no cuentan con mayores avances tecnológicos.

- Sugiere la inclusión de un párrafo que contenga información paraclínica que no se puede transmitir por herramientas convencionales.
- Sugiere tener en cuenta los aportes que la telemedicina y los avances que en esta materia pueden contribuir al proyecto.

**i) Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones**

Advierte que junto con la Alta Consejería para la Innovación y la Transformación Digital y el Ministerio de Salud están generando planes de interoperabilidad en algunos sectores, sin embargo, no es desconocido que el nivel de avance tecnológico de todo el Estado no es uniforme, por cuanto la iniciativa podría alimentar otros sectores que dependen de la información de salud.

Considera importante no referirse a una historia clínica única, siendo más acertado hablar de interoperabilidad, pues esto disminuiría costos al Gobierno, dado que algunas zonas del país ya han comenzado a trabajar en estándares compatibles como otros sistemas, como, por ejemplo, el Distrito Capital. También plantea que este proyecto debería encaminar su curso a generar sistemas compatibles, incluso, con otros países.

**j) Universidad del Rosario – Facultad de Medicina**

Precisa que en las historias clínicas extensas puede existir una gran cantidad de información no relevante que podría dificultar la consulta, por ello, indica que la interoperabilidad es un punto medio que tendrá gran importancia siempre que se transmitan datos relacionados con hospitalizaciones, antecedentes clínicos, alergias, entre otros; la información básica sumada con la anterior puede gestionar el riesgo en salud. Considera importante que la norma no imponga nuevas cargas al médico al momento de brindar la atención. Finalmente, reitera que el paciente es el dueño de su historia clínica y de su información, por cuanto se debe reforzar el *habeas data* en materia de salud.

**k) Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud de Colombia (Gestarsalud)**

Enaltece la importancia del término interoperabilidad, sin embargo, asegura que es necesario contar con requisitos previos para la puesta en marcha del proceso, tales como garantizar el ancho de banda de Internet en las regiones apartadas, la adecuación de equipos tecnológicos en estas zonas y el fortalecimiento del equipo humano.

De igual forma, considera necesario conservar la integralidad de la información, a efectos de brindar

una atención expedita, donde haya transparencia en la consignación y acceso a la información.

Manifiesta incertidumbre respecto a la transición y el tiempo que se requiere entre la expedición de la ley, la efectiva creación y ejecución de la historia clínica.

#### **l) Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)**

Destaca la importancia de la iniciativa y su pertinencia, puesto que aquella permite el avance a la unificación del sector en materia de información, ejercer derechos de los pacientes, toma de decisiones para los usuarios y la creación de políticas públicas por parte del Gobierno nacional. Considera que los aspectos estratégicos del proyecto de ley, deben ser: 1) régimen de transición y fomentos para el avance, 2) la defensa del ciudadano, 3) la creación de la HCEU como requisito habilitante, 4) reglamentación mancomunada con Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 5) financiación. De igual forma, sugiere la implementación de un glosario.

#### **m) Universidad de Antioquia – Facultad de Medicina**

La Universidad de Antioquia refiere que el 63% de las historias clínicas son ambulatorias, generando reprocesos en la consolidación de la información; igualmente que, el 20% de los estudios clínicos se repiten de forma innecesaria, por cuanto interoperar podría ahorrar recursos hasta del 5% de lo destinado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

También se refirió a los niveles de interoperabilidad, que se definen así:

Nivel 1: Sin uso de TIC (por ejemplo: correo o teléfono).

Nivel 2: Información no estructurada por máquinas (fax, email, fotos).

Nivel 3: Mensajes estructurados con datos no estandarizados.

Nivel 4: Mensajes estructurados con datos estandarizados.

Manifiestó que mucha información de las historias clínicas reposa en papel, y su manipulación genera altos costos de digitalización, generando altos requerimientos para su carga masiva; considera necesario tener un horizonte temporal de conservación de la información.

Se debe aclarar si la ley obliga a las atenciones brindadas por fuera del SGSSS y Atención Pre Hospitalaria (APH). Refiere también que no hay claridad respecto a menores de edad, pacientes con pérdida de la capacidad de toma de decisiones o dependientes.

Igualmente, plateó las siguientes inquietudes:

- ¿Se consideran solo registros clínicos o también ayudas diagnósticas?
- ¿Podrá ser utilizada la HCE-U para las actividades de docencia e investigación? Esto es superimportante para la academia.
- Considerar la brecha digital en pacientes que más recursos de salud consumen (adultos mayores).

#### **n) Universidad del Valle – Facultad de Medicina**

Su intervención expuso un panorama de antecedentes relacionados con la Historia Clínica Electrónica y posteriormente resaltó que la importancia y necesidad de la Historia Clínica Electrónica en Colombia es irrefutable, pues la historia clínica es el fundamento del acto médico y planteó las diferencias existentes entre historia clínica sistematizada, digitalizada y electrónica.

Advirtió que existen dudas relacionadas con: La brecha en la interoperabilidad y la trazabilidad de la información clínica de las personas, ¿qué información clínica hará parte de la HCEU?, ¿cómo se garantiza el cubrimiento de la HCEU en todo el territorio nacional con nuestra actual situación de cobertura de Internet?, ¿cómo se garantiza que exista el adecuado ancho de banda que soporte el flujo de la información en todo el territorio nacional?, ¿cómo lo anterior es compatible con el aumento en los impuestos al ancho de banda en la ley de financiamiento? Y, ¿cómo poner a funcionar la HCEU con un sistema de salud tan particular como el colombiano?

#### **o) Colciencias**

Resaltó la pertinencia del proyecto, sin embargo, manifestó la necesidad de implementar la priorización de atención a pacientes con riesgo especial. También advirtió sobre la importancia del pago por capitación del sistema que mejore la eficiencia. Finalmente reiteró lo mencionado a lo largo de la audiencia, frente a precisar que la historia clínica deberá contener datos de evolución y medios diagnósticos.

### **5. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY**

#### **5.1. MARCO CONSTITUCIONAL Y JURISPRUDENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD**

En la Constitución colombiana de 1991 el derecho a la salud y a la seguridad social se consagran como servicios públicos, cuyo soporte jurídico está integrado por una serie de artículos: 44, 48, 49 y 50 de la Carta Política y otros preceptos constitucionales como el artículo 11 que consagra el derecho a la vida, el artículo 13 inciso tercero, según el cual el Estado debe proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, y el artículo 366 en el cual se señalan el bienestar general, el mejoramiento de

la calidad de vida de la población y la solución de las necesidades insatisfechas de salud, entre otras, como finalidades sociales del Estado<sup>1</sup>.

La seguridad social y el derecho a la salud son entendidos como derechos irrenunciables y servicios públicos que se prestan bajo la dirección y coordinación del Estado. El hecho de considerar a la salud como un servicio público<sup>2</sup> la sitúa de manera explícita en la esfera pública de acceso universal, siendo este lineamiento al menos teóricamente un componente de justicia social, para el cual deben aplicarse parámetros de justicia distributiva.

Los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud deben ser prestados dentro de un marco de eficiencia y solidaridad, y deben garantizar una atención integral, que vincula al sistema al afiliado y a su núcleo familiar, a una cobertura universal.

La Carta Política contempla que la asistencia sanitaria como servicio público, estará a cargo del Estado, a quien compete organizar y dirigir la fórmula de prestación del mismo de manera descentralizada, bien por entidades públicas o privados, bajo su vigilancia y control (C. P. artículo 49). Uno de los principios constitucionales que orientan el derecho a la salud y a la seguridad social, es la eficiencia, la cual ha sido desarrollada por la Corte Constitucional así:

**“Uno de los principios característicos del servicio público es la eficiencia y, específicamente este principio también lo es de la seguridad social. Dentro de la eficiencia está la continuidad en el servicio, es decir que no debe interrumpirse la prestación salvo cuando exista una causa legal que se ajuste a los principios constitucionales. En la Sentencia SU-562/99 expresamente se dijo sobre eficiencia y continuidad: “Uno de los principios característicos del servicio público es el de la eficiencia [...]”.**

El artículo 48 de la Constitución Política establece que “Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”. O sea que nadie puede ser excluido de tal derecho, salvo que una sentencia judicial, constitucional y razonablemente lo determine. La misma norma señala como principios de la seguridad social: **la eficiencia, la universalidad y la solidaridad. Además, “la seguridad social se ubica dentro de los principios constitucionales de la igualdad material y en la cláusula del Estado Social de Derecho”** [i]. Más contundente no puede ser la Constitución. **Por otro aspecto, la seguridad**

**social es un servicio público, por lo tanto, sobre él se proyecta el artículo 365 de la C. P.: “Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”.** (Negrillas nuestras).

Así mismo, ha indicado en la Sentencia T-116 de 1993:

**“[...] La eficiencia es un principio que tiene como destinatario a los propios organismos responsables de la prestación del servicio público de la seguridad social –el Estado y los particulares–. Ella es reiterada por el artículo 209 de la Carta como principio rector de la gestión administrativa. Implica así mismo la realización del control de resultados del servicio”.** (Negrillas nuestras).

La prestación de un servicio de salud con calidad y eficiencia, conlleva los desarrollos tecnológicos en todos los niveles como lo son, por ejemplo: equipos médicos, *software* de análisis de laboratorio, historia clínica electrónica, entre otros. Al tener los datos relevantes de una persona o paciente en la Historia Clínica Electrónica, se garantizará que cuando surja una situación crítica o que deba ser amparada por una EPS, el medio probatorio más eficaz de la circunstancia o enfermedad serán los datos contenidos en ella. La Corte Constitucional al respecto manifestó en la Sentencia T-760 de 2008:

**“Finalmente, frente al cuarto criterio se ha dicho que “(...) refleja la regla constitucional según la cual las personas tienen derecho a que se les preste la atención médica de forma eficaz y prioritaria, cuando de ello dependa su vida y su salud. Aunque en términos generales coincide con lo señalado por la jurisprudencia constitucional, se ha decidido inaplicarlo en ciertos casos por considerar que su redacción es restrictiva, pues excluye la protección en eventualidades que desde una perspectiva constitucional sí se encuentran contemplados, como cuando está comprometida la dignidad de la persona. Por otra parte cabe resaltar que el criterio indica que el riesgo inminente debe ser (1) demostrable y (2) constar en la historia clínica. Es decir, el que la vida de un paciente corra peligro o no, es un hecho que debe demostrarse científicamente. El Comité Técnico Científico no es entonces, la autoridad médica competente para dictaminar si la vida del paciente está o no en riesgo, su función se limita a constatar que tal diagnóstico fue proferido por el médico tratante, el cual debe ser un reflejo del estado de salud que se prueba por medio de la historia clínica”.** (Negrillas y subrayado nuestro).

Ahora bien, al tener la Historia Clínica Electrónica, esta podrá ser consultada en cualquier lugar del país, lo que permitirá salvar vidas, garantizando, por ende, los derechos a la salud y a la vida:

<sup>1</sup> Arango Vélez, Alba Lucía, 2007. “Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho”. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/html/3091/309126689006/> [fecha de ingreso: 16 de abril de 2019].

<sup>2</sup> La Sentencia T-760 del 2008 transforma el servicio público de salud como derecho fundamental.

*“[...] El derecho a la salud y el derecho a la seguridad social son derechos prestacionales propiamente dichos que para su efectividad requieren normas presupuestales, procedimiento y organización, que viabilizan y optimizan la eficacia del servicio público y que sirven además para mantener el equilibrio del sistema. Son protegidos, se repite, como derechos fundamentales si está de por medio la vida de quien solicita la tutela [...]”.* (Negrilla y subrayado nuestros). Sentencia de Unificación: SU-480 de 1997.

Tal como lo ha manifestado la Corte Constitucional, es de gran importancia la prestación efectiva de la salud en Colombia, la creación de la Historia Clínica Electrónica permitirá el desarrollo del mencionado principio constitucional; igualmente, se garantizarán los derechos fundamentales a la vida, la salud, la intimidad, la seguridad social, el bienestar social, entre otros.

## 5.2. MARCO JURISPRUDENCIAL CONSTITUCIONAL SOBRE EL MANEJO DE LA RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA

El concepto de seguridad de la información<sup>3</sup> se define como la suma de su disponibilidad, integridad y confidencialidad. De este modo, la disponibilidad y la confidencialidad de la información clínica se convierten en dos requisitos tan indispensables como reñidos entre sí, ya sea en el ámbito de la historia clínica tradicional o en el de la Salud-e<sup>4</sup>. Si bien las tecnologías de la información y la comunicación proporcionan nuevas herramientas para facilitar una solución de compromiso entre ambas, el problema de la seguridad de la información está muy lejos de ser exclusivamente tecnológico, ya que cualquier planteamiento que se haga en este sentido debe tener su raíz en el plano organizativo. En otras palabras, la gestión de la seguridad de la información no es diferente de cualquier otra línea de actividad o estrategia de los servicios de salud.

El médico en su relación con el paciente debe actuar siempre en beneficio de este, tanto en lo personal como en lo referente a su salud y su vida. En esta línea de pensamiento, la Medicina, desde sus orígenes, incorporó en su práctica la salvaguarda de la intimidad y el respeto a la información derivada de esta relación presidida por la confianza. Por eso, ya el Juramento Hipocrático contemplaba el secreto, que también ha estado presente con formulaciones diferentes en las

sucesivas declaraciones de la Asociación Médica Mundial.

Respeto a la intimidad del paciente implica, “*en primer lugar, no ir más allá de lo estrictamente imprescindible en la exploración (p. ej., interrogatorio acerca de su vida personal, familiar y social, incluso la práctica de determinadas pruebas) médica necesaria para elaborar un diagnóstico correcto. Pero, sobre todo, alude directamente al correlativo deber de confidencialidad, al secreto profesional, escasamente protegido en nuestra legislación hasta hace pocos años y hoy todavía de forma insuficiente en algunos aspectos, precisamente el médico-sanitario, según lo acabado de exponer. Este deber se extiende a todo lo relativo a los resultados de las exploraciones y pruebas practicadas, así como al diagnóstico, pronóstico y a la enfermedad misma y al tratamiento, incluso al hecho de la hospitalización y, si es solicitado por el paciente adulto, la confidencialidad del médico alcanza también a guardar el secreto frente a los familiares*”<sup>5</sup>.

El derecho a la reserva de la historia clínica incluye el derecho a la intimidad, consagrado en el artículo 15 de la Constitución de 1991, que expresa:

*“Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.*

*En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución.*

[...]”<sup>6</sup>. (Negrillas nuestras).

En palabras la Corte Constitucional:

*“Lo íntimo, lo realmente privado y personalísimo de las personas es, como lo ha señalado en múltiples oportunidades esta Corte, un derecho fundamental del ser humano, y debe mantener esa condición, es decir, pertenecer a una esfera o a un ámbito reservado, no conocido, no sabido, no promulgado, a menos que los hechos o circunstancias relevantes concernientes a dicha intimidad sean conocidos por terceros por voluntad del titular del derecho o porque han trascendido al dominio de la opinión pública”.* [Sentencia SU-056 de 1995, Magistrado Ponente: Antonio Barrera Carbonell]. (Negrillas nuestras).

<sup>3</sup> CEPAL, 2011. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud. Disponible en internet: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3023-manual-salud-electronica-directivos-servicios-sistemas-salud> [fecha de ingreso: 18 de abril de 2019].

<sup>4</sup> Ver definición de Salud-e en el numeral 5.4. de este informe de ponencia.

<sup>5</sup> Carlos M. Romeo Casabona y María Castellano Arroyo, 1993. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. Disponible en internet: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3180027.pdf> [fecha de acceso: 16 de abril de 2019].

<sup>6</sup> Disponible en internet: [http://secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html) [Fecha de ingreso: 18 de abril de 2019].

Tal como lo ha reconocido esta Corporación[5], existen distintos grados de intimidad, a saber: (i) **la personal, la cual alude a la salvaguarda del derecho del individuo a ser dejado sólo y a reservarse los aspectos íntimos de su vida únicamente para sí mismo, salvo su propia voluntad de divulgarlos o publicarlos;** (ii) **la familiar, que responde al secreto y a la privacidad de lo que acontece en el núcleo familiar**[6]; (iii) **la social, que involucra las relaciones del individuo en un entorno social determinado, como por ejemplo los vínculos laborales, cuya protección -aunque restringida- se mantiene vigente en aras de preservar otros derechos fundamentales como la dignidad humana**[7] y, por último, (iv) **la gremial, la cual se relaciona con las libertades económicas e involucra la posibilidad de reservarse la explotación de cierta información**[8].

“Estos **grados de privacidad** comprenden todo aquello relativo a la intimidad de las relaciones familiares, las prácticas sexuales, la salud, el domicilio, las comunicaciones personales, las creencias religiosas, los secretos profesionales y, en general, todo comportamiento del sujeto que únicamente puede llegar al conocimiento de otros...”

La información privada, se refiere a aquellos datos personales o impersonales que por encontrarse en un ámbito privado “sólo puede ser obtenida y ofrecida por orden de autoridad judicial en el cumplimiento de sus funciones. Es el caso de los libros de los comerciantes, de los documentos privados, **de las historias clínicas** o de la información extraída a partir de la inspección del domicilio”[15]. (Se resalta).

Por último, la información reservada está compuesta por datos personales, estrechamente relacionados con los derechos fundamentales del titular, por lo que “se encuentra reservada a su órbita exclusiva y no puede siquiera ser obtenida ni ofrecida por autoridad judicial en el cumplimiento de sus funciones. **Cabría mencionar aquí la información genética**, y los llamados “datos sensibles”[16] o relacionados con la ideología, la inclinación sexual, los hábitos de la persona, etc.”[17].

**De acuerdo con lo expuesto en el acápite anterior, los datos contenidos en la historia clínica corresponden a lo que se denomina “información reservada” y ello significa que, en principio, solo puede ser obtenida por voluntad de su titular o por orden de autoridad judicial en el cumplimiento de sus funciones.**

Así, las personas tienen derecho a mantener en reserva la información relativa a su estado de salud, prerrogativa que se ha denominado por la jurisprudencia de esta Corte como el “derecho a la intimidad en materia médica” o “protección de la reserva del dato médico”[21], lo cual explica que

en el ordenamiento jurídico se prevean instituciones como la inviolabilidad del secreto médico (artículo 74 C. P.) y la reserva de la historia clínica, tal y como esta Corte lo ha destacado en distintas ocasiones[22]. Esta protección encuentra una clara razón de ser, en el orden constitucional, en la necesidad de garantizar el respeto por la dignidad humana y la autonomía de las personas, ya que la divulgación de la situación clínica de un individuo puede someterlo a discriminaciones y obstaculizar el libre desarrollo de su personalidad.

**El carácter reservado de la historia clínica, entonces, se funda en la necesidad de proteger el derecho a la intimidad del individuo sobre una información que, en principio,** únicamente le concierne a él y que, por tanto, debe ser excluida del ámbito de conocimiento público. *A partir de tal consideración, en nuestro ordenamiento jurídico existen distintas disposiciones a través de las cuales se establece la naturaleza reservada de este documento y se determina quiénes están autorizados para acceder a su contenido*”. (Sentencia T-158A/08 Magistrado Ponente: Doctor Rodrigo Escobar Gil).

Por tal motivo, el secreto médico debe quedar protegido de forma general por la normativa que protege el derecho a la intimidad. Este derecho a la intimidad presenta múltiples facetas, algunas de las cuales afectan al ejercicio de la medicina, como es el rechazo a toda intromisión no consentida en la vida privada, la no difusión de la información profesionalmente.

En la normatividad que aplica para la privacidad de la historia clínica: el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, dispone que la historia clínica “*es 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*”.

Por su parte, el artículo 23 del Decreto 3380 de 1981, reglamentario de la referida ley, dispone que la reserva no se ve vulnerada por el “*conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore*”. De igual forma, el artículo 5° del Decreto 1725 de 1999 –por el cual se dictan normas de protección al usuario del sistema de seguridad social en salud– establece que “*las entidades administradoras de recursos del sistema general de seguridad social en salud tales como EPS, ARS, ARP, etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación*”.

Finalmente, la Resolución 1995 de 1999, expedida por el Ministerio de Salud, y por la cual

se establecen normas para el manejo de la historia clínica, dispone en su artículo 14:

*“Artículo 14. Acceso a la historia clínica. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la ley: 1). El usuario; 2). El Equipo de Salud; 3). Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la ley; 4). Las demás personas determinadas en la ley.*

*Parágrafo. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal”.*

De acuerdo con el artículo 1º, literal c) de la misma resolución, el equipo de salud está compuesto por *“los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los auditores médicos de las aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado”.*

Así las cosas y tal como se desprende del contenido normativo, la historia clínica no tiene un carácter absoluto de reserva, y así lo ha entendido también la Corte Constitucional en Sentencia T-158A/08:

*“...Se tiene que aun cuando la regla general es que la historia clínica es un documento sometido a reserva, no es posible predicar de ella un carácter absoluto, particularmente, por cuanto es posible que terceros conozcan su contenido bien porque han obtenido la autorización del titular, bien porque existe orden de autoridad judicial competente que así lo establece o debido a que se trata de individuos que por razón de las funciones de cumplen en el sistema de seguridad social en salud tienen acceso a ella, lo cual se explica si se considera la utilidad de este documento como mecanismo para determinar de qué manera deben ser tratadas las dolencias de un paciente en aras de restablecer su salud.*

*No obstante lo anterior, frente a terceros que se no se encuentran en ninguna de las situaciones atrás descritas, la reserva sí es oponible y, en consecuencia, no es posible que respecto de ellos se produzca la circulación del dato médico contenido en la historia clínica del paciente”.*

Otras de las posibilidades en que la historia clínica no tiene reserva, han sido contempladas en la Ley 23 de 1981, y ratificadas en sentencias de la Corte Constitucional, así:

*“No obstante esta Corte, al resolver sobre la conformidad con la Carta Política de las salvedades relacionadas en el artículo 38 de la Ley 23 de 1981, consideró constitucional “la apertura del secreto a los interesados, “cuando por defectos físicos irremediables, enfermedades graves,*

*infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia”, por tratarse de una situación límite en la cual “se impone hacer prevalecer el derecho de los niños (descendencia) y del cónyuge (cuyo deceso afectaría a los niños en cuanto puede significar la extinción virtual de la familia), sobre el derecho del paciente a que sus datos personales se mantengan, no obstante el peligro existente, ocultos”.*

*En este punto destacó la Corporación la labor del facultativo en la concienciación del paciente sobre la necesidad de asentir en la apertura, como quiera que la negativa del paciente, no obstante ser informado de la clara evidencia de peligro y de no existir “otro medio idóneo para prevenir el fatal desenlace, distinto de la revelación de la información”, el profesional obligado a guardar el secreto puede ser relevado de su cumplimiento.*

*Consideró esta Corporación, también, en la Sentencia C-264 de 1996 a que se hace mención, que “las informaciones que se suministran a las autoridades (...) de higiene y salud, en los casos previstos por la ley, pueden comportar violación al secreto profesional médico (..)”, sólo si se individualiza al paciente, concluyó entonces que la novedad puede ser reportada y el dato médico utilizado con fines sanitarios y epidemiológicos, siempre que no se aluda “al dato particularizado”. (Sentencia T-513/06 Magistrado Ponente: doctor Álvaro Tafur Galvis).*

Las reservas de los datos de la historia clínica deben custodiarse y guardarse, aun después de la muerte del paciente y solo pueden consultarse bajo condiciones especiales, así lo ha determinado la Corte Constitucional al señalar los casos en que se puede levantar dicha reserva:

*“Este tribunal ha señalado que la información relacionada con la atención prestada al paciente y que consta en la historia clínica está protegida por la reserva legal, por lo que los datos que allí reposan, no pueden ser entregados o divulgados a terceros. Así lo expuso en Sentencia C-264 de 1996, al pronunciarse sobre el secreto profesional y particularmente sobre la práctica de la medicina:*

*“La doctrina de la Corte sobre el secreto profesional, particularmente referida a la práctica de la medicina, puede condensarse en los siguientes enunciados:*

- (1) La historia clínica, su contenido y los informes que de la misma se deriven, están sujetos a reserva y, por lo tanto, sólo pueden ser conocidos por el médico y su paciente.*
- (2) Sólo con la autorización del paciente, puede revelarse a un tercero el contenido de su historia clínica.*
- (3) Levantada la reserva de la historia clínica, su uso debe limitarse al objeto y al sentido*

*legítimo de la autorización dada por el paciente.*

- (4) *Datos extraídos de la historia clínica de un paciente, sin su autorización, no puede ser utilizados válidamente como prueba en un proceso judicial.*
- (5) *No puede el Legislador señalar bajo qué condiciones puede legítimamente violarse el secreto profesional.*
- (6) *El profesional depositario del secreto profesional está obligado a mantener el sigilo y no es optativo para éste revelar su contenido o abstenerse de hacerlo”.*

[...]

*En consecuencia, si alguien distinto, así se trate de un familiar cercano del paciente, pretende obtener información contenida en la historia clínica del titular, deberá contar con su aquiescencia y, en su defecto, solicitar a la autoridad judicial competente el levantamiento de la reserva.*

***El mencionado fallo estableció la posibilidad de levantar la reserva de la historia clínica a favor de los familiares del paciente fallecido, cuando estos requieran tal documento para: (i) acceder a la administración de justicia, (ii) establecer la verdad de los hechos y (iii) determinar el responsable del deceso siempre y cuando haya un interés legítimo, real, concreto y directo de quienes fueron muy cercanos al paciente”.*** [Sentencia T-408/2014 Magistrado Ponente: Jorge Iván Palacio Palacio]. (Subrayado y negrillas nuestras).

Revisadas las sentencias de la Corte Constitucional sobre la historia clínica, encontramos que la mayor preocupación y vigilancia constitucional que realiza esta, es sobre el manejo del *habeas data* respecto a los datos íntimos y personales que contiene una historia clínica, de ahí la necesidad de cumplir con toda la rigurosidad de la ley *habeas data* en el contenido de esta ley y en el desarrollo reglamentario de la misma.

### 5.3. MARCO LEGAL Y REGLAMEN- TARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Podemos establecer que el desarrollo reglamentario de la historia clínica se ha dividido en tres grupos así:

Definición y manejo de la historia clínica	Guarda, custodia y archivo de la historia clínica	Confidencialidad y reserva de la historia clínica
Ley 23 de 1981	Ley 80 de 1989	Ley 57 de 1985
Decreto 3380 de 1981	Resolución número 1995 de 1999	Ley Estatutaria 1266 de 2008
Resolución número 2546 de 1998	Ley 594 del 2000	

Definición y manejo de la historia clínica	Guarda, custodia y archivo de la historia clínica	Confidencialidad y reserva de la historia clínica
Resolución número 2346 de 2007	Resolución 1715 de 2005	
Resolución número 1995 de 1999	Decreto número 19 de 2012	
Resolución número 3374 de 2000	Resolución número 839 de 2017	
Ley 911 de 2004		
Resolución número 1715 de 2005		
Decreto número 1011 de 2006		
Decreto número 19 de 2012		
Ley Estatutaria 1266 de 2008		

Tabla 2. Marco legal y reglamentario de la HC.

Como puede observarse, desde el año 1981 se ha reglamentado la historia clínica, sin embargo, ya es hora de promulgar una ley que consagre los aspectos más relevantes de la Historia Clínica Electrónica, para conducir la prestación del servicio de salud a la era digital y así ofrecer un servicio de salud dinámico, ágil y eficiente al pueblo colombiano.

### 5.4. MARCO INTERNACIONAL DE SALUD EN LÍNEA O ELECTRÓNICA

La Organización Mundial de la Salud define la salud en línea o electrónica (*Salud-e e-health*), como el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) 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; desarrollando confianza en las nuevas tecnologías, tanto entre los profesionales de salud como entre los pacientes y ciudadanos.

La Salud-e tiene multitud de implicaciones relacionadas con la prevención, diagnóstico, tratamiento y monitorización de pacientes, así como con la planificación y control de gestión de los servicios y sistemas de salud. En este ámbito tienen cabida aplicaciones tan diversas como la historia clínica electrónica, la gestión de la farmacoterapia, los sistemas de gestión clínico-administrativa, la imagen médica digital, los sistemas de información departamentales, los distintos servicios de telemedicina, los sistemas de vigilancia de salud pública o laboral, o los programas de educación a distancia en salud, entre otros. Tiene como elemento fundamental, la interoperabilidad que permite el intercambio de datos entre sistemas y las medidas de seguridad y protección de la información<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> CEPAL, 2011. Manual de salud electrónica para direc-

La **interoperabilidad**<sup>8</sup> entre sistemas, es “concebida como la capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. La pieza fundamental de la interoperabilidad de sistemas es la utilización de estándares que definen los métodos para llevar a cabo estos intercambios de información”.

Por lo anterior, la Historia Clínica Electrónica debe ser desarrollada teniendo en cuenta la posibilidad de intercambio electrónico de datos entre los operadores en salud, que puede lograrse mediante la creación de interfaces dedicadas para cada caso, y de acuerdo con la cantidad de sistemas a integrar<sup>9</sup>.

Ahora bien, debido a que las tecnologías relacionadas con las Historias Clínicas Electrónicas (HCE) son relativamente nuevas, en los diferentes países en donde se están implementando todavía se están discutiendo y debatiendo muchos aspectos legales.<sup>10</sup> Sin embargo, existen varios países en los cuales esta problemática ya está resuelta.

#### 5.4.1. Europa

Los países de Europa que se caracterizan por el alto grado de intervención del Estado en los avances en Historia Clínica Electrónica, muestra más de 25 años de experiencias en este campo. Los primeros proyectos, mayoritariamente, se desarrollaron en entornos locales, de modo que los siguientes pasos fueron la expansión de las soluciones implantadas y su evolución mediante la incorporación de nuevas funcionalidades.

Con la consolidación a gran escala de estas soluciones y la creación de la Unión Europea (UE) transitaron a una estrategia basada en la integración de los sistemas existentes para permitir el intercambio de información clínica de los

ciudadanos y facilitar su atención en cualquiera de los países de la UE<sup>11</sup>.

En ese contexto, la **Unión Europea** promovió dos proyectos<sup>12</sup> que, a la vez, constituyeron una importante fuente de aprendizaje de diálogo técnico-político para las incipientes experiencias. Primero, el proyecto *European Patient - Smart Open Services* (epSOS), intentó disponer de una Historia Clínica Electrónica resumida para que un profesional pudiera consultar rápidamente la información esencial del paciente inclusive fuera de su país de origen. Incluyó la funcionalidad de la receta electrónica para permitir que un paciente recibiera la medicación, independientemente del país en que fue prescrita y del país en el cual se encontrara al momento de la dispensación.

El segundo proyecto es el denominado *CALL for InterOPERability: Creating a European coordination network for eHealth interoperability implementation* (CALLIOPE). Su objetivo se fundamentó en crear foros y plataformas de diálogo y colaboración internacional, con vistas al desarrollo de servicios unificados de Salud-e y a la creación de una red de interoperabilidad transfronteriza dentro de la Unión Europea, así como la divulgación de experiencias, resultados y buenas prácticas.

Junto a estas dos iniciativas, varios países bálticos implementaron el proyecto *Baltic eHealth*. Su objetivo planteó promover la implantación de la Salud-e en las zonas rurales de **Dinamarca, Estonia, Lituania, Noruega y Suecia** mediante la creación de una red transnacional, a partir de la interconexión de las redes nacionales y regionales ya existentes en estos países. Esta red permite la prestación de servicios de forma transfronteriza, fundamentalmente de telemedicina, garantiza el acceso a la atención de salud en todo el territorio y contribuye a contrarrestar la despoblación de las zonas rurales debido a la dispersión geográfica de la población.

La aprobación de la Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza confirma el compromiso de las instituciones europeas para garantizar a los ciudadanos el derecho a una asistencia sanitaria de calidad con independencia del lugar en que dicha asistencia tenga lugar.

Otro país en el cual esta problemática ya está resuelta es **España**. En este caso, El Sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, ofrece las siguientes funcionalidades a los ciudadanos: acceso a los conjuntos de datos personales sobre su salud, registro de accesos producidos a sus conjuntos de datos y ocultar

tivos de servicios y sistemas de salud. Disponible en Internet: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3023-manual-salud-electronica-directivos-servicios-sistemas-salud> [fecha de ingreso: 18 de abril de 2019].

<sup>8</sup> *Ibidem*.

<sup>9</sup> González Bernaldo de Quirós, Fernán y Luna, Daniel, La Historia Clínica Electrónica, en: CEPAL, 2011. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud. Disponible en internet: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3023-manual-salud-electronica-directivos-servicios-sistemas-salud> [Fecha de ingreso: 18 de abril de 2019].

<sup>10</sup> Haugen, M.B. A. Tegen y D. Warner (2011), “Fundamentals of the Legal Health Record and Designated Record Set”, J. AHIMA, vol. 82, N.º 2, citado en: CEPAL, 2011. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> Carnicero, J. 2010, “Lessons Learned from Implementation of Information and Communication Technologies in Spain’s Healthcare Services: Issues and Opportunities”, *Appl Clin Inf*, N.º 1, doi: 10.4338/ACI-2010-07-CR-0041.

aquellos conjuntos de datos que no deben ser conocidos por profesionales distintos de quienes habitualmente le atienden, prescripción de medicamentos y pruebas complementarias y la cita previa con el nivel especializado. También reconoció el valor probatorio de los documentos electrónicos como un requisito indispensable para la implementación de HCE<sup>13</sup>.

Este país exhibe una amplia y exitosa implantación de la HCE con una cobertura cercana al 100% en atención primaria y también han implantado sistemas de receta electrónica, aumentando la eficiencia del sistema.

En lo que va de este proceso se han invertido unos 300 millones de euros, de los cuales aproximadamente la mitad han sido aportes del Estado y la otra mitad, de las Comunidades Autónomas<sup>14</sup>. El Sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud ya está en funcionamiento en dos comunidades autónomas.

Otro ejemplo de esto es **Francia**, dado que en el año 2009 creó la instancia de acceso de los pacientes a su HCE. De esta manera se les otorgó mayor participación y responsabilidad en el autocuidado, a la vez que se les proporcionó la facultad de gestionar la información que aparece en su HCE. En el proyecto se les reconoció el derecho de ocultar ciertos datos que los usuarios no deseen que aparezcan y que autoricen a los profesionales para ingresar a su HCE<sup>15</sup>.

En 2004, formuló un proyecto destinado a elaborar una herramienta para un mejor registro de la información de los pacientes, denominado *Dossier Médical Personnel* (DMP)<sup>33</sup>. Sin embargo, por sus objetivos excesivamente ambiciosos, plazos muy cortos, ausencia de estrategias para abordar las resistencias al cambio de parte de los profesionales de la salud, insuficiencia de medios técnicos y administrativos e indefinición presupuestaria, en 2008 aún no lograba alcanzar su fase de implementación (*Ministère de la Santé et des Sports*, 2008). Por lo mismo, tuvo que ser reformulado y en abril de 2009, fue publicado el Programa de Recuperación del DMP.

#### 5.4.2. América

En América Latina y el Caribe existe importante y valiosa experiencia en esta materia; sin embargo, aún no termina de consolidarse. Al igual que lo que sucede en el resto del mundo, los mayores

desafíos para los países de la región se refieren a temas de legislación, estándares, interoperabilidad y financiamiento.

En la región, la implicación del sector público es mucho menor, razón por la cual, la mayoría de sus experiencias significativas corresponden a proyectos de carácter universitario, con presupuestos precarios y de baja cobertura poblacional. La recepción de donaciones, tanto de la comunidad internacional como del sector privado, ha sido fundamental para que algunos de estos proyectos adquieran mayor estabilidad financiera y gocen de cierta visibilidad.

El principal reto en la región es lograr traspasar estas experiencias al Estado, en forma de alianzas con las universidades, para su desarrollo a escala nacional<sup>16</sup>.

Por otro lado, en Latinoamérica se instala cada vez con más fuerza el concepto de telesalud, algo más amplio que telemedicina al incorporar, junto con esta, la educación a distancia para capacitar y proveer de educación continua a equipos de salud en vastas zonas geográficas con carencia de recursos humanos especializados o con difícil acceso a la oferta educativa.

Es así como han ido madurando algunos planes de telesalud, como en el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) en **México**; o se realizan debates para ir más allá de experiencias piloto, por ejemplo en **Ecuador**, o en **Perú**, que ya cuenta con un plan nacional aprobado por Decreto Supremo en 2005.

En materia de historia clínica electrónica, México a través de la Secretaría de Salud comenzó a desarrollar la HCE en 2007. Este plan estuvo programado para llevarse a cabo en seis fases entre 2007-2012 bajo una norma mexicana de interoperabilidad. Asimismo, existen iniciativas locales propias en los estados de Chiapas, Yucatán y Nuevo León.

En 2008 se inauguró el Sistema de Información de Salud de **Belize** (BHIS), de acceso nacional con registros médicos informatizados y centralizados.

De otro lado, en la **República Bolivariana de Venezuela** se desarrolló una historia clínica estandarizada bajo plataformas de software libre. Esta convive con una serie de iniciativas privadas de registros médicos electrónicos, así como de otras instituciones públicas<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> Silva, Ricardo (2010), *Proyectos tecnológicos para la salud electrónica en la República Bolivariana de Venezuela*. Fernández, Andrés y Oviedo, Enrique (eds.), *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, no publicado.

<sup>13</sup> Steward, M. (2005), "Electronic Medical Records. Privacy, Confidentiality, Liability", *J. Leg Med*, vol. 26, N.º 4. Citado en: CEPAL, 2011. *Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud*.

<sup>14</sup> Carnicero, Javier (2010), *Experiencia española en sanidad electrónica*. Fernández, Andrés y Oviedo, Enrique (eds.), *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, no publicado.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

**Argentina** es probablemente el país de la región con mayor trayectoria y reconocimiento internacional en esta materia, destacándose el trabajo del Hospital Italiano de Buenos Aires, así como la interconexión de los 43 hospitales que administra el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

En países de **Norteamérica**, como **Canadá** se promovieron asociaciones público-privadas, con éxito. En 2006, *Infoway* y la *Canadian Standards Association* firmaron un acuerdo para avanzar en la creación de estándares TIC en salud, lo que llevó a la creación de una historia clínica electrónica (HCE) completamente interoperable en todo Canadá, siendo el modelo más exitoso hasta el momento.

**5.5. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

Por su utilidad en los procesos clínicos y administrativos, sus beneficios de calidad y seguridad y su potencial en la acumulación de información para la investigación en salud, la Historia Clínica Electrónica es una de las principales aplicaciones de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, aunque, muy probablemente, sea también una de las más complejas de implementar.

La Historia Clínica Electrónica supone introducir las TIC en el núcleo de la actividad sanitaria, como

es el registro de la relación entre el paciente y los médicos y demás profesionales de salud que le atienden. El concepto de historia clínica cambia con la informatización, pues pasa de ser un registro del proceso o procesos de un paciente vinculado a un profesional o a un centro sanitario, a ser un registro de todos los antecedentes de salud de una persona que forma parte de un sistema integrado de información<sup>18</sup>.

La importancia de la HCE incide directamente en distintos ámbitos donde la Historia Clínica cobra importancia, como por ejemplo en la lucha contra la corrupción, en el sentido que con la HCE se podrán controlar los procedimientos y tratamientos relacionados directamente con las patologías que padecen los usuarios del sistema de salud, mitigando el riesgo de repetir sucesos de corrupción de la historia reciente de Colombia como el denominado “*cartel de la hemofilia*”.

Su importancia también radica en contribuir a la identificación de alergias provocadas por la medicación como sus contraindicaciones, antes que se ocasione el daño. Al respecto, es preciso indicar que, en los últimos años, han venido aumentando las muertes causadas por reacción alérgica a medicamentos, lo cual puede ser en gran causa, por no tener la información completa de la persona o paciente al ser atendido, riesgo que se mitiga con la creación de la HCE.

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

Tabla 3. 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. Fuente: Respuesta Derecho de Petición a UTL Reyes Kuri, Estadísticas vitales.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

De igual forma, la Historia Clínica Electrónica también recae en la disminución de los costos del sistema de salud, pues como lo mencionan teóricos en materia de salud, la interoperabilidad mejoraría la gestión de los servicios de salud, disminuyendo los costos, por ejemplo, con la disminución de las solicitudes de estudios redundantes al asegurar la disponibilidad de resultados previos, imágenes e indicaciones quirúrgicas, acotando en gran medida el gasto, con un ahorro neto del 5% del gasto total en salud<sup>19</sup>, representados en los ahorros en costos de bodegaje de archivos físicos, papelería, duplicidad de análisis clínicos, la mitigación del riesgo de falsificación de incapacidades, entre otros.

Las incapacidades médicas falsas 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). Anualmente se dan en el país más de 26 millones de incapacidades médicas (Caracol Radio, 2018).

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).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), ha identificado que la implementación de las TIC en el sector salud tiene los siguientes beneficios que pueden ser agrupados en cuatro categorías de objetivos que se interrelacionan:

- Mejorar la calidad de la atención y la eficiencia
- Reducir los costos operativos de los servicios clínicos
- Reducir los costos administrativos
- Permitir el desarrollo de nuevas formas de atención debido a su potencial de transformación.

Por otro lado, la Historia Clínica Electrónica tiene como finalidad<sup>20</sup> primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de

facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestarle asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos de la historia clínica como son:

- a) Elemento de control para el SGSSS, pues a través de la Historia Clínica Electrónica única se obtendrá un elemento más de control contra posibles actos de corrupción;
- b) Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías y publicaciones científicas;
- c) Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada;
- d) Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias;
- e) Médico-legal: Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado;
- f) Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales;
- g) Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para

<sup>19</sup> Walker J., Pan E., Johnston D., Adler-Milstein J., Bates DW, Middleton B. The value of health care information exchange and interoperability. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Jan-Jun; Suppl Web Exclusives:W5-10-W5-8.

<sup>20</sup> Tomado de: Normatividad de la historia clínica, dispo-

verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que los incumplimientos de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional;

- h) Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional;
- i) Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico-legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc. Sirve de instrumento para verificar las cargas económicas-financieras de cada paciente, lo que genera efectividad en el sistema y una verdadera ayuda de anticorrupción al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## 6. IMPACTO FISCAL DEL PROYECTO DE LEY

La necesidad de que el sector salud diseñe e implemente la historia clínica electrónica ha estado vigente en la agenda gubernamental, desde la Ley 1438 de 2011, que estableció el parágrafo transitorio del artículo 112: *“La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá plena validez probatoria”*. Así mismo, en la Ley 1753 de 2015 *“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”*”, que estableció en su artículo 45 los estándares, modelos y lineamientos para tecnologías de la información y las comunicaciones para los servicios al ciudadano y la historia clínica electrónica.

Ahora bien, el Proyecto de ley número 311 de 2019 Cámara y 227 de 2019 Senado, *“por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022” “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”* para el actual Gobierno, aprobado por las plenarias del Senado de la República y la Cámara de Representantes, en su artículo 249 contempla:

*“Artículo 249. Interoperabilidad de la historia clínica. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará un mecanismo electrónico que desarrolle la interoperabilidad de la historia clínica. Dicho mecanismo deberá garantizar que todos los prestadores de servicios de salud*

*públicos y privados, y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud, compartan los datos vitales definidos por el Gobierno nacional para dar continuidad a la atención en salud, los cuales deberán cumplir los estándares que se establezcan para el efecto. El mecanismo electrónico de interoperabilidad garantizará la autenticidad, integridad, disponibilidad y fiabilidad de los datos y deberá utilizar las técnicas necesarias que minimicen el riesgo a la suplantación, alteración, pérdida de confidencialidad y cualquier acceso indebido o no autorizado a la misma, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.*

*Parágrafo. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley el Gobierno nacional, deberá en un término de doce (12) meses adoptar la reglamentación que estime necesaria para el desarrollo del presente artículo”*.

Así las cosas, el Plan Nacional de Desarrollo conforme al artículo 339 superior, debe contener los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el Gobierno, dentro de su período (cuatrienio), por lo que, esta medida debe prolongarse en el tiempo, tal como se observa en los artículos citados, se necesita una ley que desarrolle, argumente y estructure la aplicación de la historia clínica electrónica, la cual es objeto de esta iniciativa legislativa.

Al estar incluido el artículo 249 *“Interoperabilidad de la Historia Clínica”* en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 y haber sido ya discutido y aprobado en la Cámara de Representantes y Senado de la República, cuenta con el aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que, está garantizado en el plan plurianual de inversiones, el presupuesto para su implementación.

Es de anotar igualmente que, de las reuniones sostenidas con el Ministerio de Salud y Protección Social, este indico que para el mes de julio, tendrán calculados los costos de funcionamiento de la Historia Clínica Electrónica, tiempo en el cual esta iniciativa parlamentaria estará aun cursando trámite en el Congreso de la República. Por lo anterior, y de conformidad con las Leyes 819 de 2003, marco fiscal, 1473 de 2011 regla fiscal, y naturalmente el Acto Legislativo 03 de 2011 de sostenibilidad fiscal, concluimos, por lo tanto, que el Gobierno apoya política y económicamente esta iniciativa legislativa.

## 7. PLIEGO DE MODIFICACIONES

En atención a las consideraciones anteriormente planteadas, se proponen las siguientes modificaciones respecto del proyecto original:

<p><b>PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2019 SENADO</b></p>	<p><b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2019</b></p>
<p><i>“por medio del cual se racionalizan trámites en el sector salud, a través de la creación de la historia clínica electrónica y se dictan otras disposiciones”</i></p>	<p><i>“por medio del cual se crea la historia clínica electrónica y se dictan otras disposiciones”-</i></p>
<p><b>CAPÍTULO I.</b> <b>Objeto, Creación, Sujetos Obligados, Custodia y Guarda.</b></p> <p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> 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. <del>En la cual se consignarán todos los datos clínicos relevantes de cada persona o paciente desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.</del></p>	<p><b>CAPÍTULO I.</b> <b>Objeto, Definiciones, Diseño, Implementación y Administración, Sujetos Obligados, Custodia y Guarda.</b></p> <p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley tiene por objeto la creación de la Historia Clínica <b>Electrónica (HCE)</b>, en la cual se consignarán los datos clínicos relevantes de cada persona o paciente. A través de la creación de la HCE se facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas y se combatirá la corrupción.</p>
	<p><b>ARTÍCULO NUEVO</b> <b>Artículo 2°. Definiciones:</b> <b>Historia Clínica Electrónica:</b> es el registro unificado, cronológicamente de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en una base de datos, administrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente. <b>Interoperabilidad:</b> capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.</p>
<p>Artículo 2°. <i>Creación y administración.</i> 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Artículo 3°. <i>Diseño, implementación y administración.</i> Los Ministerios de Salud y Protección Social y el de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones <b>diseñarán e implementarán</b> la Historia Clínica Electrónica de manera interoperable. El Ministerio de Salud y Protección Social administrará la HCE.</p> <p>Parágrafo. La Historia Clínica Electrónica deberá ser <b>diseñada e implementada</b> en un término máximo de <b>doce (12) meses</b>, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>
<p>Artículo 3°. <i>Sujetos obligados.</i> 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; <del>desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.</del></p> <p>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 compartir los datos clínicos relevantes de las personas o pacientes con la Historia Clínica Electrónica Única.</p>	<p>Artículo 4°. <i>Sujetos obligados.</i> 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 a través de la Historia Clínica Electrónica todos los datos clínicos relevantes de las personas o pacientes.</p> <p>Parágrafo 1°. Todos los sujetos obligados conforme a este <b>artículo dentro de los cinco (5) años siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley</b>, deberán contar con las condiciones tecnológicas y técnicas para su cumplimiento.</p>

<p align="center"><b>PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2019 SENADO</b></p>	<p align="center"><b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2019</b></p>
<p>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.</p>	<p>Parágrafo 2°. <b>El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá el plazo máximo para que los sujetos obligados que no cuentan con las condiciones tecnológicas y técnicas, compartan los datos clínicos relevantes de las personas o pacientes en la Historia Clínica Electrónica.</b></p>
<p>Artículo 4°. <i>Guarda y custodia.</i> 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, <del>pero deberán compartir todos los datos clínicos relevantes de que trata esta ley con la Historia Clínica Electrónica Única haciendo uso de la interoperabilidad.</del></p>	<p>Artículo 5°. <i>Guarda y custodia.</i> Todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras de servicios de salud, <b>así como los profesionales de la salud,</b> 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.</p>
<p align="center"><b>CAPÍTULO II. Titularidad.</b></p> <p>Artículo 5°. <i>Titularidad.</i> 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 <del>leyes vigentes sobre la materia.</del></p>	<p align="center"><b>CAPÍTULO II. Titularidad.</b></p> <p>Artículo 6°. <i>Titularidad.</i> Cada persona o paciente será titular de su Historia Clínica Electrónica, a la cual tendrán acceso, además del titular, los sujetos obligados en el artículo tercero de la presente ley, con el previo y expreso consentimiento de la persona o paciente de acuerdo con la normatividad vigente.</p>
<p>Artículo 6°. <i>Autorización a terceros.</i> 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 <del>leyes vigentes sobre la materia.</del></p>	<p>Artículo 7°. <i>Autorización a terceros.</i> Sólo la persona o paciente titular de la Historia Clínica Electrónica podrá autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida de acuerdo con la normatividad vigente.</p>
<p align="center"><b>CAPÍTULO III. Contenido, Gratuidad y Autenticidad.</b></p> <p>Artículo 7°. <i>Contenido.</i> 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p align="center"><b>CAPÍTULO III. Contenido, Gratuidad y Autenticidad.</b></p> <p>Artículo 8°. <i>Contenido.</i> La Historia Clínica Electrónica deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona o paciente, de forma clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad.</p> <p>Parágrafo. La información suministrada en la Historia Clínica Electrónica 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.</p> <p>En caso de ser necesaria la corrección de una información de Historia Clínica Electrónica, 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.</p>
<p>Artículo 8°. <i>Gratuidad.</i> 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 <del>electrónica</del> de forma gratuita, completa y rápida.</p>	<p>Artículo 9°. <i>Gratuidad.</i> Toda persona o paciente tendrá derecho a que todas las instituciones de salud, públicas o privadas, particulares o colectivas, administradoras o prestadoras de servicios de salud, <b>así como los profesionales de la salud</b> previa solicitud, le suministren su historia clínica física y/o por <b>cualquier medio electrónico</b> de forma gratuita, completa y rápida.</p>
<p>Artículo 9°. <i>Autenticidad.</i> La Historia Clínica Electrónica Única se presumirá auténtica de acuerdo con las <del>leyes vigentes sobre la materia.</del></p>	<p>Artículo 10. <i>Autenticidad.</i> La Historia Clínica Electrónica se presumirá auténtica de acuerdo con la normatividad vigente.</p>
<p align="center"><b>CAPÍTULO IV. Instituciones avaladas.</b></p> <p>Artículo 10. <i>Requisito para la constitución de instituciones de salud.</i> 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.</p>	<p align="center"><b>CAPÍTULO IV. Instituciones avaladas.</b></p> <p>Artículo 11. <i>Requisito para la constitución de entidades/instituciones de salud.</i> Para la constitución de <b>entidades/instituciones</b> 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.</p>

PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2019 SENADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2019
<p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO V.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Disposiciones Generales.</b></p> <p>Artículo 44. <b>REGLAMENTACIÓN.</b> 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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">ELIMINAR ARTÍCULO</p>
<p>Artículo 12. <i>Reportes obligatorios de salud pública.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social <del>propenderá por articular</del> la información consignada en los reportes obligatorios de salud pública con la Historia Clínica Electrónica Única.</p>	<p>Artículo 12. <i>Reportes obligatorios de salud pública.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social articulará la información consignada en los reportes obligatorios de salud pública con la Historia Clínica Electrónica.</p>
<p>Artículo 13. <i>Pago medicamentos, procedimientos y otros servicios.</i> <del>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.</del></p> <p>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.</p>	<p>Artículo 13. <i>Pago de medicamentos, procedimientos y otros servicios.</i> <b>Para el pago de medicamentos, procedimientos, y otros servicios, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), o quien haga sus veces, deberá consultar la Historia Clínica Electrónica.</b></p> <p>Parágrafo. Si la información suministrada por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a la ADRES para el pago de los medicamentos, procedimientos y otros servicios, no coincide con la información almacenada en la Historia Clínica Electrónica, la ADRES se abstendrá de realizar el pago.</p>
<p>Artículo 14. <del><i>Prohibición de divulgar datos.</i> 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.</del></p>	<p>Artículo 14. <i>Prohibición de divulgar datos.</i> La divulgación de los datos de cualquier persona o paciente consignados en la Historia Clínica Electrónica por parte de quien hubiere tenido acceso a esta información, está prohibida.</p> <p><b>Parágrafo. Para los profesionales de la salud y los servidores públicos la divulgación de la información de que trata el presente artículo constituirá falta gravísima.</b></p>
<p>Artículo 15. <i>Seguridad cibernética y Habeas Data.</i> 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.</p>	<p>Artículo 15. <i>Seguridad cibernética y Habeas Data.</i> La Historia Clínica Electrónica 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.</p>
<p>Artículo 16. <i>Financiación.</i> 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.</p>	<p>Artículo 16. <i>Financiación.</i> 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.</p>
<p>Artículo 17. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige desde su promulgación, y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 17. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige desde su promulgación, y deroga las normas que le sean contrarias.</p>

## 8. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa solicito a la Comisión Séptima del Senado de la República

dar primer debate al Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado, *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, conforme al pliego de modificaciones.



H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE  
Ponente

## 9. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2019

*por medio del cual se crea la Historia Clínica Electrónica y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de la República

DECRETA:

CAPÍTULO I.

### **Objeto, Definiciones, Diseño, Implementación y Administración, Sujetos Obligados, Custodia y Guarda.**

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto la creación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), en la cual se consignarán los datos clínicos relevantes de cada persona o paciente.

A través de la creación de la HCE se facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas y se combatirá la corrupción.

Artículo 2°. *Definiciones:*

Historia Clínica Electrónica: es el registro unificado, cronológicamente de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en una base de datos, administrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

Interoperabilidad: capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

Artículo 3°. *Diseño, implementación y administración.* Los Ministerios de Salud y Protección Social y el de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones diseñarán e implementarán la Historia Clínica Electrónica de manera interoperable. El Ministerio de Salud y Protección Social administrará la HCE.

Parágrafo. La Historia Clínica Electrónica deberá ser diseñada e implementada en un término máximo de doce (12) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 4°. *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 a través de la Historia Clínica Electrónica todos los datos clínicos relevantes de las personas o pacientes.

Parágrafo 1°. Todos los sujetos obligados conforme a este artículo dentro de los cinco (5) años siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, deberán contar con las condiciones tecnológicas y técnicas para su cumplimiento.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá el plazo máximo para que los sujetos obligados que no cuentan con las condiciones tecnológicas y técnicas, compartan los datos clínicos relevantes de las personas o pacientes en la Historia Clínica Electrónica.

Artículo 5°. *Guarda y custodia.* 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, 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.

CAPÍTULO II.

**Titularidad.**

Artículo 6°. *Titularidad.* Cada persona o paciente será titular de su Historia Clínica Electrónica, a la cual tendrán acceso, además del titular, los sujetos obligados en el artículo tercero de la presente ley, con el previo y expreso consentimiento de la persona o paciente de acuerdo con la normatividad vigente.

Artículo 7°. *Autorización a terceros.* Sólo la persona o paciente titular de la Historia Clínica Electrónica podrá autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida de acuerdo con la normatividad vigente.

CAPÍTULO III.

**Contenido, Gratuidad y Autenticidad.**

Artículo 8°. *Contenido.* La Historia Clínica Electrónica 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 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, 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 9°. *Gratuidad.* Toda persona o paciente tendrá derecho a que 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 previa solicitud, le suministren su historia clínica física y/o por cualquier medio electrónico de forma gratuita, completa y rápida.

Artículo 10. *Autenticidad.* La Historia Clínica Electrónica se presumirá auténtica de acuerdo con la normatividad vigente.

#### CAPÍTULO IV.

##### Instituciones avaladas.

Artículo 11. *Requisito para la constitución de entidades/instituciones de salud.* Para la constitución de entidades/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 12. *Reportes obligatorios de salud pública.* El Ministerio de Salud y Protección Social articulará la información consignada en los reportes obligatorios de salud pública con la Historia Clínica Electrónica.

Artículo 13. *Pago de medicamentos, procedimientos y otros servicios.* Para el pago de medicamentos, procedimientos, y otros servicios, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), o quien haga sus veces, deberá consultar la Historia Clínica Electrónica.

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

Artículo 14. *Prohibición de divulgar datos.* La divulgación de los datos de cualquier persona o paciente consignados en la Historia Clínica Electrónica por parte de quien hubiere tenido acceso a esta información, está prohibida.

Parágrafo. Para los profesionales de la salud y los servidores públicos la divulgación de la

información de que trata el presente artículo constituirá falta gravísima.

Artículo 15. *Seguridad cibernética y Habeas Data.* La Historia Clínica Electrónica 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.



H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE  
Ponente

#### COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los ocho (8) días del mes de mayo del año dos mil dieciocho (2018)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto Propuesto para Primer Debate.

**Número del Proyecto de ley: número 233 de 2019 Senado.**

**Título del proyecto:** *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.*

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
Secretario—Comisión Séptima

## CONCEPTOS JURÍDICOS

### CONCEPTO JURÍDICO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 221 DE 2018 SENADO

*por medio de la cual se fomenta, se protege y se incentiva la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación infantil - Ley Gloria Ochoa Parra - y se dictan otras disposiciones.*

11000/

Bogotá, D. C.,

Señor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario

Comisión Séptima

Senado de la República

Edificio Nuevo del Congreso - Carrera 7 N° 8-68 Oficina 241 B

Ciudad

**Asunto: Concepto al Proyecto de ley número 221 de 2018 Senado, por medio de la cual se fomenta, se protege y se incentiva la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación infantil - Ley Gloria Ochoa Parra - y se dictan otras disposiciones.**

Respetado señor Secretario:

Atendiendo al requerimiento realizado mediante Oficio CSP-CS-0408-2019 del 12 de abril de 2019, recibido por este Instituto el día 23 de abril de 2019 mediante correo electrónico, me permito emitir concepto frente a la iniciativa de la referencia, en los siguientes términos:

De conformidad con lo planteado en el artículo primero de la iniciativa, el objetivo general del mencionado proyecto de ley es fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación infantil, a fin de lograr una nutrición segura, adecuada y suficiente; fomentar la alimentación saludable, prevenir el sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles, mediante la regulación de la comercialización y distribución de todo producto que sea utilizado para la alimentación de lactantes y niños pequeños de hasta 36 meses, mujeres gestantes y en periodo de lactancia.

El proyecto de ley en comento cuenta con dieciséis artículos así: 1. Objeto; 2. Definiciones; 3. Ámbito de aplicación; 4. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia; 5. Acreditación a las IPS del país como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI); 6. Formación y capacitación del personal de salud de cada IPS del país, para que estas puedan ser acreditadas como IAMI; 7. Salas Amigas de la Mujer y la Infancia; 8. Prohibiciones; 9. Etiquetado; 10. Responsabilidad de las entidades estatales; 11. Prohibición de publicidad, promoción

y patrocinio de los productos designados; 12. Revisión microbiológica de las fórmulas lácteas; 13. Alimentación Infantil en Emergencia; 14. Promoción; 15. Sanciones; 16. Vigencia, rigiendo a partir de su promulgación y derogando todas las disposiciones que le sean contrarias.

#### 1. Concepto de impacto fiscal

Respecto de la solicitud de “Rendir CONCEPTO al cual alude el artículo 7° de la Ley 819 de 2003”, se debe en primer lugar precisar el alcance de la solicitud, en especial frente a la competencia legal del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para emitir un concepto de impacto fiscal en relación con el proyecto de ley del asunto en estudio.

Al respecto, el artículo 7° de la Ley 819 reza:

*“Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.*

*Para estos propósitos, deberán incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.*

*El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.*

*Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.*

*En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces”.*

El alcance de la anterior disposición normativa ha sido fijado por la Corte Constitucional, indicando el responsable de adelantar el estudio de impacto fiscal sobre los proyectos de ley y ordenanzas que ordenen gasto o que otorguen beneficios tributarios. En un conjunto amplio de decisiones de la Corte<sup>1</sup>, el máximo tribunal de la jurisdicción constitucional ha dispuesto que es el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el responsable de conceptuar sobre impacto fiscal, al ser la entidad del Gobierno

<sup>1</sup> Ver entre otras Sentencias: C-290/09, C-373/09, C-662/09, C-593/10, C-742/10.

que tiene la capacidad técnica y los insumos que requiere el análisis de carácter económico sobre las finanzas del Estado. En este sentido la Corte ha señalado lo siguiente:

“(…) [el] análisis [de impacto fiscal] **corresponde hacerlo principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público**, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, **le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el**

**Ministro de Hacienda.**” [Énfasis fuera del texto].

En este orden de ideas, y tomando en consideración la interpretación de la Corte Constitucional, según la cual el Ministerio de Hacienda y Crédito Público es el encargado de adelantar el concepto sobre la sostenibilidad fiscal, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar carece de competencia para dar un concepto de carácter fiscal de la iniciativa legislativa. Adicionalmente, es pertinente señalar que los artículos analizados del proyecto de ley vinculan principalmente competencias de otras entidades estatales, lo cual confirma la falta de competencia de esta entidad para pronunciarse sobre el estimativo de gastos que generarían las medidas adoptadas por el mencionado proyecto.

Cordialmente,



MARÍA MERCEDES LIEVANO ALZATE  
Subdirectora General ICBF

LA COMISIÓN SÉPTIMA  
CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL  
HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., el siete (7) días del mes de mayo del año dos mil diecinueve (2019)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes: consideraciones.

**Concepto:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

**Refrendado por:** la doctora *María Mercedes Liévano Alzate* - Subdirectora General - ICBF.

**Al Proyecto de ley número 221 de 2018 Senado.**

**Título del proyecto:** *por medio de la cual se fomentan, se protegen y se incentivan la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación infantil –Ley Gloria Ochoa Parra– y se dictan otras disposiciones.*

**Número de folios:** cuatro (4) folios.

**Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día:** martes siete (7) de mayo de 2019.

Hora: 9:00 a. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
SECRETARIO  
Comisión Séptima del H. Senado de la República

**CONTENIDO**

Gaceta número 323 - Miércoles, 8 de mayo de 2019  
SENADO DE LA REPÚBLICA  
PONENCIAS

	Págs.
Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto pliego de modificaciones del Proyecto de ley número 21 de 2018 Senado, por medio del cual se modifica la Ley 181 de 1995, la Ley 1445 de 2011 y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara, “por medio del cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones”.....	12
Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 233 de 2019 Senado, 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. ....	20
<b>CONCEPTOS JURÍDICOS</b>	
Concepto jurídico del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar al Proyecto de ley número 221 de 2018 Senado, por medio de la cual se fomenta, se protege y se incentiva la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación infantil - Ley Gloria Ochoa Parra - y se dictan otras disposiciones.....	42

